DEONTOLOGÍA MÉDICA

SEGÚN EL DERECHO NATURAL, DEBERES DE ESTADO Y DERECHOS PROFESIONALES

POR

G. PAYEN, S. J.

«Je le pansay, Dieu le guarist»
(AMBROISE PARÉ)

PRIMERA EDICIÓN ESPAÑOLA
Traducida de la última edición francesa

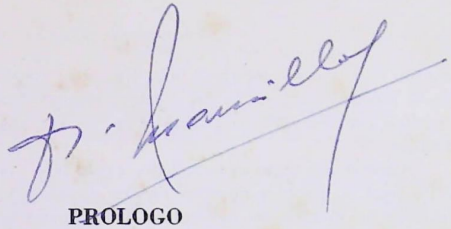
SALVAT EDITORES, S. A.
BARCELONA - BUENOS AIRES
1942

PRIMERA EDICIÓN, 1942

ES PROPIEDAD

Printed in Spain

IMPRENTA HISPANO-AMERICANA, S. A. — BARCELONA



PROLOGO

El autor anónimo de un «*Dictionnaire très utile aux bibliophiles et à tous ceux qui achètent des livres*» se complace en escribir en el artículo *Paradis des auteurs:* «M. Godeau decía que el paraíso de un autor era componer; su purgatorio, releer y retocar sus composiciones; y su infierno, corregir las pruebas del impresor.» Citado en la *Revue de la Semaine,* 18 de noviembre de 1921, página 366.

La composición del presente tratado de moral médica no nos ha abierto las puertas del paraíso, muy modesto, que indudablemente hizo las delicias del autor anónimo. Sin embargo tampoco ha carecido de cierta dulzura viril, y el pasado presagiaría el porvenir si el interés que un lector inteligente se toma por un libro se midieran por el placer, a veces austero, pero real, que el autor siente al componerlo. Nos atrevemos a predecir cierto favor a este recién nacido, de buena presencia si no de robusta constitución. Tal vez será bien acogido por los numerosos médicos que continúan creyendo en el *derecho natural* y ven en él la sólida roca sobre la que descansan, como último fundamento, sus deberes de estado.

En todo caso, no será superfluo explicar en este prólogo el motivo por el que hemos imitado con regularidad infatigable al *caballo de labor,* que con pie firme pasa y repasa por el mismo surco con objeto de hacerlo más profundo.

El *problema* era el siguiente: exponer los deberes de estado del médico a los estudiantes chinos de espíritu abierto que conocen bien el francés aun sin estar familiarizados con todas las finuras de la lengua; exponerlos profundizando la materia, en veinticinco o treinta lecciones de corta duración; por último, exponerlos sin preocuparnos de la ley civil, que, en China, no reglamenta en modo alguno a la profesión médica.

Para *resolver* de la mejor forma este complejo problema y no recordar, por una concisión excesiva, la sequedad de los viejos pergaminos, hemos fundido *dos obras* en una sola y reunido uno con otro dos textos de longitud desigual.

Hay un *texto lo bastante desarrollado* para que la cuestión sea ampliamente estudiada y a veces, al parecer, profundizada. Pero aun en él todo ha sido sacrificado a la claridad y al método. Nos hemos conformado a las costumbres geométricas de los *viejos profesores* que anuncian de antemano todas sus divisiones, no pueden adelantar un paso sin decir de dónde parten, a dónde van y qué camino siguen, y que, imitadores asimismo del dócil caballo grande de granja, no tienen en su tranquila marcha nada de

común con el fiero corcel de Job. Este salta como la langosta, escarba la tierra con su casco, se ríe del espanto, se estremece, se agita, y ya «no se contiene cuando suena el clarín» (Cap. 39, ver. 19). Aquéllos se contienen siempre.

Además del texto desarrollado, existe otro cuatro o cinco veces *más corto,* que se atreve a aparecer en dos ocasiones y casi sin nuevo atavío: primero en el estrecho desfiladero de las márgenes, en el que se encoge como puede; luego al final de cada capítulo, donde se extiende algo más. Se trata de la reducción frente al cuadro, del arroyo comparado al río, y, si se quiere, del *libro del alumno* yuxtapuesto al *libro del maestro.* De hecho, el autor adopta como tema de sus explicaciones el árido resumen que se estrecha en las márgenes, y toma del texto más recargado y menos pobre de músculos un poco de carne para vestir al esqueleto.

¡Ojalá este libro, escrito en China y para los chinos, alumnos de la Universidad Aurora, pueda en débil medida constituir una ayuda, aun en nuestra vieja Francia, para algunas almas apasionadas por el deber, deseosas de verlo de cerca, suficientemente hospitalarias para acoger toda semilla de vida moral, aunque por ventura haya germinado en un rincón del Extremo Oriente! ¡Hay tantos jóvenes médicos que para rodear de belleza la práctica del bien aspiran a algo más de luz y de calor! El doctor Grasset sabía en conciencia que no se adaptaba estrictamente a la realidad cuando escribía con un dejo humorístico: «Nada más fastidioso... y por consiguiente más largo, que hablar a alguien de sus *deberes.* Ayudadle con vuestros consejos y vuestra elocuencia a conocer y defender sus *derechos,* y seréis bienvenido. Pero ¡ah, los deberes! O estáis ya penetrados de su importancia y los conocéis a fondo, y en este caso no tenéis por qué leerme, o bien no comprendéis *a priori* su importancia y estáis decididos a no cumplirlos, caso en el que no me leeréis» (Comunicación sobre los principios fundamentales de la deontología médica, leída en el Congreso Internacional de medicina profesional y deontología médica, 1900, página 294).

Al lado de los que conocen a fondo sus deberes y de los que prefieren ignorarlos para no caer en la tentación de cumplirlos, existe la gran multitud de los que los conocen un poco y desean *conocerlos mejor.* A estos últimos nos dirigimos, sean o no católicos. Confesamos, sin embargo, que nos hallaremos más fácil y plenamente en comunión de ideas con los médicos católicos de espíritu, de corazón, de voluntad, de práctica. Incluso podría hacerse un bellísimo libro sobre la Iglesia católica, *única guardiana* del derecho natural en su íntegra virginidad. En este libro tendría su capítulo la deontología médica.

Mas no es este el momento de intentar su bosquejo, sino más bien de poner fin a este prólogo, que ha alcanzado ya su *triple objeto:* señalar el punto de vista en que se sitúa el autor, el método por él seguido, los lectores a quienes se dirige. Hecho esto, es inútil imitar a los oradores que, escudándose con un *termino, concluyo, resumiendo, una palabra todavía,* añaden cada vez a la precedente una nueva peroración, y, hablando siempre de concluir, no acaban nunca de hablar.

No obstante sería ingratitud cerrar este prólogo sin una palabra de sincero agradecimiento a los *médicos de la Aurora,* que tanta complacencia han desplegado para darnos informaciones médicas de las que pudiéramos tener necesidad.

Damos las gracias muy particularmente al *Dr. Sibiril,* que ha tenido a bien repasar las pruebas y beneficiarnos con su prolongada experiencia.

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICION

Un profesor sin par, el P. G. Longhaye, se complacía en citar a sus alumnos esta sabrosa frase del editor Herluison: «Después de un sueño de dos siglos, nos decidimos a publicar la segunda parte de la obra de Chapelin.»

«Nuestro sueño», aunque demasiado prolongado (1), sólo ha sido de diez años. La primera edición de la *Deontología médica según el derecho natural,* aparecida en 1922, llegó casi a agotarse hacia fines de 1925, y se agotó completamente en el curso del año 1926. Entregados a otros trabajos, no hemos encontrado hasta estos últimos tiempos ocasión para preparar esta segunda edición.

Difiere notablemente de la primera. Además de gran número de pasajes destinados a dar alma y vida a los principios, y abundantes notas explicativas, hemos añadido varias *nuevas cuestiones*. Acaso no sea inútil ya en este momento componer su índice. Helo aquí:

1. Moralidad. — Condiciones o bases de la moralidad. — Su principio. — Fundamento de la obligación moral. — Conclusiones generales sobre deontología: moral de principios y no de resultados inmediatos.

2. Eutanasia. — Es condenada, bajo su triple forma, por la ley moral.

3. Profilaxis. — Lo que está permitido al médico y al cliente para *prevenir* las enfermedades venéreas.

4. Eugenesia. — La falsa y la verdadera.

5. Iniciación sexual. — Error y verdad.

6. Examen médico prenupcial. — Naturaleza; atributos; objeto; ventajas; práctica.

7. El freudismo o el psicoanálisis. — El hombre y la obra.

8. Neomaltusianismo y «Birth Control»: nuevo en gran parte.

9. Del operador. — Sus cualidades.

10. La esterilización. — Operación prohibida, a menos que sea una medida terapéutica necesaria.

(1) Así un lector, con gran deseo de tener a su disposición la obra y sin lograr obtenerla, se resignó a copiarla enteramente de su mano.

11. Moral. — El papel de la moral en las operaciones.

12. El aborto. — El aborto llamado médico: nuevo en parte.

13. La histerectomía. — Extirpación del útero grávido canceroso: nuevo en parte.

14. Beneficios. — Beneficios de la moral obstétrica.

15. Curación milagrosa. — Considera la enfermedad y la curación; ejemplo típico.

16. Apéndice. — Del método Ogino-Knaus: cuestión médica y cuestión moral.

Ya se comprenderá que para no aumentar excesivamente el volumen hemos arrojado lastre. En primer lugar hemos sacrificado con sentimiento los enunciados marginales, tan útiles al profesor, que de este modo tenía ante sus ojos un doble texto: uno muy sucinto y el otro desarrollado. Sobre todo, hemos suprimido los *resúmenes,* que se desarrollaban algo más libremente al final de cada capítulo. Si por casualidad el lector los echara de menos, podrá hallarlos reunidos en un pequeño opúsculo, editado, con el título de *Resumen,* por la Universidad Aurora. Constituyen el *libro del alumno.*

Gracias a esta doble supresión, la presente edición, aunque aumentada en 250 páginas aproximadamente, en el cuerpo de la obra sólo representa un aumento de unas sesenta páginas.

BIBLIOGRAFIA DE LA PRIMERA EDICION

Nos contentaremos con indicar los autores de lengua francesa de que principalmente nos hemos servido.

Los principios más importantes nos los han suministrado de manera especial los grandes moralistas cuyas obras están escritas en latín. Sin embargo, nos ha parecido superfluo dar un índice de éstos, pero en el curso de la obra a ellos remitiremos al lector.

1. P. Brouardel: *La responsabilité médicale,* Librería J. B. Baillière e Hijos, París, 1898.
2. Paul Bureau: *L'indiscipline des moeurs,* Bloud y Gay, París, 1920.
3. Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* según la 15.ª edición alemana..., traducida por el P. F. de Bénéjac, Ed. P. Lethielleux, París.
4. A. Castelein: *Les phénomènes de l'hypnotisme el le surnaturel,* Albert Dewitt, Bruselas, 1911.
5. Charruau: *Mes parents,* Téqui, París, 1897.
6. R. P. Coconnier: *L'hypnotisme franc,* Victor Lecoffre, París, 1898.
7. Conférence Laennec: París, 1919.
8. Ch. Coppens: *Morale et médecine,* traducido por J. Forbes, Ed. Benziger y Cía. y Denys Rathon, París, 1901.
9. A. Dechambre: *Le médecin,* G. Masson, París, 1883.
10. Dr. Jules Glover: *Congrès International de médecine professionnelle et de déontologie médicale,* Masson y Cía, París, julio 1900.
11. Dr. Grasset: *Idées médicales,* Plon-Nourrit y Cía, París, 1911.
    Ibid.: *Idées paramédicales et médicosociales,* Plon-Nourrit y Cía, 1912.
    Ibid.: *Le milieu médical...,* Bernard Grasset, París, 1911.
12. Dr. Le Bec: *Critique et contrôle médical des guérisons surnaturelles,* Gabriel Beauchesne, París, 1920.
13. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas: *Déontologie et jurisprudence médicale,* A. Maloine, París, 1920.
14. Etienne Martin: *Précis de déontologie et de médecine profesionnelle,* Masson y Cía, París, 1914.
15. G. Morache: *La profesión médicale,* Félix Alcan, París, 1901.
    Ibid.: *La responsabilité. Etude de socio-biologie et de médecine légale,* Félix Alcan, 1906.
16. Ch. Moureau y Dr. Lavrand: *Le médecin chrétien,* P. Lethielleux, París, 1901.
17. Dr. R. Pichevin: *Le Dr. Koeberlé et son oeuvre.*
18. Dr. Paul Rodet: *Morphinomanie et morphinisme,* Félix Alcan, París, 1897.
19. Dr. Surbled: *La morale dans ses rapports avec la médecine...,* Victor Retaux, París, 1895, 1896, 1898.
20. Dr. J. Vincent, de Armentières: *La médecine: ce qu'elle est.* — *Le médecin: ce qu'il doit être,* Gabriel Beauchesne, París, 1913.
    Ibid.: *Le médecin: son rôle dans la famille et dans la société,* Gabriel Beauchesne, 1911.

BIBLIOGRAFIA DE LA SEGUNDA EDICION

Advertencia. — Damos a continuación el índice de las obras que, salvo muy rara excepción, no sólo hemos consultado, sino también leído de cabo a rabo (1).

Al lector apresurado que quisiera atenerse a lo esencial, le aconsejaríamos de preferencia: 1.° *La vie du médecin,* del Dr. P. Le Gendre, obra de muy buen sentido y dilatada experiencia; 2.° *Le devoir du médecin,* por el Dr. Eugène Hubert, delicioso opúsculo en el que la verdad es presentada con un *humor* tan jovial y una elevación de ideas tan perfecta, que lo hacen más atrayente; 3.° *Au seuil de la chirurgie,* por el profesor Emile Forgue, serie de estudios muy sugestivos; 4.° *La limitation des naissances, Birth Control,* por el Dr. R. de Guchteneere, libro de valor poco común..

1. Paul Appleton y Marcel Salama: *Droit médical,* Librería del *Monde médical,* París, 1931.
2. Association du mariage chrétien: *La crise du mariage,* Ed. Mariage et Famille, París, 1932.
3. Association du mariage chrétien: *L'Eglise et L'Eugénisme,* Ed. Mariage et Famille, París, 1930.
4. Dr. René Biot: *Les relations du Physique et du Moral,* Gabriel Beauchesne, París, 1932.
5. Dr. Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* Librería Hachette, París, 1925.
6. Dr. George Boye y Dr. Marcel Durand: *Le secret professionnel et la médecine de demain,* Librería Gallimard, París, 1931.
7. Dres. C. Capellmann y W. Bergmann: *La médecine pastorale,* traducción del alemán, según la décimonovena edición..., por Ph. Mazoyer, P. Lethielleux. París, 1926.
8. «Casti connubii»: El matrimonio según la encíclica *Casti connubii.* Ediciones Mariage et famille, París.

(1) Señalemos también dos breves opúsculos cuya utilidad práctica no se mide por el número de sus páginas:

1.° *Bautismo de urgencia por razones médicas...,* Bruselas, 1922.

2.° *Pequeño tratado del bautismo,* por el abate Lancrenon, «Ediciones *Spes*», Paris, 1925.

En este sentido recordemos el principio que el Santo Oficio formulaba ya el 10 de abril de 1777 en los términos siguientes: «En una palabra, al administrar el bautismo hay motivo, conforme al uso de la Iglesia, para imponer una condición» *en un solo caso:* «cuando se duda si uno de los elementos requeridos para la *validez* del Sacramento ha hecho o hace falta». (Col. S. C. de P. F., I, núm. 521, V).

Si, pues, el médico bautiza a un adulto moribundo que *quiere* ciertamente el bautismo, pero que parece no arrepentirse de sus culpas, no dirá: «*si estás bien dispuesto,* yo te bautizo...». La Propaganda ha criticado formalmente a los misioneros que bautizan bajo esta condición: *si tienes las disposiciones* necesarias a los frutos del Sacramento (3 agosto 1868: Col. S. C. de P. F., I, núm. 1.198). En realidad esta manera de bautizar tiene gravísimos inconvenientes. Si no se cumple la condición, el bautismo no es válido. Por consiguiente no aporta sus frutos si la fe o la contrición que faltaban no germinan en el alma antes de morir.

9. Dr. Chavigny: *Psychologie de l'hygiène,* Ernest Flammarion, París, 1921.
10. Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* Ediciones Mariage et famille, París, 1931.
11. Congreso de Arras: *Le divorce,* París, 1928.
12. Congreso de la natalidad, 1931: *Mariage et natalité,* Ediciones de la Cité chrétienne, Bruselas, 1932.
13. Léonard Darwin: *Qu'est-ce que l'Eugénique?* Librería Félix Alcan, París, 1931.
14. Alfred Fabre-Luce: *Pour une politique sexuelle,* Bernard Grasset, París, 1929.
15. Maurice de Fleury: *Le médecin,* Librería Hachette.
16. Fr. W. Foerster: *Morale sexuelle et Pédagogie sexuelle,* traducida del alemán por la Sra. M. Fuster, Librería Bloud et Gay, París, 1913.
17. Profesor E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* Librería Octave Doin, París, 1927.
18. Dr. Marcelle Frontard: *L'élément affectif dans la formation de l'esprit médical,* Amédée Legrand, París, 1926.
19. Dr. Raoul de Guchteneere: *La limitation des naissances, Birth Control,* Gabriel Beauchesne, París, 1931.
20. Fr. Guermonprez: *Avoir droit au remède le meilleur,* J. Rousset, París, 1912..
21. Dr. Noël Hallé: *Eléments de philosophie médicale,* Marcel Rivière, París, 1921.
22. Noël Hallé: *De l'éducation médicale* (Ensayo de moral profesional), Ediciones *Spes,* París.
23. A. Hesnard: *La psychanalyse,* Librería Stock, París, 1928.
24. A. Hogge: *Physiologie sexuelle normale et pathologique,* Gaston Doin et Cie., París, 1931.
25. Dr. Eugène Hubert: *Le devoir du médecin,* Edición con notas de J. Salsmans S. J., 1926.
26. Ed. Jordan, Abbé Viollet y Chan. Tibergien: *Eugénisme. Stérilisation,* Ediciones *Spes,* Association du Mariage Chrétien, París.
27. Edouard Jordan: *Eugénisme et morale,* Librería Bloud et Gay, París, 1931.
28. Dr. J. Laumonier: *La thérapeutique des péchés capitaux,* Librería Le François, París, 1931.
29. Dr. Paul Le Gendre: *La vie du médecin,* Ediciones médicas Norbert Maloine, 1931.
30. Dr. Pierre Mauriac: *Aux confins de la médecine,* Bernard Grasset, París, 1926.
31. R. P. Mayrand, O. P: *Un problème moral: la continence périodique dans le mariage, suivant la méthode Ogino,* Convento de S. Dominico, Caublevie, (Isère).
32. Dr. Edgar Michaelis: *Freud. Son visage et son masque,* Ediciones Rieder, París, 1932.
33. André Perraud-Charmantier: *Le secret professionnel: ses limites; ses abus,* Librería general de Derecho y Jurisprudencia, París, 1926.
34. Dr. J. N. J. Smulders: *De la continence périodique dans le mariage,* Librería Letouzey et Ané, París, 1933.
35. M. le Chanoine Tiberghien: *Le freudisme au point de vie catholique,* Sin nombre de editor, 1931.
36. Ibid: *La nature du secret professionnel,* Chronique sociale de France, Lyón.
37. Dr. Georges Thibierge: *Syphilis et déontologie,* Masson y Cía., París, 1903.
38. J. de la Vaissière, S. J.: *La théorie psychanalytique de Freud,* Archives de philosophie, volumen VIII, cuaderno I, Gabriel Beauchesne, París, 1932.
39. Dr. Léon Vannier: *La doctrine de l'homocopathie française,* G. Doin y Cía., París, 1931.
40. J. Verdier: *Le problème de la natalité et la morale chrétienne,* Gabriel Beauchesne, París, 1917.
41. Henri Verger: *Précis de déontologie médicale,* Librería de Octave Doin, París, 1921.

INDICE DE MATERIAS

Págs.

PRÓLOGO V

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICIÓN IX

Indicaciones bibliográficas XI

INTRODUCCION 1

I. Definición. — II. Relaciones lógicas. — III. Importancia. — IV. División. V. Orígenes. — VI. Principios directores 1

PRIMERA PARTE

EL MEDICO CONSIDERADO EN SI MISMO

Razón de ser de esta primera parte 19

CAPITULO PRIMERO. — CIENCIA Y HABILIDAD PROFESIONALES 21

ARTÍCULO PRIMERO. — *Ciencia absolutamente necesaria.* 21

1. — Necesidad de la ciencia profesional 21
2. — Extensión de la ciencia profesional necesaria al médico. . . 26
3. — Medios prácticos 27

ARTÍCULO II. — *Ciencia útil desde distintos puntos de vista* 28

I. Dos clases. — II. Cultura literaria. — III. Cultura filosófica. . . 28

ARTÍCULO III. — *Cualidades intelectuales del médico* 31

I. Cualidades necesarias. — II. Cualidades útiles 31

CAPITULO II. — EL HOMBRE DE DEBER QUE ESTIMA SU DIGNIDAD. . . . 36

ARTÍCULO PRIMERO. — *El hombre de deber.* 37

I. Definición. — II. Necesidad. — III. Doble conclusión. 37

ARTÍCULO II. — *Estima de la dignidad profesional.* 38

1. — Respeto a sí mismo 39
2. — Respeto a los demás 41
3. — Respeto a la profesión. 42

CAPITULO III. — EL HOMBRE DE VERDADERO CELO. 48

1. — Naturaleza del celo 48
2. — Grados del celo 49
3. — Móviles del celo 51
4. — Frutos del celo 55

Págs.

CAPITULO IV. — El hombre de distinción 58
1. — Naturaleza de la distinción 58
2. — Ventajas de la distinción 60
Conclusión de la primera parte 62

SEGUNDA PARTE

RELACIONES DIVERSAS CON LOS ENFERMOS

Objeto y división 65
Memento de la Conferencia Laennec. 65
Juramento de Hipócrates 67

SECCION PRIMERA

DE LAS VISITAS A LOS ENFERMOS

División. 69

CAPITULO V. — Obligación de visitar a los enfermos. 70
1. — Obligación de justicia 70
2. — Obligación de caridad. 71
3. — Extensión de la obligación 72
4. — Límites de la obligación 74

CAPITULO VI. — Elementos constitutivos de toda visita 77
1. — Examen del enfermo 77
2. — Composición de la prescripción 83
3. — Explicación de la prescripción 85

CAPITULO VII. — Circunstancias de las visitas. 86
1. — Prontitud en visitar a los enfermos. 86
2. — Hora de las visitas 88
3. — Duración de cada visita 88
4. — Frecuencia de las visitas 89
5. — Continuación de las visitas 91

CAPITULO VIII. — Cualidades necesarias en las visitas. 96
Artículo primero. — *Cualidades que son el fruto de la ciencia.* . . 96
1. — Fe en el arte médica. 96
2. — Paciencia para con la enfermedad 100
3. — Prudencia en todo 101
Artículo II. — *Cualidades que se ligan con el amor al deber* 103
1. — Bondad compasiva 103
2. — Paciencia inalterable 107
3. — Gran firmeza 109
Artículo III. — *Cualidades del hombre bien educado.* 111
I. Simplicidad. — II. Discreción y reserva 111
Conclusión del capítulo 112

Págs.

CAPITULO IX. — Veracidad y franqueza necesarias. 113
1. — De la mentira propiamente dicha. 114
2. — Disimulación de la verdad 117
3. — Obligación de advertir 119

CAPITULO X. — Diversas categorías de enfermos 127
Artículo primero. — *Enfermos verdaderos.* 127
1. — Cuidados adecuados a los niños 127
2. — Cuidados adecuados a los jóvenes 128
3. — Cuidados adecuados a los ancianos 130
4. — Cuidados adecuados a las mujeres 131
5. — Cuidados adecuados a los incurables 132
Artículo II. — *Enfermos imaginarios* 134
1. — Enfermos imaginarios propiamente dichos. 134
2. — Niños grandes. 139
3. — Neuróticos o neurópatas 140
Artículo III. — *Falsos enfermos o enfermos simulados.* 141
1. — Reconocer la impostura 141
2. — Deshacer la impostura 142
3. — Revelar la impostura 144

CAPITULO XI. — Consultas médicas 147
Artículo primero. — *Deberes del médico de cabecera.* 147
1. — Consulta necesaria 148
2. — Consulta útil 149
3. — Consulta plenamente útil. 153
4. — Consulta nociva 154
Artículo II. — *Deberes del médico consultante* 157
I. Encuesta. — II. Examen del enfermo. — III. Aprobación. — IV. Rectificación. — V. Complemento. — VI. Conclusión 157
Artículo III. — *Modo habitual de proceder.* 161
1. — Antes de la consulta 162
2. — Durante la consulta 162
3. — Después de la consulta 164

SECCION II

REMEDIOS Y CONSEJOS MORALES

División. 166

CAPITULO XII. — Acción sobre el físico por los remedios. 167
Artículo primero. — *Del objeto esencial de los remedios.* 168
1. — Principio y explicación 168
2. — Consecuencia: la experimentación 168
Artículo II. — *Empleo de los remedios* 173
1. — Principio y exploración 173

Págs.

2. — Vista general de las consecuencias. 174
3. — Remedios que deben evitarse. 175
4. — Remedios inútiles 179
5. — Remedios dudosos 180
6. — Remedios peligrosos 183

Artículo III. — *Remedios preventivos o profilaxis.* 190
1. — Lo que está permitido al médico. 190
2. — Lo que está permitido al cliente 195

Artículo IV. — *Eugenia. La falsa. La verdadera.* 197
1. — Eugenia en general 197
2. — Falsa eugenia 200
3. — La verdadera eugenia. 203
4. — Papel del médico. 206
La iniciación sexual 211
Examen médico prenupcial 215

CAPITULO XIII. — Acción sobre la moral o sobre el alma. 220

Artículo primero. — *Confianza en el médico* 221
I. Necesidad. — II. Merecer la confianza. 221

Artículo II. — *Confianza en la curación* 225
1. — Separar los obstáculos 226
2. — Reprimir los excesos 231

Artículo III. — *Confianza en sus propias fuerzas.* 232
I. Persuación. — II. Orden 232

CAPITULO XIV. — Hipnotismo y freudismo 236

Artículo primero. — *Del hipnotismo en terapéutica.* 236
1. — Definiciones 236
2. — Eficacia terapéutica 240
3. — Peligros del hipnotismo 245
4. — Condiciones del uso lícito. 248

Artículo II. — *El freudismo o el psicoanálisis.* 253
1. — Algunos datos sobre el hombre 254
2. — El inconsciente; existencia; naturaleza; dinamismo 259
3. — Metapsicología: aparato psíquico. 266
4. — Teoría de la sexualidad: el pensexualismo 269
5. — Exploración del inconsciente: medios. 276
6. — Cura psicoanalítica. 283
7. — Conclusiones generales 287

CAPITULO XV. — Consejos que interesan a las costumbres. 291

Artículo primero. — *Cambio de profesión y retiro.* 292
I. Cambio de profesión. — II. Retiro anticipado 292

Artículo II. — *Celibato temporal o perpetuo.* 294
1. — Del celibato que es necesidad 295
2. — Del celibato que es cobardía 299
3. — Del celibato que es virtud 301

Págs.

Artículo III. — *De las relaciones sexuales antes del matrimonio* . . . 308
1. — Consejo contrario a la ley moral 309
2. — Consejo que compromete el porvenir 310
3. — Consejo perjudicial a la salud 311

Artículo IV. — *De la celebración del matrimonio.* 313
1. — Edad para el matrimonio 313
2. — Matrimonio entre próximos parientes. 315

Artículo V. — *De las practicas anticoncepcionales.* 319
1. — Objeto perseguido; medios empleados; difusión. 319
2. — Neomaltusianismo y *Birth Control.* 323
3. — Inmoralidad y maleficio de estas prácticas. 327
4. — Argumentos del *Birth Control.* 333
5. — Deberes del médico 347

Artículo VI. — *De la fecundación artificial* 349
1. — Fecundación verdaderamente artificial 349
2. — Fecundación auxiliada por el arte. 350

Artículo VII. — *La poligamia, remedio de la esterilidad.* 351
1. — Unidad del matrimonio 352
2. — Indisolubilidad del matrimonio 353

SECCION III

DE LAS OPERACIONES QUIRURGICAS

Objeto y división 358

CAPITULO XVI. — De las operaciones en general. 360

Artículo primero. — *Del operador: sus cualidades* 361
1. — Cualidades comunes al cirujano y al médico. 361
2. — Cualidades propias del cirujano. 363
3. — Formación técnica. 368
4. — Colaboración del médico y del cirujano. 370

Artículo II. — *Operaciones permitidas o prohibidas.* 372
1. — Operaciones permitidas 372
2. — Operaciones prohibidas: esterilización 374

Artículo III. — *Operaciones graves: condiciones requeridas* 388
1. — Necesidad de la operación 388
2. — Probabilidades del éxito 391
3. — Consentimiento del interesado 393

Artículo IV. — *Reglas que deben observarse en toda operación* . . . 396
I. Antes. — II. Durante. — III. Después de la operación. . . . 396

Artículo V. — *Papel de la moral.* 401
1. — El operador: su influencia moral. 401
2. — El operado: condiciones morales del éxito. 405
3. — La familia: papel moral. 406
4. — El medio: su parte de influencia. 407

Págs.

CAPITULO XVII. — De las operaciones obstétricas *(principios)*. . . . 409

Artículo primero. — *Dos clases de acción mortal.* 411
1. — Voluntario directo e indirecto. 411
2. — Imputabilidad a falta. 418
3. — Asesinato directo o indirecto. 426

Artículo II. — *Moralidad del asesinato directo.* 428
I. Principio. — II. Explicación. 428

Artículo III. — *Moralidad del feticidio indirecto.* 434
I. Principio. — II. Explicación. — III. Demostración 434

Artículo IV. — *Moralidad de la intervención nociva.* 438
I. Cuestión. — II. Condiciones de licitud 438

CAPITULO XVIII. — De las operaciones obstétricas *(aplicaciones)*. . . 441

Artículo primero. — *Operaciones ciertamente prohibidas.* 443
1. — Reducción del feto vivo 443
2. — Aborto terapéutico. 447
3 — Embarazo extrauterino: asesinato directo. 457

Artículo II. — *Operaciones ciertamente permitidas.* 460
I. Regla general. — II. Aplicaciones. — III. Ejemplo 460

Artículo III. — *Operaciones probablemente lícitas.* 461
1. — Extirpación del útero grávido canceroso. 463
2. — Extracción de la bolsa fetal extra uterina. 471
3. — Punción de las membranas fetales. 479

Artículo IV. — *Beneficios de la moral obstétrica.* 482
I. Para el médico. — II. Para el arte médica. — III. Para la sociedad. 482

SECCION IV

DEBERES DE CARIDAD

CAPITULO XIX. — Asistencia gratuita a los pobres. 487

Artículo primero. — *Precepto de la asistencia gratuita.* 487
I. Existencia de la obligación. — II. Su título. — III. Su extensión. . 487

Artículo II. — *Consejos de la ley moral.* 491
I. Celo para el cuerpo. — II. Celo para el alma. — III. Amor al pobre. 491

Artículo III. — *Práctica de la asistencia gratuita.* 495
I. Buenos consejos. — II. Visitas. — III. Consultas. 495

CAPITULO XX. — Del respeto práctico de las conciencias 497

Artículo primero. — *En el momento del nacimiento.* 498
1. — Obligación de bautizar 498
2. — Manera de bautizar 500

Artículo II. — *Respeto en el curso de la vida.* 511
1. — Exención de los preceptos eclesiásticos. 511

Págs.

2. — Curaciones milagrosas. 513
3. — Procedimientos matrimoniales. 522

Artículo III. — *Respeto a los despojos mortales.* 524
I. Obligaciones relativas a la cremación. — II. Explicación. . . . 524

SECCION V

CONSECUENCIAS DE LOS CUIDADOS PRESTADOS

División. 526

CAPITULO XXI. — De los certificados pedidos al médico. 528

Artículo primero. — *Obligación de librar certificados.* 528
I. Justicia conmutativa. — II. Justicia legal. — III. Caridad. . . 528

Artículo II. — *Reglas que deben seguirse en todos los casos.* . . . 532
I. Principio general. — II. Exacta verdad. — III. Sabia prudencia. 532

CAPITULO XXII. — El secreto médico en derecho natural. . . . 534

Artículo primero. — *Del secreto en general* 537
I. Noción. — II. División. 537

Artículo II. — *Del secreto natural en general.* 539
I. Naturaleza de la obligación. — II. Sus límites. 539

Artículo III. — *Del secreto simplemente prometido* 540
I. Naturaleza de la obligación. — II. Sus límites. 540

Artículo IV. — *Del secreto propiamente confiado.* 542
I. Naturaleza de la obligación. — II. Sus límites 542

Artículo V. — *Del secreto natural impuesto al médico* 549
I. Comercio ordinario de la vida. — II. En ocasión del ejercicio de las funciones médicas. — III. A causa del ejercicio de la profesión. . 549

Artículo VI. — *Del secreto estrictamente médico* 556
1. — Personas que deben callar. 556
2. — Beneficiarios del secreto médico 562
3. — Objeto del secreto médico. 567
4. — Maneras de violar el secreto. 571
5. — Causas que desligan del secreto 574
1.ª Consentimiento del enfermo 575
2.ª Bien común y autoridad de la ley 583
3.ª Bien de un tercero 591
4.ª Bien del cliente 611
5.ª Interés personal del médico. 612
Conclusión general. 614

CAPITULO XXIII. — De la responsabilidad médica. 616

Artículo primero. — *Naturaleza y división de la responsabilidad.* . . 617
I Naturaleza. — II. División. — III. Comparación de la responsabilidad moral y de la responsabilidad legal. 617

Págs.

ARTÍCULO II. — *Responsabilidad moral del médico.* 619
1. — Para con los clientes. 620
2. — Para con los colegas. 622

ARTÍCULO III. — *Responsabilidad legal del médico.* 623
1. — Necesidad de la responsabilidad legal. 624
2. — Límites de la responsabilidad legal 627
3. — De la mejor jurisdicción 629
4. — Responsabilidad legal en Francia. 631
5. — Papel del médico perito. 633
6. — Conclusiones generales. 636

CAPITULO XXIV. — DE LOS HONORARIOS MÉDICOS. 641

ARTÍCULO PRIMERO. — *Legitimidad de los honorarios médicos.* . . . 642
I. Definición. — II. Derecho del médico. — III. Derecho independiente del resultado. — IV. Derecho a los honorarios en casos de cuidados debidos a título de caridad. — V. Reclamación de honorarios. . 642

ARTÍCULO II. — *Fijación de justos honorarios* 651
1. — Justo apreciador. 652
2. — Principios de determinación 655
3. — Fijación en ciertos casos. 662

ARTÍCULO III. — *Ganancias ilícitas, peligrosas, etc.* 665
I. Cuestión ya tratada. — II. Dicotomía 665

TERCERA PARTE

DE LAS RELACIONES CON LOS COLEGAS

Orígenes, ideas maestras, división, importancia. 671

CAPITULO XXV. — RELACIONES MUTUAS DE LOS MÉDICOS EN GENERAL. . . 674
1. — Justicia hacia los colegas. 674
2. — Caridad hacia los colegas. 679
3. — Cortesía hacia los colegas. 683
4. — Orientación habitual 686

CAPITULO XXVI. — RELACIONES MUTUAS DE LOS MÉDICOS TRATANTES. . . 690

ARTÍCULO PRIMERO. — *Visitas desconocidas del tratante.* 692
I. Visitas prohibidas. — II. Visitas permitidas. 692

ARTÍCULO II. — *Aceptación de los clientes ajenos* 694
1. — Cambio de médico 694
2. — Substituciones médicas 698
3. — Cesión de clientela 701

ARTÍCULO III. — *Médicos ambulantes* 703
I. Clientes en varias localidades — II. Gabinete múltiple 703

ARTÍCULO IV. — *Médicos militares.* 705

Págs.

CAPITULO XXVII. — RELACIONES DE LOS TRATANTES Y DE LOS CONSULTANTES . 707
I. Deberes y derechos del consultante que no encuentra al tratante. 707
II. Deberes del consultante después de la consulta. 707
III. Deberes y derechos mutuos en caso de operación. 708

CAPITULO XXVIII. — GABINETES DE CONSULTA 710

ARTÍCULO PRIMERO. — *Derechos de los consultantes en su gabinete.* . . 710
I. Derecho de cuidar indistintamente a todos los enfermos. — II. Derecho a dar a todos consultas gratuitas. 710

ARTÍCULO II. — *Deberes de los consultantes en su despacho* 714
I. Deberes negativos. — II. Deberes positivos. — III. Aplicación del principio 714

CAPITULO XXIX. — DE LOS MÉDICOS DE BALNEARIOS CON SUS COLEGAS. . . 717

ARTÍCULO PRIMERO. — *Relaciones de los tratantes y de los médicos de balnearios* 717
I. Principio general. — II. Papel del médico tratante. — III. Papel del médico de balneario 717

ARTÍCULO II. — *Relaciones mutuas de los médicos de balnearios* . . . 722
I. Principios generales. — II. Casos particulares 722

CUARTA PARTE

DE LAS RELACIONES CON LAS AUTORIDADES CIVIL Y JUDICIAL

CAPITULO XXX. — RESUMEN Y ORÍGENES 725
I. Resumen 725
II. Orígenes 727

APENDICE

DE LA CONTINENCIA PERIODICA EN EL MATRIMONIO

INTRODUCCION 729

ARTÍCULO PRIMERO. — *Cuestión médica: Knaus; Ogino* 732
1. — Solución de H. Knaus. 732
2. — Teoría o solución de Ogino. 737

ARTÍCULO II. — *Cuestión moral: moralidad de la continencia periódica* . 744
1. — Moralidad del objeto. 746
2. — Moralidad en razón de las circunstancias y del fin 749
3. — Papel del médico: derechos y deberes. 752

CONCLUSION GENERAL 755
INDICE ALFABETICO 757

DEONTOLOGIA MEDICA
O DEBERES DE ESTADO DEL MEDICO

INTRODUCCION

Orden y enlace de las cuestiones. — Para orientar el espíritu y facilitarle las visiones de conjunto, tan útiles a la formación, indicaremos habitualmente de antemano *el orden de las cuestiones* que se examinan y sus relaciones mútuas.

En esta introducción trataremos sucesivamente de la *definición,* que expone el objeto de nuestro estudio; de las *relaciones lógicas* que unen la deontología médica con la moral común, general o particular; de la *importancia* práctica de la deontología médica; de su *división,* o por lo menos de la división que es posible adoptar con suficiente comodidad; de sus *orígenes:* de sus *principios directores,* es decir, de los principios generales de derecho natural que contienen en germen los principales deberes del médico.

Es fácil comprender la *ligazón de estas seis cuestiones:* la segunda completa la primera, y ambas, primera y segunda, son como la clave de las cuatro siguientes.

1. I. Definición u objeto de nuestro estudio: la palabra; la cosa.

1. *La palabra.* — Según Dechambre (1), el término *deontología* fué creado por *Max Simon:* después «su uso se generalizó entre los médicos».

Está formado de dos voces griegas: δέον, deber, y λόγος, discurso, libro, etc.; literalmente significa: *ciencia* del deber, de la obligación moral.

El término sería, pues, *demasiado general,* y no indicaría claramente que la deontología es la moral *aplicada a la práctica de la medicina,* si no se procurara completarlo, o mejor restringirlo: es lo que el primero hizo *Max Simon,* quien en 1845 editó en París una obra titulada *Deontología* Médica.

(1) *Dict. encyclop. des Sciences Médic.*, art. *«Déontologie»*. Dechambre propone también *diceología* para la ciencia de los *derechos*. Sin embargo, en toda moral, los derechos y los deberes están tan íntimamente ligados que dependen de la misma ciencia.

2. *La cosa.* — La deontología médica es la *ciencia de los deberes de estado del médico:* deberes lo más a menudo de *justicia* con los que corresponden en el cliente, del que el médico está encargado bajo promesa tácita de honorarios, derechos estrictos, naturales o adquiridos, que tendremos que precisar; en el pobre, cuidado gratuitamente, el derecho al secreto profesional; deberes a veces de *caridad,* con los que no corresponden otros derechos que el de Dios, autor y vengador de la ley moral; deberes de justicia y caridad que, para su mejor cumplimiento con las prescripciones de la ley natural y *hasta con los intereses de los médicos,* suponen, más o menos, TRES COSAS: la observación de ciertos *deberes de simple conveniencia* que, en sentido propio, no son obligaciones, sino que, sobre todo si se trata de relaciones entre colegas, más bien dependen de la buena educación; también la observancia de ciertos *consejos profesionales* que aseguran un mejor ejercicio de la profesión, y al mismo tiempo, con una buena fama, un cumplimiento más perfecto de los deberes de estado; más aún, la posesión de *ciertas cualidades* que son, sobre todo, como la ciencia y la habilidad profesional, de orden intelectual, o, como la conciencia, el celo y muchas otras virtudes, de orden moral. A estos deberes corresponden *ciertos derechos:* el derecho, en muchos países, a ser especialmente protegido por la legislación civil; y en todas partes, si se trata de deberes de justicia, el derecho a los honorarios que, consideradas todas las circunstancias, es costumbre exigir.

Si desprendemos ahora de esta larga descripción *lo esencial,* encontramos que la deontología médica es la *ciencia de los deberes de estado del médico,* de sus deberes *profesionales* — deberes que para ser bien cumplidos requieren ciertas cualidades, o mejor, ciertas virtudes — y a los que corresponden ciertos derechos.

La materia es, pues, extensa, tanto que las siguientes líneas de Dechambre no dejan de causar cierta extrañeza: «No hay que pensar en crear una cátedra para un curso que, debiendo ser práctico, no debiera ocupar más de cuatro o cinco lecciones» (1).

Pero aun siendo vasta, la materia de la enseñanza deontológica *no es diversa.* La idea del deber de estado es dominante; todo deriva de ella. o por lo menos todo se refiere a ella, ora a título de precepto, ora de consejo.

Pero, aunque la idea del deber domine, no excluye en modo alguno la de la *utilidad:* por el contrario, ya tendremos ocasión de demostrar que el mejor medio de servir a *sus propios intereses* es también para un médico el de ser completamente fiel a su deber *profesional.*

2. II. Relaciones lógicas que unen la deontología médica a la *moral común, general o particular.*

Ciencia de los deberes de estado del médico, los cuales son en conjunto los de justicia y caridad, la deontología médica es por sí misma una *aplicación* y un *complemento* de la moral común a todos.

(1) Dechambre: *Le médecin,* págs. 336 y siguientes.

1. APLICACIÓN. — Como conclusión, la deontología es una *aplicación* de los grandes principios de justicia y de caridad a la profesión médica, principios que, desde puntos de vista diferentes, establecen la moral general como ciencia del deber, y la moral particular como ciencia de los deberes.

El médico, que tiene el raro privilegio de estar consagrado al alivio de la humanidad doliente, ¿no debe ser en el ejercicio de su profesión un hombre perfectamente *honrado,* al mismo tiempo que un hombre enteramente *caritativo?* La honradez debe ser exigida en todas las profesiones: «la del médico, con la del sacerdote, es la única en la que existe como una *forma obligatoria* de honradez que debe ponerse al servicio de todos, que le impulsa a *elevar el interés por el prójimo sobre el interés para sí mismo,* a desafiar los disgustos y las fatigas, a arriesgar su vida por la salvación de sus semejantes» (1).

2. COMPLEMENTO. — Además de ser la aplicación de los principios fundamentales de la moral común a una vida de justicia y caridad, la deontología médica es también un *complemento,* o si se quiere, una *extensión* de la moral particular, la cual, al tratar de los deberes de *todo hombre* hacia sí mismo, hacia la familia y hacia la sociedad, descuida de ordinario, para no extendernos indefinidamente, los deberes *estrictamente profesionales,* tales como los del juez, del abogado, del notario, del médico.

3. CONCLUSIÓN. — Nos cabría el derecho de *suponer resueltas* las cuestiones relativas a la moral general y a la moral particular, especialmente aquella tan importante y vital que establece los *fundamentos del deber* y que, por consiguiente, apela, entre otras verdades a la existencia de un Dios único, autor y guardián de la ley natural, decidido a recompensar eternamente a los fieles mantenedores del bien y a castigar por una eternidad a los violadores de la ley moral, en el caso de morir impenitentes.

Sin embargo, parece oportuno recordar en un *breve resumen* las verdades que son el meollo de la moral digna de este nombre; el motor de todos nuestros actos libres; el nervio de nuestra actividad humana.

Investigaremos, pues: cuáles son las *condiciones* de la moralidad; cuál es el *principio* de la moralidad; cuál es el *fundamento* de la obligación. La investigación dará por resultado algunas conclusiones generales.

3. Condiciones de la moralidad. — Tres verdades son las *condiciones,* o mejor las *bases* de la moralidad. Estas tres verdades fundamentales son: la *libertad humana;* la *existencia de Dios;* la *inmortalidad del alma.* En derecho, no puede haber moral independiente de la libertad humana; independiente de Dios; independiente de la inmortalidad del alma. Quienquiera que ponga en duda una de estas tres verdades fundamenta sobre arena movediza la moral que se esfuerza en edificar.

1. SIN LIBERTAD. — Todos concebimos el acto moralmente bueno como un acto: 1.°, conforme a la regla del buen vivir; 2.°, puesto en conoci-

(1) Dechambre: *Le médecin,* págs. 52 y 53.

miento de causa, y por lo tanto con advertencia a esta regla bienhechora; 3.°, realizado libremente: por libre elección; por libre albedrío.

Suprimid la libertad humana; reemplazadla por una *necesidad intrínseca* que impulse irresistiblemente a tal o cual acción, y no podéis hablar ya seriamente de un acto moralmente bueno o moralmente malo.

2. SIN DIOS. — Como comprobaremos al establecer el principio de la moralidad y el fundamento de la obligación, sin Dios, soberano Bien y Fin último del hombre, no hay ninguna diferencia esencial entre el bien moral y el mal moral.

Sin Dios, Creador y supremo Legislador, a falta de un superior que mande infalible y absolutamente, no hay ninguna obligación, ningún deber.

3. SIN LA INMORTALIDAD. — Es una frase corriente la de que no hay en la tierra *sanción suficiente* para el vicio y la virtud. Si encerráis, pues, todo el hombre en los límites de la vida presente, si negáis que el alma humana sobrevive al cuerpo, si la priváis de su inmortalidad, renunciáis a la sanción correspondiente, lo que es una manera de renunciar a la obligación moral.

4. CONCLUSIÓN. — Sin libre albedrío, no hay acto moral; sin Dios, no hay bien ni obligación; sin inmortalidad, no hay verdadera sanción. No podría, pues, haber, *en derecho,* moral independiente. *En la práctica* son muchos los médicos conscientes de sus deberes profesionales y que, sin embargo, desconocen estas tres verdades o una de ellas, y especialmente la existencia de Dios. Es una *feliz inconsecuencia.*

Si esos médicos quieren ponerse de acuerdo con sí mismos, que consideren atentamente el *hecho* de la obligación, con sus caracteres de universalidad, constancia e inmutabilidad absoluta; que escuchen la voz imperiosa que se levanta de todas las conciencias y a la que las más violentas pasiones no logran acallar por completo. Después de haber considerado largamente este hecho de siempre y de todo lugar, que investiguen su *razón objetiva,* persuadidos de que esta razón debe ser también universal, constante, absoluta e inmutable. Tal vez verán que esta causa, diferente de la ley civil, de la educación, de la opinión pública, de todo lo que es ondulante y diverso, no puede ser otra que el Soberano Bien, el Soberano Creador, el Soberano Legislador, Dios, primer autor y fin último del hombre, su criatura.

4. Principio de la moralidad. — Cuando investigamos lo que en primero o en último análisis hace moralmente bueno a un acto libre, y nos lo da a conocer como tal, nos proponemos explícitamente la *doble cuestión* del *principio constitutivo* y del *principio manifestador* de la moralidad. Nos preguntamos: qué es lo que *constituye* la moralidad buena del acto libre y lo distingue de la moralidad mala; qué es lo que nos *manifiesta* esta moralidad.

Pero hay una *tercera* cuestión que, bien resuelta, prepara la solución de las otras dos. Se enuncia así: cuáles son las *propiedades* del acto formal y esencialmente bueno. Será lo más conveniente considerar primero esta *tercera* cuestión.

1. PROPIEDADES DEL ACTO ESENCIALMENTE BUENO. — Es evidente que el acto libre, moralmente bueno, y bueno en virtud de su esencia, está por sí mismo adaptado *a la vez* a la naturaleza de Dios y a la naturaleza del hombre.

1.° *Está adaptado a la naturaleza de Dios.* — Por el mismo hecho de que Dios es el fin último de toda criatura, y por tanto el Soberano Bien, el acto libre del hombre sólo puede ser *intrínsecamente bueno* si, por su objeto, está orientado hacia este último fin. Debe tender, todo él, a Dios, Soberano Bien. Debe promover la gloria de Dios, y por ello asegurarnos una felicidad eterna. La planta se vuelve, por una necesidad natural, hacia su bien: la luz del Sol. El hombre, para cumplir un acto moralmente bueno, debe volverse, por libre elección, hacia el Soberano Bien, hacia Dios, luz que ilumina y calienta a todo hombre de buena voluntad.

Así, la *primera propiedad* del acto libre moralmente bueno es la conformidad con Dios, la orientación hacia Dios, la tendencia a Dios. El acto libre moralmente bueno se adapta a la naturaleza de Dios.

2.° *Está adaptado a la naturaleza del hombre.* — El acto moralmente bueno debe estar, y lo está, adaptado de *múltiple manera* a la naturaleza humana. Dios, fin último y Soberano Bien de cuanto existe, atrae a El y a El orienta todos los seres *conforme a su naturaleza.* Ejerce sobre el ser puramente espiritual, sobre el ser puramente material, sobre el ser compuesto de materia y de espíritu, la atracción que conviene a la naturaleza puramente espiritual, a la naturaleza puramente material, a la naturaleza mixta, formada substancialmente de cuerpo y alma.

En consecuencia, para ser moralmente bueno, el acto libre propuesto por el hombre debe, de toda necesidad, ser *conforme a la naturaleza humana,* considerada en su armoniosa complejidad y en sus múltiples relaciones; propio para perfeccionar el ser humano, *en tanto que hombre;* debe ser apto para hacerle saborear la dicha real que, aun en esta vida, procura la rectitud moral; debe ser conforme a la razón, que conoce la naturaleza humana; conforme también a la conciencia, que, en estrecho contacto con lo real, aplica a los casos particulares los principios morales formulados por la recta razón.

De estas diversas maneras de decir *casi* lo mismo, únicamente la primera requiere una explicación.

Para ser moralmente bueno, el acto libre debe ser conforme a la naturaleza humana considerada *adecuadamente,* y por consiguiente, considerada en las relaciones esenciales que se anudan entre la carne y el espíritu; entre el compuesto humano y Dios; entre cada hombre y sus semejantes; entre el hombre, animal racional, y los seres desprovistos de razón.

Si el hombre, en sus actos libres, quiere ser moralmente bueno, debe *respetar* en su conducta todas estas relaciones. Es decir, debe someter en sí mismo el cuerpo al alma, y establecer por lo tanto en su propia persona

la primacía del espíritu; someterse en cuerpo y alma a Dios, su último fin y su Soberano Bien; servirse de los demás hombres para alcanzar su fin, pero servirse de ellos como nos servimos de las personas, y finalmente, sirviéndolas por la práctica de la justicia y de la caridad; usar razonablemente, como de puros medios, de los seres privados de razón. ¿No es lo que San Agustín llama *el orden del amor?*

2. PRINCIPIO CONSTITUTIVO DE LA MORALIDAD. — El acto libre del hombre se *constituye* moralmente bueno por su conformidad, consciente y voluntaria, a la regla de la actividad humana. Pero conviene distinguir, como hacen muchos moralistas, una *doble regla* de esta actividad: la regla próxima o inmediata, y la regla suprema.

1.° *Regla próxima.* — Si nos atenemos a la regla *próxima* de nuestras acciones, lo que *hace* moralmente bueno al acto libre del hombre es su *conformidad a la naturaleza humana* tomada adecuadamente, y por lo tanto considerada en todas sus relaciones. Hemos explicado ya este punto.

2.° *Regla suprema.* — La regla *suprema* de nuestra actividad libre es su *conformidad al fin último*, su orientación consciente y voluntaria hacia el Soberano Bien, identificado, como es sabido, con la esencia divina. La relación de mis acciones con el fin último es, en último análisis, lo que las *constituye* moralmente buenas o moralmente malas. Son por sí mismas moralmente buenas si me conducen, por ellas mismas, a Dios, mi último fin. Son moralmente malas si me desvían de Dios, mi Soberano Bien.

3. PRINCIPIO MANIFESTADOR DE LA MORALIDAD. — De la exposición que precede resulta que la *recta razón* y la *conciencia bien formada* son, en la práctica, los dos principios que *manifiestan* al hombre la bondad moral o la malicia moral de sus actos libres.

Inútil es decir que para discernir el bien del mal, la *razón* debe mantenerse en estrecho contacto con la realidad. ¿No es su papel el considerar la naturaleza humana en sí misma y en sus múltiples relaciones? ¿No debe examinar la conexión que liga al fin último nuestros actos libres y sus objetos?

En cuanto a la *conciencia*, su tarea no es la de discernir, como la razón, la moralidad de la acción *humana* considerada en sí misma. Le incumbe pronunciarse sobre la moralidad de *nuestra acción*, de la acción que *actualmente* pensamos ejecutar. Debe estar, pues, bien formada, es decir, habituada a dar su veredicto a la luz de *principios morales* prácticamente ciertos.

5. Fundamento de la obligación moral. — Un acto libre moralmente bueno se conforma, por su objeto, a la naturaleza humana considerada en sí misma y en todas sus relaciones. Por sí mismo en todo — objeto, circunstancias, fin inmediato —, está orientado hacia el fin último, hacia el Soberano Bien, hacia la esencia divina. Por lo tanto, está adaptado a la naturaleza del hombre y a la naturaleza de Dios, es *moralmente bueno*, por lo menos de esa bondad todavía incompleta que moralistas autorizados denominan *fundamental*.

Por el mismo hecho, sin intervención de ninguna voluntad superior al hombre, ¿es ya el referido acto moralmente *obligatorio?* Todavía no. Esta atadura interior de la voluntad humana, que impuesta a la razón y percibida por ella no es ni una restricción exterior ni una necesidad interna, sino una *obligación* moral, procede, en definitiva, cuando se trata de la primera y de la más radical de las obligaciones, de un doble fundamento: uno, inmediato, es la *absoluta sujeción* del interesado; el otro, último y supremo, es la *voluntad*, necesaria o libre, del legislador.

1. FUNDAMENTO PRÓXIMO. — Con buen número de moralistas podemos llamar *fundamento inmediato* de la obligación a la naturaleza humana, considerada en su *dependencia esencial* respecto a Dios, soberano legislador. Dios sólo puede obligar a sus súbditos. No podría imponer al hombre una ley contraria a la naturaleza humana. Y si El se debe a sí mismo regir todos los actos libres que son, por su objeto, medios indispensables para tender al último fin, nada puede ordenar que no sea necesario o útil a la obtención de este fin. Esto nos lleva al último fundamento de la obligación: la divina voluntad.

2. FUNDAMENTO ÚLTIMO. — El *último* y supremo fundamento de la obligación moral es la muy santa *voluntad* de Dios, Creador del hombre y Soberano Legislador. Unicamente Dios, en virtud de su pleno dominio, puede imponer a nuestro libre albedrío una ley inmutable, universal, absoluta, independiente de nuestro consentimiento.

Así pues, la voluntad divina se manifiesta aquí ya por un acto necesario, ya por un acto libre. *Por un acto necesario*, para prohibir al hombre lo que le desvía de su último fin; y, por el contrario, para imponerle lo que está en conexión esencial con este fin. *Por un acto libre*, para exigir lo que, conforme a la naturaleza humana, es simplemente útil para la obtención del Soberano Bien u oriente al hombre hacia una felicidad que satisface todas las exigencias de su naturaleza, llamada sobrenatural, y que no es otra que la visión intuitiva de Dios. Pero la exposición de estas nuevas prescripciones depende de la moral *cristiana*.

6. Conclusiones generales. — De cuanto precede *concluimos*, en buen derecho, que la verdadera moral, y por consiguiente la deontología médica: 1.°, es una moral de principios, es decir, de *verdades* que nos enseñan el camino del Soberano Bien, la vía del deber; 2.°, no es la moral de los resultados inmediatos; 3.°, es sin embargo, en un triple sentido, la moral de los resultados, eternos o también temporales; 4.°, para un médico de conciencia bien formada, no podría legitimar todo lo que tiende a curar a su enfermo o hasta lo que es necesario para salvar la vida de su cliente.

1. ES UNA MORAL DE PRINCIPIOS. — Hay que distinguir distintas clases de principios.

1.° *Principios generales.* — Hay ante todo *principios generales* que gravitan alrededor de estos principios primeros y fundamentales: «es necesario *hacer el bien obligatorio y evitar el mal*; precisa obrar *conforme a la naturaleza humana*, considerada en sus múltiples relaciones; hay que

dirigir hacia el fin último todos los actos libres y someterse en todo a la voluntad divina».

2.° *Principios particulares.* — Hay también *principios particulares* que se unen por un lazo más o menos estrecho a la virtud de caridad o a las virtudes cardinales de justicia, prudencia, templanza y fuerza.

En presencia de una acción a realizar o a omitir, el hombre apremiado no puede recorrer cada vez el circuito, tal vez largo, que se remonta a la naturaleza humana tomada adecuadamente, o al fin último. Se decide por principios menos generales, por ejemplo por este principio aun más amplio: «*da a cada uno lo debido*», o también por principios más particulares, a la luz, por ejemplo, de este otro: «mi enfermo no es propietario de su vida ni de sus miembros».

2. NO ES UNA MORAL DE RESULTADOS INMEDIATOS. de ventajas inmediatas para el individuo, la familia o la sociedad. — Un acto libre puede ser *a la vez* fuente de preciosas ventajas y moralmente bueno. Pero no es moralmente bueno *por el solo hecho* de que procura estas ventajas; por el mero hecho de que salve una vida humana, preserve a una familia de la deshonra, evite al país temibles males.

Mil veces se ha demostrado que el *utilitarismo* no es la verdadera moral. Si se erige lo útil en regla legítima de las costumbres, hay que confesar que «*el fin justifica los medios*» y absolver las peores infamias ante el éxito logrado. Es cierto que, aun siendo inmediatamente aprovechable, el fin particular moralmente bueno hace moralmente buenos todos los actos de *naturaleza indiferente* que tienden a su obtención. Pero si un fin *moralmente bueno,* o hasta excelente, no hace moralmente buenos los medios que, considerados en sí mismos, son *inmorales,* con mayor razón hay que decir lo mismo del fin *simplemente útil,* por ventajoso que se suponga. No está permitido quitar el bien de otro para darlo de limosna a los pobres; no lo está matar *directamente* al feto inocente para salvar a la madre en trance de muerte; ni experimentar en un enfermo un remedio desconocido con riesgo de matarle. El deseo muy legítimo de conocer las propiedades de ese remedio y contribuir así al progreso de la ciencia médica no autoriza a una experimentación tan peligrosa.

3. PUEDE ADMITIRSE EN UN TRIPLE SENTIDO LA MORAL DE LOS RESULTADOS. — Naturalmente este triple sentido difiere mucho del sentido que acabamos de reprochar.

1.° *Es moralmente bueno* todo acto libre que por su naturaleza tienda a un resultado *final y eterno:* la obtención del fin último.

2.° *El perfecto hombre honrado* salvaguarda, aun en esta vida, sus *verdaderos* intereses. En particular se procura las tan penetrantes alegrías de una buena conciencia y se perfecciona constantemente como hombre.

3.° *Para juzgar la moralidad* buena o mala de los actos libres hay que tener en cuenta a menudo sus resultados.

Las repercusiones próximas o lejanas de mis acciones son frecuentemente un *criterio* de su moralidad. Me indican que tal o cual acto no está conforme ni con la naturaleza humana considerada adecuadamente, ni con el último fin, regla suprema de mi libre actividad. Así las perniciosas consecuencias del divorcio indican suficientemente que nunca es lícito, aunque en un caso particular y para un individuo determinado pudiera ser causa de un gran bien.

4. EL MÉDICO ESTÁ PARTICULARMENTE TENTADO A APRECIAR POR SUS RESULTADOS LA MORALIDAD DE SUS ACTOS PROFESIONALES. — No es raro que un médico, por lo demás honrado, tenga por máxima: mi único deber como médico es salvar a mis enfermos.

Esta es una fórmula incompleta que, mal comprendida, transforma en *fin último absoluto* el fin último *relativo* de la terapéutica. Aun para arrancar de la muerte una vida humana el médico no puede poner en obra los medios sugeridos por el arte médico y quirúrgico, pero condenados por la moral. Así, aunque seguro del éxito, no está autorizado a hacer por sorpresa una operación muy penosa que el cliente, usando de su derecho, rehusa obstinadamente.

Es, pues, de primordial importancia que el médico distinga *dos órdenes* de prescripciones: las del arte médico o quirúrgico y las de la moral.

De ordinario la moral no prohibe lo que prescribe el arte médico. Pero en caso de conflicto, deben prevalecer las interdicciones de la moral. Así pues, si el médico que se afana en ser buen práctico se preocupa todavía más de ser moralmente bueno, debe completar su máxima y decir: como médico, mi único deber es salvar a mis enfermos, *por todos los medios que la moral no rechaza.*

Si quisiéramos resumirlo todo *en una imagen* casi bíblica, diríamos que la moral del hombre es un árbol que hunde sus raíces en el suelo nutricio del deber; se eleva con vigoroso impulso hacia Dios, sol sin ocaso de toda actividad libre; y llegado a su pleno desarrollo, la mano divina lo trasplanta al jardín celeste, donde reverdece eternamente.

7. III. Importancia de la deontología. — La importancia de la deontología médica *está en proporción ante todo* con la gravedad de los intereses, inmediatamente prácticos, que están confiados al médico, y con la extrema complejidad y delicadeza de ciertos casos de conciencia que surgen frecuentemente ante él y para cuya solución la honradez natural es a menudo impotente; pero, *está igualmente en proporción* con dos hechos de negación imposible: la grandísima libertad de que goza el médico entregado casi sin restricción a su conciencia, y sólo por ella defendido contra tentaciones a veces delicadas; y además, la tendencia, muy natural y muy humana, que impulsa al joven estudiante de medicina a descuidar, o cuando menos a diferir, un estudio cuyo utilidad inmediata no percibe directamente.

No serán superfluas *algunas palabras de explicación* sobre cada uno de estos puntos.

1. GRAVEDAD DE LOS INTERESES. — La importancia de la deontología es ante todo proporcionada *con la gravedad de los intereses* confiados al médico, y que un culpable abandono puede tan fácilmente comprometer.

Se trata de la salud y de los bienes, materiales o espirituales, privados o sociales, que de ella derivan. Se trata a menudo de todo un porvenir; unas veces, de la vida; otras también de la honra de las familias, más preciosa que la vida, y que una indiscreción del médico puede arruinar. Añadamos que frecuentemente es cuestión de la salvación eterna, que podría haberse asegurado por un arrepentimiento sincero si el médico hubiese advertido a su cliente la gravedad de su estado, y cuya pérdida se ha consumado irremediablemente por un silencio culpable nacido de una piedad cruel.

No le falta, pues, razón a Dechambre cuando, hablando del médico, escribe: «en lo que debe a los demás hay que tener en cuenta a menudo circunstancias múltiples, diversas, que algunas veces se contradicen unas con otras, denominadas todas por la condición suprema de que no sólo tienen a su cargo la salud de su cliente, sino que debe velar también por los intereses morales, y hasta cierto punto por los intereses materiales de éste» (1).

2. Complejidad de ciertos problemas. — La importancia de la deontología está en proporción, *en segundo lugar, con la complejidad y delicadeza de ciertos casos de conciencia,* cuya solución no encuentra fácilmente el hombre más honrado.

Sin duda la honradez natural basta para resolver muchas cuestiones; por jemplo, al médico le dice que tiene la obligación de poseer cierto grado de ciencia y de habilidad profesionales; que debe visitar a sus enfermos tan a menudo como sea necesario para conjurar el peligro; que debe emplear los remedios más seguros; que no debe dar consejos inmorales; que debe guardar el secreto; y que si no puede curar a su cliente, debe por lo menos evitar agravar su estado, etc.

Pero la deontología, que precisa útilmente estas mismas cuestiones, es la única que puede decidir en casos de conciencia *más complejos y delicados:* por ejemplo, es la única que señala con alguna claridad los límites del secreto profesional y concluye que en tal o cual circunstancia el secreto deja de ser obligatorio; únicamente ella es la que propone claramente los principios racionales que en obstetricia permiten hacer con mayor o menor certidumbre la distancia entre las operaciones permitidas por el derecho natural y las operaciones prohibidas, sin dejarse ofuscar por los prejuicios o arrastrar por el sentimiento.

3. Gran libertad. — *En tercer lugar* la importancia de la deontología está en proporción con la *gran libertad* que, por la fuerza de las circunstancias, se ha dejado al médico en el ejercicio de su profesión.

«El médico en efecto se libra de toda restricción» o algo semejante. «El notario puede sentir la tentación de cometer una injusticia, pero está vigilado por otros notarios, y los tribunales tendrán que ver con él a la menor sospecha; el juez dicta sentencias públicas y motivadas, que la opinión crítica; el político tiene adversarios que le espían; el funcionario

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 2 y 52.

público debe dar tarde o temprano razón de sus actos. Pero el médico sabe muy bien que *sus decisiones no serán atacadas públicamente:* la *delicada naturaleza* de los servicios que presta, la confianza que se ha puesto en él, hacen que se le entreguen ciegamente en casos en que, si no es lo que debe ser, puede causar un daño incalculable» (1).

Sin duda la clara visión del bien será impotente para frenar a los médicos «que prostituyen su noble profesión. Pero el daño sería cien veces más grave si tuvieran la desdicha de insinuar o sostener ideas falsas, que *minaran los principios* más indudables de la moral» (2).

4. Tendencia demasiado humana. — *Por último,* la importancia de la deontología, o mejor de la enseñanza deontológica, está en proporción *con la tendencia demasiado humana que lleva al joven estudiante a descuidar* una ciencia de la cual no ve suficientemente su inmediata utilidad.

La observación es del Dr. Morache, que se expresa en estos términos: «Muy a menudo se oye formular, sobre todo entre los médicos de cierta edad, la opinión de que los médicos de la generación que sigue no están al corriente de las leyes, o mejor de los principios, de la deontología médica. Es bastante difícil reconocer hasta qué punto está justificada esta aserción. Sin embargo, parece cierto que a consecuencia del excesivo apresuramiento con que cada cual se lanza a la investigación y al estudio de los elementos *cuya utilidad parece más particularmente inmediata,* se tienda a reservar para más tarde, para el momento de entrar en el ejercicio de la carrera, la apreciación de las condiciones de la profesión elegida» (3).

Los estudiantes y a veces los jóvenes médicos se proponen examinar *mañana* las cuestiones de moral médica. Mas para ellos este mañana no llega por lo regular más pronto que para los clientes de aquel barbero cuyo cartelón rezaba: aquí se afeita *hoy* pagando y *mañana* gratis.

8. IV. División. — Sin disertar sobre la mejor división, consideraremos al médico en sí mismo; luego en sus relaciones con los enfermos; con sus colegas; con las autoridades civil y judicial.

De ahí cuatro partes de extensión desigual. La más larga será, como es de justicia, la segunda; la tercera será bastante corta y nos limitaremos a trazar las líneas de la cuarta.

9. V. Orígenes de la deontología. — Denominamos *orígenes de la deontología* las diversas leyes que formulan, con mayor o menor precisión, los deberes profesionales del médico, y que por consiguiente, legítimamente interpretados, suministran a la deontología sus principios y conclusiones.

(1) Coppens: *Morale et médecine,* págs. 28 y 29.
(2) Coppens: *Morale et médecine,* pág. 29.
(3) G. Morache: *La profession médicale,* pág. 79; véase también Balthazard, decano de la Facultad de Medicina de París; introducción al *Droit médical* de Paul Appleton y Marcel Salama, pág. V.

No será inútil investigar cuáles son estas leyes; cuál es su autoridad relativa y cuál el uso que conviene hacer de ellas en el curso de esta obra.

1. DIVERSAS LEYES. — Las leyes que rigen el ejercicio de la medicina son: para todo médico, *la ley natural* emanada de Dios, promulgada por la recta razón e interpretada auténticamente por la autoridad competente; doctrinalmente, por los grandes moralistas; para todo médico que ejerce en el territorio de un Estado, *la ley civil* de ese Estado; para todo médico católico, *la ley canónica*, obra de la Iglesia católica romana; y sobre todo para *todo* médico esta misma ley *canónica* cuando se limita a interpretar el derecho natural (1).

1.° EN LA LEY NATURAL, que obliga a todos los médicos del mundo entero, es de gran importancia distinguir *tres clases* de preceptos: los *principios evidentes* por sí mismos, que, por ejemplo, imponen a todo médico ser en cierta medida un hombre de ciencia, y tan plenamente como sea posible un hombre de conciencia, de celo, de discreción, etc.; las *conclusiones inmediatas*, como la obligación de emplear los remedios más seguros y menos onerosos, que derivan de los primeros principios por un razonamiento fácil y al alcance de todas las inteligencias; las *conclusiones lejanas*, que sólo derivan de los principios por medio de un análisis más o menos difícil y particularmente delicado cuando los prejuicios o los intereses, lo que ocurrre a menudo, están de por medio» (2). Así, por un análisis bastante complicado, es como partiendo del principio «*no matarás*» se llega a la conclusión lejana: para salvar a una mujer encinta *jamás* está permitido matar *directamente* a la criatura que lleva en su seno, aunque estuviese, por muerte de la madre, condenada a morir también.

Para evitar cualquier error sobre estas conclusiones lejanas el médico no debe confiar en sus propias luces ni en los prejuicios más o menos extendidos en el mundo médico. Debe consultar con *moralistas autorizados*, que en su terreno son verdaderos especialistas. Además, aunque el médico no sea católico, debe tener en gran estima a las *autoridades doctrinales* que radican en Roma, y que gracias a su profunda ciencia poseen una competencia particular para decidir si tal o cual práctica está conforme con el derecho natural o se aparta de él. Las decisiones de estas *autoridades sólo obligan* directamente, en virtud de la ley eclesiástica, a los bautizados, pero *ilustran* a los no bautizados sobre el verdadero sentido de la ley moral que interpretan. Nadie puede, pues, sin imprudencia, tratarlas de cantidad despreciable (1).

2.° LA LEGISLACIÓN CIVIL que codifica los deberes profesionales del médico, y, al mismo tiempo que le otorga ciertos privilegios, establece su responsabilidad civil y penal, es a la vez legítima, útil, obligatoria en conciencia en el territorio del legislador, y si la separa de la ley natural, insuficiente.

Es *legítima:* porque la autoridad social tiene el derecho de reglamentar todo lo que importa al bien general, y no depende, como la religión, de un poder más elevado; es *útil:* porque la legislación civil erige leyes de Estado provistas de sanciones apropiadas, a las prescripciones más fundamentales de la ley natural, y, si es necesario, precisa, completa y aplica esta misma ley a las distintas situaciones que el médico puede ocupar; es *obligatoria* en conciencia: porque toda ley que no es manifiestamente injusta o puramente penal, obliga, en conciencia y directamente, a los súbditos del legislador; es *insuficiente:* porque no abarca eficazmente a los actos interiores, que son el resorte de la conducta, y la mayoría de los actos exteriores del médico se libran fatalmente de ella.

La deontología médica, sin descuidar nunca o relegar a segundo término la ley moral, *debe tener en cuenta la ley civil* dondequiera que ésta reglamente el ejercicio de la medicina.

3.° POR SU LEGISLACIÓN, la Iglesia católica *puede* intervenir de doble manera: tiene el *derecho* de definir e interpretar la ley natural; *luego*, en la medida en que la medicina confina con los intereses morales y religiosos de los médicos, de los enfermos, le es posible dictar leyes que, para garantizar estos intereses, conciernan a la profesión médica.

De hecho, la legislación canónica contiene un número muy reducido de decisiones sobre el verdadero sentido y alcance de la ley moral. Pero en ningún punto completa el código natural de los deberes profesionales del médico: se contenta con recordar que los médicos deben ser capaces, en caso necesario, para administrar el bautismo (can. 743); autoriza a conservar el secreto profesional a todo médico que comparezca como testigo ante un tribunal eclesiástico (can. 1.755 § 2, 1.°); traza las reglas que deben seguir los médicos elegidos como peritos en los procesos matrimoniales

(1). Algunos deontólogos, como Henri Verger, basan *toda* la deontología en la *tradición* y la *legislación civil*.

Esto es asignarle una base manifiestamente *demasiado estrecha*, y constituída sobre un fundamento ulterior.

1.° *Tradición.* — En realidad, Henri Verger parece estar convencido de que la *tradición* deriva su valor de la naturaleza misma de las cosas. Escribe, en efecto: «El hecho de que la tradición se haya conservado intacta a través de los siglos en sus partes *esenciales* basta para demostrar que las obligaciones que impone no constituyen en absoluto reglas *arbitrariamente* emitidas por una corporación cualquiera celosa de su dignidad y de sus privilegios, sino que representan, por el contrario, *consecuencias necesarias* de la existencia misma de la profesión médica» (H. Verger, *Précis de déontolog. médic.*, pág. 2).

¿No corresponde al *derecho natural*, es decir, al derecho fundado en la naturaleza de las cosas, derivar de la existencia y de la naturaleza de la profesión médica las consecuencias necesarias, y por lo tanto los *deberes de estado* que contiene?

2.° *Legislación civil.* — En último análisis la legislación civil se apoya en el derecho natural, al que precisa con vistas al bien común, pero al que no podría abrogar y al que no puede derogar.

(2) Moureau y Dr. Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 5.

(1) Precisemos un poco. La Iglesia católica ha recibido la misión de *interpretar* auténticamente los principios del derecho natural; de exponer su verdadero sentido y su alcance (Can. 1.038, § 1).

Cumple esta misión de diversas maneras: 1.°, algunas veces por *definiciones infalibles*, que exigen un asentimiento irrevocable; 2.°, con más frecuencia por *decisiones doctrinales*, pero no infalibles del Papa y del Santo Oficio, decisiones que requieren un asentimiento religioso; 3.°, bastante a menudo por *soluciones de casos prácticos*, soluciones que emanan de la Sagrada Penitenciaría y que aclaran indirectamente el principio moral sobre el que se apoyan.

(can. 1.976-1.983) o son también llamados en los procesos de beatificación y canonización, sea como testigos de la última enfermedad (can. 2.028), sea como apreciadores competentes de milagros (can. 2.118-2.119); excomulga a cualquiera, médico o no médico, que provoque el aborto con desprecio de la ley natural que conoce, y de la pena eclesiástica que no ignora (can. 2.350, § 1).

Si se exceptúan las interpretaciones de la ley natural, nada hay en esta legislación canónica que la deontología médica deba tener *especialmente* en cuenta.

2. AUTORIDAD RELATIVA. — La ley civil está esencialmente subordinada a la ley natural, y nunca puede contradecirla sin que pierda todo su valor.

1.° POR SU NATURALEZA ESTA SUBORDINADA A LA LEY NATURAL: dictada por hombres falibles, restringida a ciertos actos exteriores, destinada a promover, sobre todo por la observación de la ley moral, el bien público, no podría ser independiente de una ley que, dictada por Dios, rige sin excepción alguna todos los actos del médico; es la regla suprema del bien y del mal y confiere a la ley civil su fuerza obligatoria.

2.° NO PUEDE EN NINGÚN CASO, *sin quedar anulada,* CONTRADECIR LA LEY MORAL: sin duda, la ley civil puede no prohibir todo lo que Dios prohibe; algunas veces hasta puede prohibir, a causa del bien general, lo que Dios permite, pero la ley civil nunca tiene derecho de ordenar o de permitir positivamente lo que Dios prohibe; por ejemplo, una operación quirúrgica que mate *directamente* al feto.

«Para cumplir con su deber, no le basta, pues, al médico con quedar dentro de los límites de la legalidad civil» (1).

No insistiremos sobre la autoridad relativa de la ley *canónica*. Pero si se admite que la Iglesia católica es de institución divina, hay que conceder que tiene *misión* para interpretar auténticamente la ley natural (2).

3. USO QUE HAREMOS DE ESTOS ORÍGENES. — Dejando casi de lado la ley civil que en algunos países no reglamenta propiamente hablando el ejercicio de la medicina, derivaremos del *derecho natural* todos nuestros principios y todas nuestras conclusiones.

Es lo que vamos a estudiar en el número siguiente.

Observaremos solamente que el *derecho natural* designa la *ley moral,* dictada necesariamente por Dios y promulgada por la razón.

10. VI. Principios directores. — Se pueden reducir *a dos* los principios generales de derecho natural, de los que se deducen con mayor o menor facilidad todos los deberes de estado del médico, y que por lo mismo tienen la misión de *dirigir* su conducta.

En efecto, desde que el médico se compromete por contrato o cuasi-contrato a hacer lo posible para curar o por lo menos aliviar a su cliente, obligado por su parte a una justa remuneración, es innegable que *la mayoría de sus obligaciones profesionales* derivan de este principio fundamental de la *justicia:* está *prohibido* violar el derecho estricto del prójimo; se *ordena* dar cumplidamente a cada cual lo que le es rigurosamente debido en virtud de sus derechos naturales o de sus derechos adquiridos.

(1) Moureau y Lavrand, págs. 13 y sig.; Coppens, págs. 22 y sig.

(2) Véase núm. 8, nota de la pág. 13.

Los *demás deberes del médico* al servicio de particulares derivan del gran principio de *caridad* que, obligándonos a amar al prójimo como a nosotros mismos y por el amor de Dios, nos *prohibe* en consecuencia hacer a los demás lo que no quisiéramos para nosotros mismos, y en cambio nos *ordena* querer y procurar efectivamente al prójimo todo el bien que *razonablemente* desearíamos para nosotros mismos.

Con un cuadro de conjunto, forzosamente incompleto, vamos a demostrar que estos dos principios de *justicia* y *caridad,* sin olvidar no obstante la *prudencia,* contienen en germen todos los deberes de estado del médico privado, si no público, y deben ser en todo caso los principios directivos de su vida profesional. Con ello bosquejaremos de antemano casi toda la deontología (1).

A. DEBERES QUE DERIVAN DEL PRINCIPIO DE JUSTICIA. — «Da a cada cual lo debido sin violar nunca los derechos de nadie.»

El médico que se propone ejercer puede cometer injusticias antes de practicar la medicina; mientras cuida a tal enfermo; después de haberlo tratado; *antes,* por una preparación que sabe es insuficiente; *mientras,* por el charlatanismo fraudulento, origen de beneficios ilícitos, en sus visitas a los enfermos, sus prescripciones terapéuticas, las operaciones que practica; *después,* por los falsos certificados que facilita, por indiscreciones perjudiciales a sus clientes, por aumento excesivo de sus honorarios.

1. *La primera obligación de justicia* que se impone al médico es poseer *una ciencia y habilidad* suficientes, no sólo para no perjudicar, sino para curar en los casos ordinarios: sin esta ciencia y esta habilidad se expone a matar a su cliente, a arruinarle en su salud, o a no hacerle ningún bien, lo que constituye una injusticia.

2. *Habría también violación de la justicia* si el médico simulara audazmente, para enriquecerse, una ciencia y una experiencia de las que carece o atribuyera a sus remedios una eficacia mentirosa, soberana, universal: falsificador de su persona o de su mercancía, explotador de la credulidad pública y de la bolsa del prójimo, practicaría el *charlatanismo fraudulento,* contrario a la justicia.

3. *En sus visitas,* o en su despacho, el médico poco honrado tiene *cien maneras* de faltar a la justicia.

Falta gravemente a la justicia: si rehusa sin excusa legítima visitar a un enfermo después de haberse comprometido por contrato a cuidarle o de haber comenzado el tratamiento; si, llamado para un caso urgente, acude

(1) No es sorprendente que, unidas al respeto de la ley moral, las virtudes de *justicia* y de *caridad* rijan todos los deberes del médico. ¿No se ha demostrado en una serie de conferencias sugestivas que estas dos mismas virtudes, justicia y caridad, bastan para resolver el problema de la familia, el problema de la autoridad, el problema económico, el problema social, el problema político, incluso el problema internacional? (Coulet).

al lecho del enfermo, que tiene derecho a su visita, pero, por culpa suya, demasiado tarde para conjurar el peligro; si, por un examen demasiado sumario, deja deslizar en su diagnóstico errores fatales; si al redactar y explicar sus recetas no toma las precauciones requeridas para que el farmacéutico y las personas que rodean al enfermo eviten descuidos funestos; si multiplica sus visitas completamente inútiles e impone así a su cliente, que no lo consiente, gastos en modo alguno justificados; si favorece las imposturas de un falso enfermo que, con gran detrimento de su familia, simula a sabiendas una enfermedad inexistente; si, médico de cabecera, no provoca o no acepta una consulta que juzga necesaria, o se resigna, después de la consulta, a seguir las indicaciones del médico consultante aunque las estime ciertamente falsas y perniciosas; si, médico consultor, critica sin razón y a sabiendas el tratamiento hasta entonces seguido, dañando así gravemente la reputación de su colega, etc.

4. *En sus prescripciones terapéuticas* el médico viola gravemente la justicia: si receta medicinas nocivas a la salud de su cliente; si experimenta, a expensas de la salud y a veces de la vida, una hipótesis científica o un remedio totalmente desconocido; si emplea fármacos dudosos cuando dispone de otros más seguros; si usa sin necesidad o sin precaución remedios peligrosos; si prescribe sin el consentimiento de los interesados tratamientos completamente inútiles y multiplica con ello los gastos que tiene obligación de evitar; si recurre de modo torpe e imprudente a la sugestión hipnótica con riesgo de alterar profundamente la salud de su cliente; si no teme dar consejos que él sabe, no sólo contrarios a las buenas costumbres, sino muy a menudo perjudiciales a la salud.

5. *En sus operaciones quirúrgicas* el médico es injusto: si practica una operación peligrosa sin advertir a su cliente de las consecuencias que puede acarrear; si no toma todas las precauciones necesarias para asegurar el éxito de una operación delicada; si se entrega ante el enfermo a experimentos susceptibles de producirle un grave perjuicio; si mata *directamente* al feto o provoca *directamente* el aborto, aun para salvar la vida a la madre, etc.

6. *Después de haber cuidado* a su cliente el médico falta gravemente a la justicia: si, para ayudar al enfermo a obtener un cargo lucrativo, una pensión, etc., le extiende un *falso certificado,* ora de salud, ora de enfermedad, etc.; si, aparte de las excepciones legítimas que señalaremos, revela indiscretamente lo que cae dentro del *secreto profesional,* sobre todo si da a conocer una enfermedad secreta y vengonzosa; si aumenta fraudulenta o indebidamente su nota de *honorarios.*

De esta exposición resulta que el médico puede faltar gravemente a la justicia, no sólo respecto a su cliente, sino respecto a una tercera persona (colega, feto, etc.). Y aun nada hemos dicho del médico público, que, de una u otra forma, está al servicio del Estado.

B. Deberes que derivan del gran precepto de la caridad: «Trata a los demás como quisieras *razonablemente* ser tratado por ellos.»

La solicitud caritativa del médico debe tener por objeto inmediato la salud del cuerpo, pero sin dañar el alma, cuyos intereses morales y hasta espirituales tiene obligación de salvaguardar. El médico puede, pues, faltar gravemente a la caridad por rehusar su asistencia; puede faltarla en sus visitas; en su intervención en el curso de un parto.

1. *Negación de visitas.* — El médico falta gravemente a la caridad: si, en un caso urgente, rehusa asistir a un pobre; o también si no quiere asistir a ninguno de los pobres que en grave necesidad le ruegan su visita y sólo de él pueden aconsejarse.

2. *Visitas.* — En sus visitas falta gravemente a la caridad si somete a sus enfermos a exámenes inconvenientes, que no son necesarios ni útiles; si da consejos que la sana moral reprueba; si descuida advertir a un moribundo la gravedad de su estado y por consiguiente la necesidad de poner en orden sus negocios temporales y su conciencia.

3. *Partos.* — Hay también por parte del médico, católico o no católico, falta grave a la caridad si en el curso de un parto laborioso, o en cualquier otro caso de necesidad, rehusa dar a las criaturas en peligro de muerte el *bautismo,* que los padres desean y que sólo él puede administrar.

Parece inútil añadir que el médico falta gravemente a la caridad *para con su propia persona* cuando, sin razón y sin precauciones, expone su propia virtud a graves peligros.

Esta exposición, por incompleta que sea, basta para demostrar que todos los deberes profesionales del médico derivan de la *justicia* y de la *caridad* bajo la constante dirección de la *prudencia.* «La profesión médica bajo la dirección de la conciencia es esencialmente una acción constante de justicia, de caridad y de prudencia» (1).

(1) Dr. Okinczyc: *La profession médicale* («Etudes», tomo CCXVII, pág. 13, 1933).

PRIMERA PARTE

EL MEDICO CONSIDERADO EN SI MISMO

11. Razón de ser de esta primera parte. — Su división. — 1. Podría parecer extraño considerar en *sí mismo* al médico, que, como a tal, está consagrado *a sus enfermos,* de los que se constituye, por decirlo así, en el bien, la cosa, el siervo.

Sin embargo, nada más justo. El médico debe disponerse pronto y adiestrarse, por una *preparación intelectual y moral,* a su tarea, tan importante y tan difícil. Luego, después de haberse preparado lo mejor posible, nunca debe dejar que declinen sus cualidades, *intelectuales y morales,* necesarias para cumplir bien su misión.

En esta primera parte intentaremos describir esa *preparación indispensable,* que debe emprenderse mucho antes de ejercer la medicina para no interrumpirse más.

Por esto podría titularse esta primera parte: formación del médico; retrato del médico; educación médica; cualidades *intelectuales y morales* que el estudiante de medicina procurará adquirir y que el médico en ejercicio desarrollará.

2. Reduciremos todo lo esencial a cuatro grupos que constituirán *cuatro capítulos* distintos.

El médico debe ser en cierta medida un hombre de *ciencia;* y, tanto como lo permita la debilidad humana, un hombre de *deber;* de *celo* y de corazón; de verdadera *distinción.*

Para completar este retrato podríamos y deberíamos añadir: *hombre de discreción.* Pero hablaremos extensamente del secreto profesional, y por lo tanto de la discreción, en uno de los últimos capítulos de la segunda parte.

3. Condiciones para que sea provechosa *esta primera parte.* — Es necesaria una *triple convicción* para beneficiarse de esta primera parte. El estudiante de medicina y el práctico joven deben estar convencidos: de que la experiencia de los demás les puede ser muy útil; de que la profesión médica difiere mucho de las demás profesiones; de que las cualidades morales son la mejor garantía del éxito.

1.° *La experiencia de los demás.* — El hombre modesto se aplica en desmentir el antiguo proverbio: «Nadie puede aprovecharse de la experiencia de otro; cada cual debe adquirirla a costa suya.»

2.° *Originalidad de la profesión médica.* — La práctica médica, por lo tanto la profesión, debe su *originalidad* al carácter de desinterés, de celo y de sacrificio que exige.

«Desde el punto de vista del ejercicio profesional demuestro... que cualquiera que abrace la profesión médica sólo con la esperanza de hacer fortuna, se prepara seguramente para una profunda decepción; que nuestra profesión sólo mantendrá su categoría social si la mayoría de sus miembros dan pruebas de *espíritu de sacrificio...*; en cambio, si está dominada por un espíritu de lucha áspero y agresivo, su carácter fundamental se altera; que si se ejerce en las condiciones normales de comercio, su declinación es irremediable (1).

3.° *Primacía de las cualidades morales.* — En ellas reside la verdadera garantía del éxito. *Nada las reemplaza:* ni la ciencia, ni el ingenio; ni las relaciones, ni las protecciones. Y en rigor, en ciertos casos pueden *suplir* la insuficiencia de las otras» (2).

(1) P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 5, 1931.
(2) *Ibid.*, pág. 21.

CAPITULO PRIMERO

CIENCIA Y HABILIDAD PROFESIONALES

El *primer* artículo tratará de la ciencia necesaria; el *segundo*, de la ciencia útil; el *tercero*, de las cualidades intelectuales.

ARTICULO PRIMERO

CIENCIA ABSOLUTAMENTE NECESARIA

Conviene responder a estas *tres cuestiones:* ¿La ciencia, y por consiguiente la habilidad profesional, *es* estrictamente necesaria al médico? *¿Qué* ciencia debe poseer todo médico? *¿Por qué medios prácticos* el médico que se preocupa de su arte podrá conservar, completar, utilizar del mejor modo para los intereses de sus enfermos la ciencia adquirida?

§ 1. — Necesidad de la ciencia profesional

Estableceremos la *absoluta necesidad* de la ciencia profesional; la *responsabilidad* moral que resulta de una ignorancia gravemente culpable; y por el contrario, las *ventajas morales* de una ciencia realmente suficiente.

1.° Absoluta necesidad de la ciencia y la habilidad profesionales

12. Definiciones. — 1. Bajo el nombre de *ciencia profesional* entendemos el conjunto de conocimientos *teóricos y prácticos* que se refieren a la medicina, y, como ella, participan a la vez de la ciencia y del arte.

2. La *habilidad profesional*, si se trata del médico y no del cirujano, designa más bien la *aptitud* de manejar la ciencia adquirida (1), es decir,

(1) La anécdota siguiente, referida por *Mauricio de Fleury*, demuestra bien lo que separa a la *habilidad* profesional de la *ciencia* profesional.

«Recuerdo una consulta en la que vi a un extranjero de fama, formado en disciplinas muy alejadas de las nuestras, examinar a una de sus compatriotas, afecta manifiestamente *de una infección de las vías biliares*. Evidentemente instruído y lleno de conciencia, pasó revista a cada uno de los órganos esplácnicos» (que tienen relación con las vísceras), «y exigió cuatro o cinco análisis además de los que nosotros habíamos hecho. Dos sesiones de más de una hora, muy agotadoras para la enferma, le condujeron a un *grosero error* de diagnóstico, y, por consiguiente, de tratamiento. Atiborrado de *saber teórico*, pero desprovisto de *este bello sentido de la orientación* que desarrolla la cultura clínica, ponía sobre el mismo plano a pulmones, hígado, riñones, corazón, centros nerviosos, y no discernía la procedencia del mal. Falta de tacto, de medida, de sentido de las proporciones, de sentido de relieve; falta de arte y de gusto que no se corrige sino en la cabecera de los enfermos, y no en las instalaciones suntuosas de que están orgullosamente dotados los laboratorios de su país» (*Le médecin*, págs. 118 y sig.). En una palabra, este *sabio* era todo lo contrario de un *artista*.

de aplicar los *principios adquiridos* a los casos particulares que se ofrecen y que a menudo no dejan de ser complejos.

Como esta habilidad se adquiere *principalmente* en los hospitales, clínicas, en el domicilio de los particulares, en una palabra, en *la cabecera del enfermo*, de ordinario sólo podrá ser mediana en un principiante; pero la práctica la perfeccionará cada día y entre tanto la *prudencia* impedirá cometer faltas que tengan consecuencias.

Se comprende, por esta doble definición, la *exacta posición* de la cuestión que nos ocupa.

13. Necesidad. — La ciencia y la habilidad profesionales son necesarias absolutamente por la *gravedad de los intereses* confiados al médico, y por lo tanto, por la justicia.

La autoridad y el simple buen sentido bastan para poner esta verdad a plena luz.

1. AUTORIDAD. — Ya *Suçruta*, el autor hindú de la muy antigua obra que tiene por nombre *Ayurveda* (ciencia de la vida), afirma que la *ciencia* y la *habilidad* son las *dos alas* del médico: «El que *habrá aprendido simplemente los principios de la medicina* — dice —, pero no ha recibido instrucción *práctica*, perderá su serenidad en presencia de un enfermo, como el cobarde pierde todo su empaque en una batalla. Por otro lado, el que por precipitación se lanza a la práctica *sin tiempo para estudiar los principios del arte*, es indigno del apoyo de las personas instruídas y merece ser castigado por el rey. Ambos son igualmente insuficientes e incapaces de llegar a ser prácticos, *como el pájaro lo es para volar con una sola ala*» (1).

Aristóteles, enfermo, se aseguraba primero de los conocimientos *prácticos* de su médico, exigiendo de él una exposición del caso y una justificación de los medios de tratamiento (2).

2. BUEN SENTIDO. — *El más vulgar sentido común* nos advierte que nadie tiene el derecho, presumiendo de una ciencia y habilidad de que realmente carece, de exponerse, so pretexto de medicina, a arruinar la salud de su cliente y hasta a matarlos. Nos reímos de un carpintero que quiere pasarse del aprendizaje, de un recluta que no sabe servirse del fusil e ignora el manejo del cañón y de la ametralladora, de un fabricante de productos químicos que no se toma el trabajo de estudiar química; pero aquí las consecuencias son *demasiado dolorosas* para que podamos reírnos. Sería cuando menos inoportuno, aunque la ignorancia y torpeza del médico no tuviesen otro resultado funesto que el de no curar a un enfermo, al que una ciencia y una habilidad ordinarias habrían devuelto la salud.

14. Objeciones. — 1. *Se puede objetar* que el *público* sabrá distinguir muy bien el verdadero sabio del ignorante, el hábil del torpe.

(1) Citado por Dechambre: *Le médecin*, págs. 10 y 11.
(2) Dechambre, *loc. cit.*, pág. 21.

Mas en primer lugar, la clarividencia del público no legitima en modo alguno las temeridades del médico ignorante. *Además* esta clarividencia no siempre existe: el buen público es notablemente ingenuo «y se deja engañar por todas las supercherías del charlatanismo» que ensalza sus curas maravillosas (1). «Ignorando totalmente la medicina, es incapaz de discernir el verdadero saber del *saber hacer* (2), entendámonos, del *falso saber hacer*».

2. *Una excusa más frecuente* que el médico ignorante suele darse a sí mismo es que la *prudencia natural* y la *práctica* suplen la falta de ciencia.

Esto es pura ilusión. Con una prudencia consumada un ignorante puede *tal vez* no dañar con sus prescripciones. Y *aun* para no perder su reputación se verá obligado a prescripciones muy perjudiciales. Pero aunque no haga daño con sus remedios, *lo hará por sus omisiones:* será impotente para arrancar de la muerte a un enfermo que un médico de habilidad ordinaria habría salvado. La prudencia natural no podría, pues, suplir la falta de ciencia.

Otro tanto puede decirse de la práctica. La *práctica* sólo aprovecha verdaderamente al sabio *que sabe observar bien*, medir e interpretar los datos de la experiencia, capaz de coordinarlos y fecundarlos por la reflexión. Cuando menos el médico ignorante habrá tenido tiempo de hacer muchas víctimas antes de haberse instruído y formado por las lecciones de la experiencia (3).

En conclusión, la ciencia teórica y práctica es necesaria al médico y *nada podría substituirla*. Es para su inteligencia lo que la talla para el diamante (4).

2.° RESPONSABILIDAD MORAL QUE RESULTA DE UNA IGNORANCIA GRAVEMENTE CULPABLE

15. Dos clases de responsabilidad. — Hay *dos clases* de responsabilidad: la responsabilidad civil y penal; la responsabilidad moral. Sólo hablaremos de la segunda.

1. RESPONSABILIDAD: CIVIL; MORAL. — 1.° *En muchos países* el médico es responsable *ante los tribunales* de *algunos* de sus actos: es decir, en la práctica, de todo lo que puede calificarse de *descuido imperdonable*, ligereza inadmisible, ignorancia de lo que un práctico *necesariamente* debe saber: es la responsabilidad civil, sancionada por la responsabilidad penal; en este caso el tribunal aplica al médico, *culpable o no moralmente*, la pena prevista por la ley.

2.° *Pero además, y en todas partes*, el médico es responsable *ante Dios y ante su conciencia* de *todos* sus actos, libres por sí mismos, o por lo menos en su causa, que pueden ser una acción culpable o una omisión culpable: es la responsabilidad moral.

(1) Dechambre: *Le médecin*, págs. 94 y sig.
(2) Dr. Vincent: *La médecine*, pág. 210.
(3) Dr. Vincent: *La médecine*, pág. 217, bastante sugestiva, 1933.
(4) Eugène Hubert: *Le devoir du médecin*, pág. 45, 1926.

2. Cuestión omitida. — *Nada decimos aquí* de la responsabilidad civil y penal, reducida en todas parte al mínimo. Ha dado motivo a numerosas condenas; las principales de ellas son relatadas por los deontólogos (1).

3. Cuestión tratada. — *Consideremos únicamente* la responsabilidad moral, y como es originada por diversas causas, trataremos sólo de la responsabilidad moral *que proviene* de una ignorancia gravemente culpable.

¿Es grave esta responsabilidad? ¿Cuáles son sus consecuencias? ¿Cuáles son sus límites?

16. Gravedad, consecuencias, límites de la responsabilidad *que proviene de una ignorancia culpable.*

1. Gravedad. — *El hombre es responsable, no sólo* del daño que prevé y quiere *directamente,* por ejemplo dando un fármaco abortivo para provocar el aborto, *sino también* del daño que no quiere *en sí mismo* pero prevé y quiere *indirectamente,* ora *en la causa* que propone libremente y debiera omitir, ora en la causa que omite *voluntariamente* y debiera proponer para evitar el enojoso efecto *previsto por él.*

Un borracho que tiene conciencia de tener *mal vino,* es responsable de los golpes que da en estado de embriaguez.

Si un médico, pues, tiene *conciencia* de su ignorancia y prevé *confusamente* que por falta de ciencia se equivocará en su diagnóstico o en su tratamiento, es responsable de los futuros errores que prevé.

Por lo tanto, su responsabilidad es *proporcional al grado de su ignorancia:* es *ligera* si su ignorancia no es grande y en consecuencia gravemente reprensible; es *grave* si su ignorancia es supina y por lo tanto gravemente culpable, lo que ocurre si ignora los síntomas, los remedios, las dosis, etc., que *cualquier* médico, por poco que se preocupe de sus deberes, tiene obligación de saber.

«Un tal M., médico en Saint-Malo, prescribe una poción que contiene 4 gramos de cianuro de potasio: naturalmente, el enfermo fallece a la primera cucharada. El médico invoca en vano que ha equivocado la dosis; es imposible admitir que cuando se trata de una substancia tan tóxica se cometa un error semejante. Evidentemente hay *falta grave* y el señor M. es condenado a tres meses de prisión y a 50 francos de multa (2). En este caso la responsabilidad *civil y penal* es indudable. ¿Hay también responsabilidad *moral* y responsabilidad *grave?* Sí, si el señor M. ha tenido algún día *conciencia* de ignorar profundamente la dosificación de las substancias tóxicas y ha previsto *confusamente* errores fatales.

2. Consecuencias. — Todo hombre es responsable *en justicia* de los daños que causa por su ignorancia gravemente culpable y que de hecho ha previsto, por lo menos confusamente. Debe, pues, compensar las pérdidas *pecuniarias* que su ignorancia ha ocasionado.

(1) Dechambre: *Le médecin,* págs. 201 y sig.; G. Morache: *La profession médicale,* págs. 198 y sig.; Appleton-Salama: *Droit médical,* págs. 69 y sig.

(2) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 201.

Así, nadie negará que un médico tenga en conciencia la obligación de pagar una pensión a la viuda e hijos de un obrero, único sostén de la familia y al que él ha matado sin quererlo directamente, pero por el hecho de una ignorancia *gravemente reprensible,* de la que él se daba cuenta y cuyas funestas consecuencias preveía.

3. Límites. — Un médico que tiene conciencia de su poco saber y se propone completarlo lo más pronto posible, *no es responsable moralmente* de las consecuencias funestas de su ignorancia y de su torpeza cuando, *en la obligación de actuar en un caso urgente* en el que es único en la intervención, obra para evitar por ejemplo la pérdida de un miembro, pero aunque haga lo mejor que sabe, no logra sino agravar el daño y hacer necesaria la amputación. Actúa, en efecto, obligado por la necesidad y con la esperanza de evitar al paciente un daño mayor.

El caso siguiente, cuya solución, muy simple, dejamos a la sagacidad del lector, permite aplicar los principios que acabamos de exponer.

Pedro, que ejerce la medicina hace ya diez años con la mejor buena fe, se da cuenta de haber cometido a menudo, por su falta de ciencia, errores graves y perjudiciales para sus enfermos. Toma, pues, la resolución de aplicarse de nuevo al estudio sin retardo y ser más prudente en el porvenir. Pero al cabo de unos días, y en la ausencia momentánea de su único colega, más hábil que él, es llamado a toda prisa para un obrero que se ha inferido una grave herida en la pierna derecha. *Cree* urgente aplicar en seguida un remedio. Por esto, aunque vacile sobre la medicación que deberá emplear, se decide, para su bien y el de su cliente, a prescribir el tratamiento que cree mejor. En efecto, el remedio, muy peligroso, produce un resultado tan desgraciado que el colega, de vuelta a los dos días de ausencia, se ve obligado, a pesar suyo, a amputar la pierna dañada, y comprueba por añadidura que se había podido diferir la aplicación de un remedio tan enérgico. El obrero no pudo dedicarse más a su oficio y la familia quedó reducida a la miseria (1).

¿Pedro es responsable moralmente:

1.° De los errores que cometió antes de tener conciencia de su ignorancia?

2.° Del error muy grave que cometió, *sin querer,* en el obrero?

3.° Ventajas morales de la ciencia profesional

17. Dos ventajas muy preciosas son, desde el punto de vista moral, el fruto de una ciencia y de una habilidad suficientes: la responsabilidad está considerablemente disminuída y la confianza legítimamente aumentada sin llegar a ser una necia fatuidad.

1. Responsabilidad disminuída. — El médico que *posee una ciencia ordinaria* y *presta al estudio de cada caso la atención requerida* no es responsable ante su conciencia de los errores aun funestos que cometa; estos errores no son voluntarios *ni* en sí mismos, *ni* en su causa.

(1) Génicot-Salsmans, *Casus conscientiae,* caso 1.

2. CONFIANZA AUMENTADA Y REGLADA. — Una ciencia de buen fundamento permite al médico mantenerse *a igual distancia* del escepticismo y de la presunción; sabe que los recursos de la medicina son a la vez reales y limitados.

§ 2. — EXTENSIÓN DE LA CIENCIA PROFESIONAL NECESARIA AL MÉDICO

18. I. Cuestión por resolver. — No pretendemos enumerar los *diversos conocimientos* que el médico debe poseer sobre la estructura del cuerpo humano; sobre las enfermedades que pueden comprometer o arruinar la salud; sobre la terapéutica que debe emplearse para combatir estas enfermedades y auxiliar a la economía en la reparación de sus elementos, así como en el restablecimiento de sus funciones normales. Aun menos hablaremos de los estudios que es indispensable llevar a buen término sobre las ciencias auxiliares de la medicina propiamente dicha.

Investigaremos únicamente cuál es el grado de ciencia necesaria al médico para que esté a cubierto, en este sentido, su responsabilidad moral.

19. II. Grado de ciencia necesario. — Conviene *distinguir* la ciencia que el médico *no está obligado* a poseer y la ciencia que está *estrictamente obligado a tener*.

1. CIENCIA NO EXIGIDA. — El médico no está obligado, ni en todos ni en algunos de los casos que debe tratar, a poseer la ciencia y habilidad de un *verdadero especialista*. La medicina es *tan vasta* que el médico no podría profundizar en todas sus ramas; sería imponerle una tarea sobrehumana y hacer imposible el ejercicio del arte médico.

2. CIENCIA INDISPENSABLE. — Pero *en el curso de sus estudios,* todo médico que pretende ejercer tiene la obligación de adquirir y poseer lo que se podría denominar, con Moureau y Lavrand, una *ciencia y una habilidad ordinarias:* es decir, *bastante ciencia práctica* para cuidar convenientemente las enfermedades corrientes en el país; *bastante ciencia* y también bastante prudencia, bastante modestia para, en los casos más difíciles, saber dudar, estudiar, consultar (1).

Por esto vale mucho más una ciencia mediocre, iluminada por una prudencia sin timidez y una justa desconfianza de sí mismo, que una ciencia más extensa pero cegada por la presunción. Un sabio mediocre, pero prudente, vivirá primero en cierto modo, como *pariente pobre,* sobre el fondo adquirido en el curso de sus estudios, pero se enriquecerá pronto con los dones de la práctica y completará el estudio de las *enfermedades*

(1) Encontramos en P. Le Gendre una fórmula *diferente* de expresión, *idéntica* de sentido.

«Todo lo que puede obtenerse es que el doctor que se destina a ser *omnipráctico* (vocablo que según creo he empleado el primero y que ha hecho fortuna), posea, además de un buen fondo de conocimientos generales, los elementos de las especialidades principales en grado suficiente para prestar cuidados corrientes o urgentes, y sobre todo para poder apreciar el momento exacto en que su competencia no basta, en el que hay que apelar a la intervención del especialista» *(La vie du médecin,* pág. 32, 1931).

con el tan importante estudio de los *enfermos*. Por el contrario, un sabio presuntuoso se conducirá, o tendrá la tentación de conducirse, como *pariente rico* que no tiene necesidad de vivificar su saber en la fuente de la experiencia, no advertirá sus errores y perseverará en ellos con perfecta tranquilidad. El Dr. Léon Vannier escribió un ejemplo típico de lo que el autor llama «la indiferencia voluntaria» que conduce a la «ignorancia sistematizada» (1).

20. III. Conclusión. — El médico debe adquirir en las escuelas de medicina y en los hospitales la afición y el hábito a los estudios serios y perseverantes. Después de obtenido su título nunca deberá considerar terminados sus estudios; proseguirá su educación médica en el trabajo solitario del despacho y a la *cabecera de sus enfermos*. Con esta doble condición *alcanzará* el grado necesario de ciencia y se *mantendrá* en él.

En el § 3.º reanudaremos y desarrollaremos esta idea.

§ 3. — MEDIOS PRÁCTICOS DE CONSERVAR, PERFECCIONAR Y UTILIZAR LA CIENCIA ADQUIRIDA

21. Tres medios. — El médico que quiere avanzar y no retroceder, debe ingeniarse para conservar, perfeccionar y utilizar la ciencia adquirida. Si verdaderamente ama a su arte, encontrará el secreto de poner en obra los *tres medios* siguientes, que le auxiliarán para no perder un ápice de los conocimientos ya asimilados, para fecundarlos con sus reflexiones prácticas, para enriquecerlos con la ciencia de otros: de esta suerte será sabiamente conservador, realista y progresista.

1. PRIMER MEDIO. — *El primer medio* consiste en revisar cada año y metódicamente una parte de la enseñanza recibida en la Facultad, *deteniéndose con preferencia en todo lo que se relaciona con la práctica*, pero sin descuidar por completo el aspecto *teórico* de las cuestiones.

«Gracias a esa revisión metódica, los conocimientos del médico, *al prestarse un mutuo apoyo,* se unirán en un sólido cuadro científico sobre el que se apoyarán naturalmente, cada uno en su lugar, los materiales nuevos suministrados por el estudio y la experiencia o aportados por el progreso (2).

2. SEGUNDO MEDIO. — El *segundo medio* es tomar contacto *a la vez* con la realidad y con la teoría: quiero decir *estudiar científicamente* cada caso que se ofrece en la práctica, sobre todo al comienzo (3). También, para no

(1) Dr. Léon Vannier: *La doctrine de l'homœopathie française,* pág. 105 y sig.

(2) Moreau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs. 30 y sig.

(3) «Supongamos que vuestro primer cliente sufre del estómago. *Aprovechad la ocasión* para leer de nuevo la anatomía del órgano y su fisiología; para releer en un buen tratado de higiene las bebidas y los alimentos de que vais a componer el régimen; para releer por último la acción fisiológica y terapéutica de los medicamentos que vais a prescribir. ¿Creéis que todas estas lecturas os serán inútiles? Sí, si lo sabéis todo... pero nunca se sabe todo. Siempre hay algo que recordar y que aprender. Yo os prometo que al segundo gastrálgico que venga a vosotros lo trataréis mejor que al primero, porque el trabajo os habrá hecho ganar algo de lo que constituye la superioridad del viejo práctico sobre el principiante...» (Dr. Eugène Hubert: *Le devoir du médecin,* págs. 18 y sig., 1926).

separar del estudio de la enfermedad el estudio demasiado descuidado del enfermo, convendrá que el joven médico redacte historias clínicas de sus clientes habituales (1).

3. Tercer medio. — Consiste en mantenerse, con una buena revista, al corriente de los nuevos descubrimientos, de los que los enfermos podrán beneficiarse seriamente.

En este esfuerzo para poner al día sus conocimientos, el médico se precaverá igualmente de la *rutina,* enemiga de todo progreso, y de la *fiebre de la novedad,* adversaria de la reflexión y de la prudencia. El entusiasmo temerario por todo lo nuevo impide distinguir lo que es *reclamo,* o flor de un día sin mañana, y lo que es adquisición científica duradera. Igualmente la lectura de las obras especiales que parecen las mejores entre las buenas, contribuirá considerablemente a esta distinción y a evitar con ello, con la estancación, esta agitación en el vacío que se llama una *admiración irrazonable* (2).

ARTICULO II

CIENCIA UTIL DESDE DISTINTOS PUNTOS DE VISTA

22. I. Dos clases de ciencia útil. — Acabamos de ver que la ciencia *necesaria* es la que *forma al médico* en sus rasgos esenciales, es decir, la que le permite *curar* a sus enfermos, y, si la curación es imposible, *aliviarlos.*

Además de esta ciencia necesaria hay la ciencia *simplemente útil,* que en consideración a su utilidad, o mejor, a su *modo de utilidad,* se subdivide en ciencia *directamente* útil y en ciencia útil *indirectamente.*

1. Directamente útil. — La ciencia, o para emplear un término más general y aquí más justo, el conocimiento *directamente útil,* tiende a una *más perfecta* formación del médico, al que facilita inmediatamente el ejercicio de su arte. Dechambre cita como ejemplo el *conocimiento del dibujo,* que permite al médico representarse gráficamente y representar a los demás «los ingeniosos aparatos que tantos servicios prestan a la medicina, y sobre todo a la medicina experimental», le suministrará el medio «de aclarar ciertas observaciones cuya descripción analítica da tan difícilmente una idea exacta y cuya mina principal es la anatomía microscópica», le hace posible «trazar planos de habitaciones, de hospitales, de campamentos, que indiquen, con una simple ojeada, las disposiciones más favorables a la salud pública» (3).

Naturalmente, el conocimiento de cierto número de *lenguas vivas* es aún más *directamente* útil al médico «que quiere estar siempre al corriente de los progresos de la ciencia» (4).

(1) P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 263 y sig.: sobre la utilidad de las fichas clínicas y la manera práctica de redactarlas. 1931.
(2) Dechambre, pág. 78, en la que hay buenas citas.
(3) Dechambre, pág. 74.
(4) *Ibid.*, pág., 73. Véase también P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 26, 1931.

No hablaremos más extensamente de la ciencia *directamente* útil al médico. Pero insistiremos algo más en este artículo sobre la ciencia *indirectamente* útil.

2. Indirectamente útil. — La ciencia *indirectamente útil* para el médico le asegura muy eficazmente *un mayor valor intelectual,* forma en él al *hombre* en todas sus relaciones: primero al *hombre simplemente,* es decir, al hombre a quien nada es extraño de lo que interesa a la humanidad; luego al *hombre de facultades potentes y ordenadas;* por último al *hombre cultivado,* que se encuentra en su lugar en todas partes, aun dentro de la mejor sociedad. Es manifiesto que esta mayor valía del hombre aumenta indirectamente la plus valía del médico.

En definitiva, esta segunda clase de ciencia indirectamente útil se reduce a una sólida instrucción, a la vez *literaria* y *filosófica.* Nos bastará, pues, decir algunas palabras de esta doble cultura.

23. II. Cultura literaria. — El estudio razonado y afectuoso de la sana literatura y de los grandes poetas es muy útil al médico.

Contribuye a formar al *hombre;* al hombre de buen juicio; al hombre de gusto; al hombre de conversación ingeniosa y espiritual; al hombre que sabe abrir los ojos y no mira sin ver; al hombre con alma lo bastante grande para dominar los intereses materiales y elevarse por encima de las mezquindades humanas; por último, si cabe, al *escritor* de estilo claro, simple, preciso, transparente como el cristal; todo lo cual sirve para establecer y mantener la autoridad del médico. «No es sólo en la cabecera del enfermo donde da la medida de su valer personal: también en las relaciones diarias, en la conversación, en los juicios que emite sobre los hombres y las cosas, en el saber de que da pruebas» (1).

24. III. Cultura filosófica. — La ciencia de la filosofía, o por lo menos de la lógica y de la psicología, presta aún mayores servicios al médico.

1. Le da, con el hábito del raciocinio, el *espíritu de observación* reflexiva, objetiva, científica, que no se detiene en la corteza de los fenómenos ni aun en su causa inmediata, sino que se remonta por un análisis perspicaz *hasta la causa última* de toda una serie de hechos.

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 71 y sig.
El médico debe poseer *un conocimiento profundo del ser humano.*
Lo adquirirá, por lo menos en parte, por las *humanidades.* «Las humanidades son verdaderamente la ciencia del hombre, la educación del espíritu en el cuadro humano, como las buenas maneras son la educación de los gestos en el cuadro social... El hombre cultivado, debidamente advertido de las *reacciones humanas,* sabe elegir, prever, determinar. Esto se llama la competencia, economía de experiencias desgraciadas. Y así la cultura general aparece como lo que es verdaderamente: una economía, por la utilización razonada y experimentada de las capacidades, de las posibilidades para lo mejor y para el bien.
El secreto de la medida, del gusto, del equilibrio adquirido por el contacto con las humanidades, prepara el terreno, asegura, en las disciplinas necesarias, el progreso paralelo de las cualidades del espíritu y del corazón» (Dr. J. Ockinczyc: *La profession médicale,* en «Etudes», tomo CCXVII, págs. 10 y sig., 1933).

2. PARA AYUDARLE en la investigación, tan laboriosa a veces, de las verdaderas causas, le inicia, *en lógica,* en los *métodos* delicados que en conjunto preservan del error y sirven para la conquista de la ciencia (1).

He ahí por qué «un médico instruído... no debe ser extraño... a los elementos de la lógica: debe saber lo que son y lo que valen los *procedimientos del espíritu,* que tanta importancia tienen en las operaciones científicas: el análisis, la síntesis, la inducción, la deducción, la hipótesis, la experimentación. Un fisiólogo ilustre, Claude Bernard, le dió ya esta enseñanza en su obra *sobre la ciencia experimental*» (2).

3. LA PSICOLOGÍA le permite profundizar *en el conocimiento del hombre* y de las facultades por las cuales atrae hacia sí la verdad que él se representa o que, por el contrario, partiendo de sí mismo, por un movimiento natural o libre, tiende al bien sensible o espiritual. Gracias a este conocimiento discernirá mucho mejor la mutua influencia del alma sobre el cuerpo y del cuerpo sobre el alma, por intermedio principalmente de la imaginación, de la idea absorbente, del sentimiento, de las pasiones. Además determinará con más precisión, no sólo la existencia, sino las condiciones y los límites de la libertad humana.

4. EL CONOCIMIENTO más profundo del hombre y de sus facultades prestará al médico un *doble servicio.*

1.° En primer lugar *le dirigirá en su terapéutica* cuando tenga que obrar particularmente sobre el alma para curar el cuerpo.

2.° Luego *le servirá de punto de apoyo para sus estudios ulteriores* y personales de psicología.

«La observación personal de individuos en los cuales el sufrimiento rompe el equilibrio de las facultades, entorpece a unas, excita a otras, y pone en relieve los rasgos del carácter, es una escuela añadida a la del común de los psicólogos; mas para hallarse en situación de aprovecharse de ella, es necesario haberse preparado en hora oportuna, pues la educación del psicólogo no es de las que se improvisan» (3).

Debemos comprender ahora por qué médicos de gran valor han manifestado a menudo el sentimiento de ignorar o poseer demasiado imperfectamente la filosofía. «El *Dr. Feron...*, en una carta escrita en 1884, declara que durante su carrera médica sintió intensamente el vacío que la ausencia de la filosofía dejaba en su bagaje de estudiante, de práctico y de profesor» (4).

Otro tanto hay que decir de *Ch. Bouchard* y de *Lippmann.* Ambos insistían en la necesidad de las letras y de la filosofía para desarrollar el espíritu de iniciativa, de investigación personal, de reflexión metódica, de observación de sí y de los demás, de extensión y finura, en conjunto, de flexibilidad teórica y práctica. Las *ciencias aisladas* tienen el riesgo de favorecer únicamente a un *espíritu de razonamiento rectilíneo,* que viendo sólo un aspecto de las cuestiones más complejas, acaba a menudo por desatinar» (1).

(1) Sobre las causas de error, véase Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 153 y sig., 1931.
(2) Dechambre: *Le médecin,* pág. 75.
(3) Dechambre, págs. 75 y 51.
(4) Dr. Vincent: *La médecine...*, pág. 223, 1913.

ARTICULO III

CUALIDADES INTELECTUALES DEL MEDICO

Aquí también es ventajoso distinguir las cualidades absolutamente necesarias de las cualidades muy útiles al médico. La *ciencia* es seguramente una cualidad intelectual, pero ya hemos hablado de ella suficientemente y no insistiremos.

25. I. Cualidades intelectuales necesarias para el ejercicio del arte médica. — Las cualidades intelectuales necesarias al médico son, por confesión unánime, el *juicio* y la *prudencia.*

1. JUICIO. — El médico debe poseer un *juicio recto,* más aun un juicio cuya *firmeza* esté libre de toda debilidad: es decir, debe ver la realidad tal como es en el enfermo que se confía a sus cuidados, sin deformarla en bien o en mal (2).

«Sin buen sentido y sin juicio el médico no podrá hacer obra útil. Generalmente verá mal. Ahora bien, más desdichados que los astigmáticos visuales, los *astigmáticos intelectuales* no encuentran lentes para corregir el defecto de su visión. Para ellos, el estudio no tiene provecho y el tiempo y la experiencia sólo aumentan su deplorable mediocridad» (3).

Para dar un ejemplo concreto, el médico tiene necesidad de un *firme* juicio para distinguir lo que se debe conservar o desechar *de los remedios nuevos.* «Necesitará de todo su discernimiento para separar de los materiales de toda procedencia lo verdadero y lo falso, lo posible y lo quimérico...» (4).

La prudencia le auxiliará en esta selección.

2. PRUDENCIA. — La prudencia es una virtud a la vez intelectual y moral que *dirige en la práctica toda la conducta* y gobierna las demás virtudes. Es el *piloto* de la vida verdaderamente humana. Después de un maduro examen de todas las circunstancias, ella decide lo que conviene hacer para que el acto esté conforme con la razón y se *ajuste* perfectamente *a su fin.* Es decir, comprende *tres* elementos principales: la *deliberación,* que estudia los medios, su utilidad y su honradez; el *juicio* de la

(1) P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 24, 1931.
(2) «*El juicio nace...* de un contacto entre el espíritu y algo dado al espíritu, que es la realidad, de la que se trata de tener o de hacerse una idea justa; en otros términos, se trata de afirmar *porque es* y *como es*» (Dr. Vincent: *La médecine...*, págs. 189 y sig., especialmente página 190).
(3) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 83.
(4) Dechambre: *Le médecin,* pág. 80.

razón práctica que defiende la honradez y la oportunidad de tal medio; el *mando*, que ordena la ejecución.

Se ve por esta breve descripción que el médico no puede prescindir de la prudencia, tan justamente denominada *circunspección*. Volveremos sobre este asunto; digamos ahora únicamente que la prudencia preserva al médico de graves defectos:

1.° *De la precipitación*, que actúa sin una deliberación suficiente de los medios que deben emplearse.

2.° *De la inconsideración*, que omite examinar con todo el cuidado requerido las diversas circunstancias del caso, o, si se quiere, los *múltiples aspectos* de la cuestión (1).

3.° *De la inconstancia*, que cambia de opinión sin razón, o por lo menos sin serios motivos.

4.° *Del abandono*, que no estimula lo bastante, o no vigila suficientemente, la ejecución de lo que se ha resuelto maduramente.

26. II. Cualidades intelectuales muy útiles. — Entre las cualidades más preciosas para el médico distinguiremos *principalmente tres*, de las cuales dos sirven para *adquirir* y la tercera para *conservar* los conocimientos que deben beneficiar a los enfermos. Estas cualidades intelectuales son: el don de observación completado por el espíritu filosófico; la imaginación inventiva; una buena memoria.

1. Don de observación. — *Es la facultad de ver la realidad tal como es* con sus mil aspectos ondulantes y diversos. Mas para obtener buenos resultados en terapéutica debe completarse con el *espíritu filosófico* que *interpreta* los hechos. A través de las causas secundarias que embarazan su camino, el espíritu filosófico se abre paso y se eleva *hasta la causa última* de toda una serie de fenómenos. Por esto el Dr. Morache califica *de artístico* este espíritu de síntesis. Por lo demás indica muy bien *cuál es su papel* en el tratamiento de una enfermedad. El pasaje merece ser citado.

(1) *El haber vital* del enfermo, o mejor *el enfermo* tal cual es, debe ser *objeto de las prudentes consideraciones* del médico.

«El médico recibe primero de su enfermo o de la familia de éste el detalle de los síntomas subjetivos; a continuación descubre otros con su interrogatorio y su propio examen; luego descubre signos objetivos recurriendo a los medios que la ciencia pone a su disposición; en una palabra, hace del *estado patológico* de su cliente un análisis lo más exacto y completo posible, y sobre él establece un tratamiento.

He aquí, no obstante, un tipo de juicio falso, o *por lo menos apresurado*, que implica un tratamiento que podrá ser inútil, insuficiente o incluso nocivo. *¿Qué ha hecho, pues, el médico?* Ha observado simplemente una afección, o, si se quiere, una localización de la enfermedad, *y no la enfermedad misma*. La localización es un fenómeno secundario; la enfermedad es su origen. Entonces el médico, ya en posesión de ciertas indicaciones y apelando a su experiencia, apreciará *el valor intrínseco del sujeto, su haber vital, sus antecedentes patológicos y sus lacras hereditarias*. En una palabra, continúa abstrayendo datos, y sólo después de este trabajo de completa abstracción podrá formular sobre *su enfermo* una *idea viva y concreta*, y responder a estas diversas preguntas: ¿cuál es la naturaleza del mal, cuál es su gravedad y cuál debe ser, por lo tanto, su tratamiento?». (Dr. Vincent: *La médecine...*, página 190). Tanto más cuanto que «la verdadera terapéutica no puede dirigirse únicamente a la causa de la enfermedad: debe ser *individual*», y por consiguiente adaptarse perfectamente *al enfermo* (Dr. Vannier: *La doctrine de l'homœopathie...*, pág. 51).

«Cuando un práctico modesto se encuentra en presencia del paciente, su saber, su espíritu analítico le permiten encontrar cada uno de los diferentes fenómenos anormales que le ofrece este organismo enfermo. Pero cuando en medio de este conjunto confuso y siempre complejo hay que percibir la queja de la función alterada, relacionarla con el elemento anatómico temporal o definitivamente modificado, *discernir la lesión primitiva de las que son accesorias* y finalmente trazar una línea de conducta, establecer un diagnóstico y encaminarse por una vía terapéutica, es hacer obra de artista, y de gran artista. Modestos prácticos hacen todo esto algunas veces al día, mientras otros, de más brillante apariencia, no tienen de ello la menor concepción» (1).

2. Imaginación inventiva. — La imaginación inventiva o creadora es sin duda la imaginación, es decir, la facultad de representarse vivamente lo que es sensible; pero *la imaginación que trabaja bajo la dirección de la inteligencia* es la que reflexiona, y se sirve, para llegar a la verdad, de todos los métodos de razonamiento, con la esperanza de que la verdad brillará finalmente en una súbita intuición, fruto a menudo de un largo trabajo consciente o inconsciente. En otros términos, «es la facultad de inventar explicaciones, de suponer fenómenos aún no observados, ora por una deducción derivada de fenómenos ya conocidos, ora por una especie de adivinación o de inspiración» (2).

La imaginación así entendida es en medicina, como en todas las ciencias, un *instrumento de descubrimientos*. Nada más legítimo que su empleo, *con la condición* de que las *hipótesis* sean provisionales, condicionales; de que no se usen como verdades positivas antes de haberlas comprobado por la observación y la experiencia» (3).

3. Buena memoria. — Nada más ventajoso para aprender las ciencias como una memoria feliz. *Completa* las demás facultades intelectuales dándoles mayor seguridad y extensión. «Prefiero, decía Montaigne, una cabeza *bien hecha* a una cabeza *bien llena*. Pero una cabeza vacía ¿puede ser una cabeza bien hecha?» Una gran memoria puede hacer pasar por inteligente a quien no lo sea mucho.

1.° Una buena memoria es, pues, muy útil *para adquirir los conocimientos médicos*, y el estudiante de medicina hará muy bien en cultivarla especialmente, pues le aguarda una ruda tarea. Conviene que desarrolle tanto como sea posible la memoria *visual*, la memoria de las formas y colores; la memoria *auditiva*, la memoria de los sonidos, y por lo tanto de las palabras; también la memoria *táctil* adquirida por el tacto.

2.° No es menos preciosa la memoria *a la cabecera del enfermo*. «El recuerdo de los incidentes sobrevenidos, de las observaciones hechas en el curso de la enfermedad, es *evidentemente necesario*. Cuando se cuida a un enfermo desde hace tiempo, el recuerdo de los accidentes que ha

(1) Dr. Morache: *La profession médicale*, pág. 84; véase también Dr. Vincent: *La médecine...*, págs. 135 y sig., 1913.
(2) Dechambre: *Le médecin*, pág. 65.
(3) Dechambre, 1 c., pág. 65.

experimentado anteriormente, el de sus antecedentes familiares, etc., suministrán igualmente elementos *muy útiles* de apreciación.

Además, al demostrar a los enfermos que se acuerda de ellos el médico, les producirá una *impresión favorable*, provechosa para todos: en las pruebas de memoria verán los enfermos una señal halagadora de simpatía, y en todo caso prestarán toda su confianza a un médico del que se creen perfectamente conocidos (1).

Conclusión general. — De cuanto hemos dicho se desprende que la *afición al trabajo intelectual* es indispensable al médico. Sin ella no podrá adquirir, conservar ni desarrollar los conocimientos que necesita.

Sin embargo, debe guardarse de hacer ostentación de su ciencia; nada le obliga a ser *pedante*.

Cuestiones complementarias. — Se puede leer con provecho:

1.° *Sobre una organización mejor* y sobre todo más práctica de los estudios médicos:

Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, sobre todo la segunda parte, páginas 79 y siguientes.

P. Le Gendre: *La vie du médecin*, primera parte, capítulo cuarto, páginas 30 y sig., 1931.

2.° *Sobre la habilidad manual* y la práctica de la cirugía menor necesarias a *todos* los médicos:

P. Le Gendre: *Ibíd.*, páginas 26, 127 y siguientes.

Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, página 88.

3.° *Sobre el peligro de una especialización demasiado precoz*:

P. Le Gendre: *La vie du médecin*, página 34; Dr. J. Ockinczyc: *La profession médicale*, «Études», tomo CCXVII, páginas 8 y siguientes, 1933.

4.° *Sobre la vocación médica* entendida en el amplio sentido que comprende la palabra vocación:

Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, págs. 12 y sig.; Dr. J. Ockinczyc: «Études», *loc. cit.*, páginas 9 y siguientes.

Será útil citar sobre la *organización* de los estudios, sobre la *especialización*, sobre la *vocación médica*, algunas líneas del Dr. J. Ockinczyc.

1. Organización de los estudios. — Después de haber descrito el ciclo de los estudios médicos en Francia, el autor añade:

«El buen sentido exigiría en el curso de estos estudios una barrera, una selección para eliminar a los equivocados, a los *incapaces*. En principio existen los exámenes. Es una sanción que se desmenuza con la paciencia del estudiante por poco tenaz que éste sea y no se apresure demasiado. He conocido a un candidato rechazado diecisiete veces en el examen clínico y que ha acabado por pasar.

De hecho, y nadie me contradirá, todo estudiante que comienza su carrera está seguro de obtener el diploma a menos que él mismo renuncie. Pero no existe prueba *definitivamente eliminatoria* para separar, contra su voluntad, a un candidato insuficiente o incapaz. Y digo que esto es grave para los enfermos y para la moralidad de la profesión».

(1) Moureau y Lavrand, pág. 33; véase también sobre las *cualidades intelectuales* una buena página de P. Le Gendre: *La vie du médecin*, págs. 20 y sig., 1931.

2. La especialización. — La especialización de buena ley supone como base una *formación general* muy avanzada.

«Conviene que todo candidato al arte médica, sea cual fuere más tarde su especialización, esté sometido primero a la disciplina general y fundamental, sobre la que establecerá más tarde, si quiere, su especialidad.

¿Es función de la Facultad crear especialistas? No lo creo, a pesar de las tendencias actuales a orientar las especializaciones en el mismo curso de los estudios médicos. En estas tendencias veo por mi parte un peligro: una especialización *demasiado precoz* se hará necesariamente a expensas de la cultura médica general. Hay un mínimo al que no es posible tocar sin dañar al conjunto y sin atentar al valor del especialista, que no valdrá en su parte sino en la medida en que será primero un buen médico.

La cualidad de la especialización, al contrario de la opinión corriente, no se mide por su precocidad. Las más tardías, que son las resultantes de una elección ilustrada, de una afición afirmada y que se apoyan en las bases de una cultura extensa, se manifiestan las mejores, porque se libran de la estrechez de un particularismo cerrado y limitado.»

3. La vocación médica. — Supongamos cumplidas las condiciones que aseguran al médico, y hasta al especialista, la *ciencia* suficiente.

«¿Se ha salvaguardado el *arte* médica en esta larga y ruda escuela? Sí, en la medida en que la enseñanza teórica se ablanda en contacto con las realidades *prácticas*, en el hospital, con el ejemplo de los maestros, al servicio de los enfermos.

Mas, para que esta enseñanza práctica sea verdaderamente eficaz, es necesario en el estudiante un *terreno preparado*, una receptividad, una afinidad que revele al artista. No es *artista* quien quiere, y esta desigualdad en el punto de partida es la que marca las diferencias que el porvenir acentuará sin casi reducirlas.

Por ser la medicina un arte tanto como una ciencia se puede hablar de *vocación médica*.

Experimentar una atracción, seguir una inclinación, un gusto, puede legítimamente orientar una carrera; no es necesariamente obedecer a una vocación. Es toda la diferencia, y es grande, que separa la profesión de una carrera o de un oficio, y la vocación de una orientación profesional» (1).

En suma, equivale a decir que la vocación médica está hecha de una *doble aptitud* poco común: la aptitud de *aplicar* a tal enfermo presa de tal o cual enfermedad los datos generales de la ciencia médica; la aptitud igualmente a entregarse *enteramente* en cada una de sus obras, a darse, sin contar, en todo caso, como el artista se da por entero a una obra de arte (2).

(1) Dr. J. Okinczyc: *La profession médicale*, en «Etudes», tomo CCXVII, págs. 6 y siguientes, 1933.

(2) Dr. Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, págs. 11 y sig.; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, págs. 14 y sig., 1931.

CAPITULO II

EL HOMBRE DE DEBER QUE ESTIMA SU DIGNIDAD

27. Cuestión a tratar. — No basta que el médico posea la ciencia y la habilidad profesionales. Si quiere ser digno de su misión y obtener un éxito legítimo debe *usar su ciencia y su habilidad para el bien de sus enfermos* y del mejor modo para los intereses de éstos.

Pero el buen uso, que como en el caso presente supone esfuerzo, lucha, victoria, depende de la *orientación habitual* del alma, y por consiguiente de los buenos hábitos que constituyen nuestra fortuna espiritual (1). El médico no será, pues, apto para usar constantemente bien de sus cualidades *intelectuales* si habitualmente, en el fondo de su ser, no es rico en ciertas cualidades *morales,* propias para orientar hacia el bien toda su alma. Si quiere ser un *sabio bienhechor* debe ser un *hombre de deber,* amante de su dignidad profesional, un hombre de *celo,* y hasta en cierta medida un hombre de *buena educación.*

En este capítulo consideraremos al hombre de deber, y que *así lo parezca* por la honorabilidad de su vida, tanto privada como médica por toda su conducta, por la constante preocupación de su dignidad profesional. La *verdadera* dignidad profesional no es un barniz que el médico se aplica bien o mal antes de salir de casa. Es el *reflejo luminoso* de sus disposiciones interiores y habituales, de la *orientación de su alma,* de su vida moral. No es de extrañar, pues, que la preocupación de la dignidad profesional *manifieste* el amor al deber; de él *deriva,* como el río de la fuente. El sentimiento vivo de sus deberes, o mejor, la resolución firme de cumplir con su deber cueste lo que cueste, y todo su deber, junto con una profunda estimación de su profesión: he aquí lo que inspira al médico la preocupación de su dignidad profesional.

Si es así, si la preocupación de la dignidad profesional nace del amor al deber, y *manifiesta* a todos este amor, conviene unir, como hacemos, en el *mismo capítulo,* lo que concierne al culto del deber y lo que se relaciona con la estima de la dignidad profesional, efecto y manifestación de este culto.

Observemos, sin embargo, que la práctica de la dignidad profesional es, según los actos que se deben hacer u omitir, *unas veces* una cuestión de moral, *otras* cuestión de conveniencia profesional, *otras* cuestión de buena educación y de distinción: remitimos al capítulo IV lo que más bien depende de la buena educación.

(1) Un hombre de ingenio ha dicho justamente: «los buenos hábitos son un *capital* cuyos *intereses* nos pagan las buenas acciones».

El objeto de este capítulo es, pues, demostrar en dos artículos que el médico debe ser el hombre de deber o de conciencia, y manifestar por la dignidad de *toda* su vida privada o médica este amor al deber.

Decimos de *toda su vida,* porque si no imposible, es difícil hacer una parte a la violación del deber: el médico que en su vida privada no tiene en cuenta este deber *estará más tentado que otro* a prescindir de él en su vida médica. El deber debe invadir toda el alma y dominarla enteramente.

ARTICULO PRIMERO

EL HOMBRE DE DEBER

28. I. Definiciones. — Hombre de deber, hombre de conciencia, hombre de perfecta honradez y de caridad: tres expresiones que tienen casi el mismo sentido y se completan mutuamente.

1. EL HOMBRE DE DEBER cumple con su deber *porque* es su deber.

1.° *Primero cumple con su deber:* hace *lo que* le prescribe la ley moral, y *de la manera* que le es impuesta por esta ley. Su lema es: *siempre recto.*

Un médico llamado de noche *para un caso urgente* se levanta por la noche: sabe que algunas horas de retardo pueden causar la muerte del paciente, o por lo menos tener graves consecuencias.

2.° Además cumple con su deber, *porque es su deber.* No consulta en primera línea su comodidad ni su interés material. Sabe que el deber es un fruto siempre nutritivo, pero a veces amargo. Su divisa es: el deber ante todo.

2. EL HOMBRE DE CONCIENCIA tiene una conciencia recta y segura que le intima la ley moral *tal como es;* y sigue su conciencia. La conciencia es la regla *práctica* de sus acciones: omite el mal que le dice omitir; hace el bien que le ordena hacer.

3. EL HOMBRE DE PERFECTA HONRADEZ Y DE CARIDAD es, si se trata del médico, un hombre de deber y de conciencia. Hemos visto en efecto (número 10) que todas las obligaciones del médico se reducen a obligaciones de justicia y de caridad. Ahora bien, la honradez, en el sentido estricto de la palabra, es el *respeto a la justicia:* un hombre honrado no daña a nadie y a cada uno da su debido. En un sentido menos estricto, es la práctica constante del bien (1).

29. II. Necesidad. — El médico debe cumplir con su deber, con todo su deber, porque es su deber.

1. DEBE CUMPLIR CON SU DEBER. Nada menos dudoso: o es necesario negar la existencia de la ley moral, o es necesario pretender que no se

(1) ¿El bien *honrado* no es el bien moral, distinto a la vez del bien *útil* y del bien *deleitable?*

diversifica según las profesiones, o hay que reconocer que el médico, como tal, tiene deberes de estado que cumplir.

2. DEBE CUMPLIR CON TODO SU DEBER. No tiene el derecho de escoger y de realizar únicamente los deberes que le plazcan o le enriquezcan.

3. DEBE CUMPLIR CON SU DEBER PORQUE ES SU DEBER. Si busca *principalmente* su placer o su interés, si quiere *ante todo* gozar de la vida o ganar dinero, faltará a su deber desde que encuentre a faltar placer o beneficio.

30. III. Doble conclusión. — *Dos conclusiones se imponen:* una concierne a la inteligencia del médico, la otra a su voluntad.

1. EL MÉDICO DEBE INSTRUIRSE DE SUS DEBERES: debe *formarse* una conciencia recta que distinga el bien del mal y sepa incluso discernir lo que es obligación de lo que es simple consejo. *Es toda la razón de ser de esta obra,* cuyas tres últimas partes examinan en detalle los *diversos deberes* del médico: se trate de visitas, de remedios, de operaciones quirúrgicas, de certificados, de secreto profesional, de honorarios, etc.

2. ADEMÁS EL MÉDICO DEBE AMAR A SU DEBER. Sólo se hace constantemente bien lo que se ama. Cierto amor al deber médico es, pues, necesario. Sin duda no se le exige amar al deber *porque* el deber sea penoso, sino que le ame *aunque* a veces sea penoso; aunque ahogue alguna alegría próxima a florecer; aunque exija sacrificios, casi como el enfermo ansioso de curarse ama la poción desagradable. Igualmente verá por experiencia que hay una *dulzura escondida* en el cumplimiento de los deberes menos atrayentes; verá también que para el éxito, «*para llegar,* la rectitud es aún la mejor de las habilidades. Ahora bien, la línea recta que no se quiebra ni desvía nunca, es el deber... el que la traza» (1).

ARTICULO II

ESTIMA DE LA DIGNIDAD PROFESIONAL

31. División. — Si nobleza obliga, el médico debe mantener una actitud, una conversación y una conducta dignas de su profesión, noble entre todas.

Remitimos al capítulo IV lo que concierne a la dignidad de la actitud y del lenguaje. Queda la dignidad *de la conducta,* de la vida, de los actos; todo lo que hemos de decir puede reducirse al *respeto a sí mismo,* al *respeto a los demás,* al *respeto a la profesión.* En efecto, la dignidad profesional no es sino el respeto a sí mismo, el respeto a los demás y el respeto al arte médica que nace de la nobleza de los sentimientos y del legítimo orgullo que inspira la grandeza de la misión. Dechambre expresa la misma idea en términos más generales cuando escribe: «*La dignidad médica* es el corolario

(1) Eugène Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 2, 1926.

de la nobleza del arte... Es una manera de ser en la que todas las acciones de la vida, todas las relaciones sociales, toda la conducta privada respiran el pudor moral, la *elevación del sentimiento,* un carácter sólido, un espíritu reflexivo, y descubren al hombre en quien se puede confiar el depósito de las miserias humanas» (1).

§ I. — RESPETO A SÍ MISMO

La estima de la dignidad profesional implica el respeto a sí mismo en la vida *privada* y en la vida *médica.*

32. I. En la vida privada. — En su vida privada el médico debe rspetarse lo bastante para no ser para nadie *motivo de escándolo;* aun más, debe evitar con el mayor cuidado *dar ocasión a alguna sospecha* por poco fundada que sea, si no en la realidad, por lo menos en las apariencias.

1. El *médico no debe ser* en su *vida privada,* especialmente por su poca moralidad o su intemperancia, un *sujeto de escándalo* para las familias.

Es una cuestión de estricta moral, de interés personal, de paz interior.

1.° CUESTIÓN DE MORAL. — Es evidente que la ley moral prohibe al médico, como a todo hombre, la *inmoralidad,* es decir, los placeres sexuales fuera del matrimonio legítimo. Igualmente le prohibe, como a cualquier otro, los *excesos de mesa,* que comprometen la salud, y más que a nadie, los *excesos de bebida,* que privándole de la lucidez de espíritu le exponen a fatales errores al visitar a sus enfermos.

2.° CUESTIÓN DE INTERÉS. — Una familia honorable prestará difícilmente su plena confianza a un médico que se diga casado, pero que no lo es regularmente y vive con una mujer que no es su esposa. Con mayor razón puede decirse otro tanto del médico que, libre de todo lazo conyugal, sea *de una mala conducta notoria,* o tan intemperante en la bebida que pasadas las diez de la mañana sea imprudente reclamar sus servicios (2).

3.° CUESTIÓN DE PAZ INTERIOR. — Después de los *excesos de bebida* el médico que conserva todavía un resto de dignidad se siente humillado a

(1) Dechambre: *Le médecin,* pág. 89.

(2) Dr. Vincent: *Le médecin,* págs. 44 y sig.

En un capítulo titulado *Cómo no debe ser el médico,* habla el Dr. Eug. Hubert del *plomo que agobia al médico,* y que, como ya es de presumir, es siempre uno de los «grandes pecados capitales: pereza, gula, lujuria, envidia». Por ejemplo «la *intemperancia* de los demás alimenta al médico: la suya le pierde». En el capítulo abundan los párrafos pintorescos. Elegimos el siguiente:

«Un joven médico conocido mío acaba de establecerse en una pequeña ciudad y celebra una comida con sus amigos en la que se bebe por los futuros éxitos y se multiplican los brindis hasta perder la cabeza. En una palabra, nuestro hombre se exalta y acaba bajo la mesa de un cabaret. Algunos malintencionados le colocan en una carretilla y, entre el vocerío de los pilluelos, le conducen hasta su casa. A la mañana siguiente, ya despejado, lió sus maletas y fué a celebrar éxitos en otra parte.»

El mismo autor añade un hecho más triste: «Un día vi que un médico completamente borracho acudía cerca de una madre de familia que moría de hemorragia intestinal sobrevenida en el curso de una fiebre tifoidea. Podéis imaginaros la escena: ¡Un individuo *alegre* en medio de una familia deshecha en llanto! ¿Creéis que esto puede olvidarse o perdonarse jamás?» (*Le devoir du médecin,* págs. 15 y sig.; 26 y sig., 1926).

sus propios ojos, y no es imposible que esta depresión moral *llegue a sugerirle ideas de suicidio*. El Dr. Lloyd-Tuckey de Londres cita el caso de «M. D., médico de treinta años de edad, que bebía con exceso, pero deseaba vivamente corregirse, sólo que recaía tan a menudo que estaba desesperado y tenía intención de *suicidarse* si no curaba por el hipnotismo. Fué hipnotizado en tercer grado y aceptó la sugestión. Hace ya tres años que está curado, añade el doctor, y desde entonces sólo ha bebido un poco de vino ligero en las comidas» (1).

2. El *médico debe evitar también* en su vida privada *dar ocasión a enojosas sospechas* por poco fundadas que sean.

Por ejemplo, despertaría justa desconfianza si, casado o no, se permitiera *relaciones sospechosas, una vida demasiado mundana;* se pondría en duda su virtud o su seriedad. Y si con todo esto la ley moral no quedara herida por imprudencias peligrosas o caídas secretas, el renombre del médico no quedaría indemne.

Con este motivo surge naturalmente la *cuestión del matrimonio:* ¿debe casarse el médico, y casarse pronto?

Si se siente lo bastante fuerte para resistir las tentaciones y conservar la continencia, no está obligado por la ley moral a fundar una familia. Pero hay que confesar que para él el matrimonio, y hasta el matrimonio temprano, le ofrece una *tripe ventaja*. Es un *preservativo* para su virtud, expuesta a menudo a grandes peligros, que en otras profesiones no se encuentran en el mismo grado; es una *garantía* para las familias, que desconfían más fácilmente de los solteros, sobre todo si son jóvenes y están más sujetos a la crítica; por último es un *socorro* para sí mismo cuando ha tenido la dicha de encontrar una esposa que acepte «participar una existencia de celo, de luchas y valor con un hombre honrado»; por la noche de un día laborioso es una dicha encontrarse en un hogar donde le espera una cálida simpatía (2). «La mujer puede hacer mucho en el éxito del práctico; lo puede todo para la felicidad de su vida: la cuestión es escogerla bien (3).»

33. II. En la vida médica. — En el ejercicio de la medicina el respeto a sí mismo, aun más que en la vida privada, es *inseparable* del respeto a los demás y el respeto a la profesión.

Si el médico no se respeta a sí mismo *dominando sus pasiones* y gobernándose por la razón, no sabrá respetar a los otros ni hacer honor a su misión. Por esto remitimos al § 2.° y al § 3.° lo que tenemos que decir del respeto a sí mismo en la vida médica.

(1) Citado por A. Castelein: *Les phén. de l'hypnot.*, pág. 120, nota 1.
(2) Dechambre, pág. 62; Dr. Morache: *La profession médicale*, págs. 93 y sig.
(3) Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin*, pág. 41, 1926.
El Dr. *Paul Le Gendre* da *consejos* destinados a dirigir al práctico en su elección. Señala en particular las *cualidades* que debe poseer la esposa de un médico.
«A decir verdad, sólo hay una indispensable y fundamental: *la de que la futura esposa del médico comprenda bien cuáles son las exigencias de nuestra profesión y tenga la firme voluntad de adaptarse a ellas*. Debe saber que su marido no le pertenecerá más de lo que se pertenece a sí mismo, siendo en primer lugar y en todo momento el servidor de los enfermos...» (*La vie du médecin*, págs. 236 y sig.; especialmente págs. 238 y sig.).
Si se quiere un estudio psicológico que no carece de interés, puede leerse en *Noël Hallé* la nota 23: *Le médecin et les femmes (De l'éducation médicale*, págs. 196 y sig.).

§ 2. — Respeto a los demás

En sus relaciones, a veces tan íntimas, con sus clientes, el médico debe respetar al hombre; respetar la virtud del prójimo, y nunca hacerse cómplice de un mal designio.

34. I. Respeto al hombre. — Importa mucho que el médico vea en cada uno de sus clientes *al hombre*, al hombre *dotado de razón*, aunque no siempre razonable, al hombre *que padece*, que merece ser tratado con respeto, conciencia, dulzura, y paciencia. Con ello evitará en sus visitas, en sus prescripciones y operaciones, muchas faltas que más tarde tendremos ocasión de señalar.

Especialmente evitará *la servidumbre para con los ricos;* la altanería, la brusquedad y la *dureza con los pobres*, y *toda familiaridad inoportuna*, es decir, que deberá demostrar en todo caso una verdadera nobleza de carácter. Nada más indigno que hacerse el obsequioso hasta la humillación con el rico, y ser brusco hasta la dureza con el pobre; lo que entonces se respeta no es al hombre, imagen de Dios, sino el saco de escudos.

35. II. Respeto a la virtud. — «¿Hay necesidad de decir cuán gravemente sería violada la moral si, en lugar de ser el hombre del deber, el médico fuera esclavo de sus pasiones, y qué monstruoso abuso de confianza cometería haciéndose *corruptor*?» (1).

La castidad ensalza el médico a sus propios ojos y a los de la sociedad; «¡qué *degradación*, qué deshonor se inflige e inflige a los demás cuando es libertino y, *traidor a la confianza* de un desgraciado padre, profana y mancha su diploma excitando al pecado a jóvenes radiantes aún del candor de sus dieciséis años!» (2).

Añadamos, para honor del cuerpo médico, que *semejantes crímenes son raros*, y que pocos médicos se parecen al miserable condenado en 1865 a doce años de trabajos forzados por haber llegado varias veces a los últimos ultrajes con una joven honesta después de haberla sometido al sueño hipnótico (3).

Ocurre con más frecuencia que los médicos den *consejos inmorales* o se muestren *poco respetuosos con las creencias religiosas:* ya trataremos de ello. Notemos solamente que «es propio de la naturaleza humana el ser intolerante y no aceptar jamás en los otros lo que no se quiere para sí mismo» (4).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 37.
(2) Dr. Vincent: *Le médecin*, pág. 44.
(3) A. Castelein: *Les phénom. de l'hypnot.*, págs. 94 y sig.; véanse también E. Hubert: *Le devoir du médecin*, pág. 27, n. 27 y sig.; Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, págs. 189 y 201.
(4) Dr. Morache, pág. 161.

36. II. Falta de complicidad. — El médico debe, por respeto a la moral y a sus clientes, protegerlos contra sí mismos, y no hacerse jamás, por vergonzosas complacencias, *cómplice de sus pasiones.*

Un médico que se respete y respete a los demás no vacilará en responder a quien pida «informes comprometedores, la entrega de cartas secretas, el libramiento de certificados de complacencia, la sobrecarga de notas de honorarios en detrimento de los herederos y hasta la desaparición de una vergonzosa consecuencia de mala conducta» (1).

§ 3. — Respeto a la profesión

37. División. — El médico se debe a sí mismo; debe a menudo a los demás, y siempre al honor de su profesión, mantener una *perfecta dignidad* en los medios que emplea para llegar a cierta reputación, y si no a la riqueza, por lo menos a un bienestar más que regular.

Pero en esto hay que distinguir cuidadosamente lo que es obligación estricta y lo que no hace más que derogar de un modo más o menos grave, sin faltar, no obstante, a la moral, las conveniencias profesionales. Así el *charlatanismo* propiamente dicho es contrario a la verdad y a la justicia; es obligación estricta evitarlo. Lo que se denomina espíritu *de intriga* y *mercantilismo* puede estar en regla con la moral, pero no hace gran honor a la profesión médica y lleva fácilmente, si no se tiene cuidado, al verdadero charlatanismo. A continuación tendremos oportunidad de apreciar otros procedimientos demasiado poco excepcionales.

38. I. Charlatanismo propiamente dicho. — El charlatanismo *propiamente dicho* ha sido en todo tiempo, y lo es todavía en nuestros días, el enemigo mortal de la dignidad profesional. Es útil, pues, definirlo de modo preciso, indicar las principales formas que reviste e investigar las causas de su éxito.

1. Definición. — El *verdadero charlatanismo* es esencialmente *mentira* y *bribonería:* bribonería de hecho, si logra su objeto; bribonería de intención, si fracasa. El *charlatán auténtico* para enriquecerse enaltece su persona o su mercancía, o mejor, ambas cosas a la vez. Con destreza mayor o menor simula audazmente una ciencia y una habilidad de las que carece; atribuye a sus remedios o a su tratamiento una eficacia soberana contra ciertas enfermedades, y a veces hasta universal, siempre falsa; hace, en una u otra forma, una propaganda ruidosa, desvergonzada, contraria en todo a la verdad; en caso necesario se titula especialista, lo que constituye también una manera de engañar al público demasiado crédulo. Naturalmente, el fin de todas estas maniobras y de muchas otras es siempre ganar dinero, siempre dinero, tanto dinero como sea posible.

Es *la mentira erigida en medio de hacer fortuna:* he ahí toda la esencia del charlatanismo y lo que permite distinguir el verdadero charlatán del hombre interesado, poco delicado, poco cuidadoso del honor de la profesión.

2. Formas. — Las formas del charlatanismo son múltiples, y es tan imposible como inútil tratar de enumerarlas todas. Sin hablar del *charlatán callejero,* que opera en los lugares públicos y que no es el más peligroso, hay el *charlatán privado,* que, incapaz y perezoso, sólo procura edificar una reputación *falsa,* y con este objeto se insinúa «en el favor público por toda clase de intrigas subterráneas, de combinaciones laboriosas y de compromisos...» (1). Sin embargo, el charlatán más común es el *charlatán público,* que, para hacer dinero, «se manifiesta por la publicación extracientífica, por el anuncio, el reclamo», siempre mentiroso (2). Las gentes de esta clase «preconizan, con gran esfuerzo de propaganda, un remedio para todos los males; ponen en anuncios públicos sus nombres, verdaderos o falsos, ya en las paredes o en la cuarta plana de los periódicos; se cubren con el manto de la religión que profanan para hacer prosperar su pequeño comercio...; simulan un valor, una forma, una potencia que no tienen, y hacen creer a los demás lo que no creen ellos mismos...; *destiladores de mentiras,* «especulan sobre la credulidad y estupidez humanas» (3).

3. Causas de éxito. — Aunque los *verdaderos* orígenes del éxito para el médico son la ciencia práctica, el celo, la nobleza de carácter y la distinción de los modales, el charlatán, que carece de ciencia, o por lo menos de honradez, tiene éxito a menudo; logra su objeto mejor a veces que el médico de instrucción extensa y de honradez perfecta, pero que peca «en cierto modo por el carácter»; finalmente tiene tanto más éxito cuanto que simula más hábilmente la ciencia, la conciencia, el celo a sus enfermos (4).

He aquí el hecho. *¿Cómo explicarlo?* ¿De dónde procede el éxito, el éxito demasiado grande del charlatán?

Sin duda de la tontería y de la credulidad humanas, que, por decirlo así, son ilimitadas. Un doctor médico, muy auténtico, que se había conver-

(1) Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 38; Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 90.

El médico más honesto tendrá que escuchar a veces *proposiciones infames.* Su respuesta será la del Dr. Eug. Hubert.

«El otro día vino a verme una comadrona de una ciudad vecina, quien me contó una historia interminable, al final de la cual le dije: —En resumen, si he comprendido bien, se trata de una joven sin fortuna casada con un viejo y rico caballero al que únicamente heredará si le da un heredero... presunto... todavía bajo las coles. Uno de estos días se vería sorprendida por los dolores en el ferrocarril, cerca de Lovaina, y se haría transportar a la maternidad, en la que fingiría parir como hasta ahora ha fingido estar encinta; luego sacaría del hospicio a un niño pobre al que enseñaría a llamar «papá» el viejo caballero... quien no debe enterarse de ninguno de los trabajos que unos y otros hacen para hacerle feliz, puesto que si se enterara el plan fracasaría... ¡y la fortuna se iría al diablo!

—¡Ah! caballero. Da gusto tratar con Vd.: lo comprende todo en seguida. — Y añadió: — El viejo marido es muy rico y le pagará todo lo que Vd. le pida.

—Un momento — respondí —; usted parece no darse cuenta de que su maquinación, muy ingeniosa, es sencillamente una villanía. No perderé el tiempo explicándoselo porque tal vez no me comprendería. No obstante, comprenderá esto, que es muy claro: ¡lárguese cuanto antes o le doy a Vd. con un palo...!» *(Le devoir du médecin,* págs. 63 y sig., n. 69).

(1) Dechambre: *Le médecin,* pág. 96.

(2) Dechambre, pág. 97.

(3) Dr. Chéreau, citado por el Dr. Vincent: *Le médecine,* págs. 262 y sig.; véanse también G. Morache: *La profession médicale,* págs. 301 y sig.; P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 464 y sig., 1931.

(4) Dechambre, págs. 93 y sig.

tido en charlatán callejero, hablaba así un día ante el Dr. Verdo con cínica desenvoltura: se titulaba el «rey absoluto de uno de los reinos más vastos y más florecientes de la tierra, del reino de la estupidez y de la credulidad» (1).

Mas, para estar en lo cierto, hay que notar que la credulidad humana es *sostenida y estimulada* por *cinco causas* muy psicológicas: la ignorancia, la atracción de lo maravilloso, el espíritu de contradicción, el instinto de conservación y la honradez natural.

1.° *La primera causa* es una profunda *ignorancia* de la medicina, unida a menudo a ideas preconcebidas, y siempre a la persuasión de que se distingue fácilmente, por las curaciones, el médico hábil del torpe (2).

2.° *Luego sigue la atracción de lo maravilloso,* o mejor de lo *misterioso,* que da valor, ante los ojos del público ignorante, a todo *remedio secreto,* a toda prescripción procedente «de un país perdido en el centro del Africa...»; los charlatanes que describe Luciano hablaban ya de un remedio de familia (3).

3.° *El espíritu de contradicción* no es extraño al éxito del charlatán. Entendemos con esto la tendencia muy real que impele al enfermo a buscar la curación fuera de los médicos con título: testimonio el éxito de aquel doctor en medicina que hizo fortuna desde el día en que ocultó con el mayor cuidado su diploma (4).

4.° Pero estas diversas causas deben su vigor al *instinto de conservación,* que impide al enfermo resignarse a creer incurable *su enfermedad.* No quiere admitir que haya enfermedades que no puedan curarse, y sobre todo que *la suya* sea una de ellas (5).

5.° *Una última causa* honra más a la naturaleza humana; el enfermo es *demasiado honrado* para imaginar que un hombre de palabra atrayente y maneras seductoras pueda engañarle en materia tan grave y sólo piense en ganar dinero; si desconfía algo, conserva una secreta esperanza y no quiere desechar una última probabilidad.

El profesor E. Forgue en *Au seuil de la chirurgie* (6) lo ha resumido todo en estas palabras: El charlatán «explota la imaginación confiada de la

(1) Citado por J. Vincent: *La médecine,* págs. 264 y sig.

El profesor E. Forgue cuenta en *Au seuil de la chirurgie* esta divertida anécdota relativa al Dr. Sabatier.

Cierto día contemplaba en la plaza pública a un charlatán «de pie en un magnífico carruaje, vestido enteramente de rojo y que maravillaba al populacho con su elocuencia, cuando el orador, al advertir a aquel grave personaje que le estaba escuchando a distancia, con las manos cruzadas sobre su largo bastón, interrumpió su discurso... «Ved allí, dijo, a aquel anciano que me escucha. Se le reconoce fácilmente por un hombre de estudios y de saber. Voy a conversar con él en la lengua de los sabios, que es el latín, y en dos minutos será de mi opinión.» E interpelando al sorprendido Sabatier: «Caballero, dijo, he aquí la tesis que quiero someteros: *Vulgus decipi vult* (El vulgo quiere ser engañado). — Es cierto — asintió Sabatier, sonriendo e inclinando la cabeza —: es una verdad de todas las épocas. — Pues bien, dijo el otro, sacad vos mismo la conclusión: *ergo, decipiatur!*» (¡Así pues, le engaño!). *(Au seuil de la chirurgie,* págs. 44 y sig.).

(2) Dr. Vincent: *La médecine,* págs. 261 y sig.; Dechambre, pág. 94.

(3) Dr. Morache, págs. 301 y 302; Dechambre, págs. 23 y sig.

(4) G. Morache, pág. 303.

(5) Dr. Vincent: *La médecine,* pág. 262.

(6) Página 44.

multitud, su falta de sentido crítico, el contagio de la moda, la necesidad o la afición a lo maravilloso». Estas causas bastan ampliamente para explicar el éxito del charlatán, aunque sea un embustero y un bribón, más o menos hábilmente disimulado.

39. Espíritu de intriga. — Aquí es necesario distinguir claramente *tres actitudes diferentes.*

1. HAY UN ESPÍRITU DE INTRIGA que, para *enaltecer* su persona o su mercancía, recurre a compromisos deshonrosos y busca siempre medios para disimular la incompetencia o más bien *simular* una competencia inexistente: es el charlatanismo puro y simple (1).

2. SI LOS PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS por un hombre de ciencia y habilidad, deseoso de hacerse valer, son poco honorables, o por lo menos poco delicados, sin estar en modo alguno *manchados con la mentira,* hay un espíritu de intriga que deroga las conveniencias profesionales, pero que, en buen derecho, no puede calificarse de charlatanismo.

3. POR ÚLTIMO NADIE PUEDE CONDENAR «al médico laborioso e instruído, pero necesitado, que *honradamente utiliza sus relaciones* y deja obrar influencias para lograr un mejor estado» (2). En esto no hay ningún espíritu de intriga en el sentido propio del término.

La descripción que hace Dechambre del charlatanismo privado (p. 96) reclama algunas salvedades si no se quiere confundir lo que es *inmoral,* lo que es más o menos *inconveniente,* y lo que es *plenamente legítimo.*

40. III. Mercantilismo. — Denominamos *mercantilismo* a un espíritu de lucro, a un deseo de enriquecerse, a un ansia de ganancias que recurre a los procedimientos que suelen emplear los comerciantes más ávidos. Sin embargo hay que distinguir las prácticas peligrosas; las poco caritativas; las poco dignas de la profesión médica; las absolutamente legítimas.

1. PRÁCTICAS PELIGROSAS. — Es peligroso, *desde un triple punto de vista,* buscar una fuente de beneficios en la generosidad de un farmacéutico al que se envía los enfermos. Es aún más peligroso tener una *asociación formal* con él y exigir un derecho de comisión sobre los medicamentos o los aparatos cuya venta le procura.

1.° En primer lugar el médico que obra de este modo *se obliga al silencio de antemano*: se priva de toda libertad de criticar, si hay motivo, la calidad inferior de los medicamentos suministrados por el farmacéutico.

(1) Cuando un médico de carácter débil se casa con una *mujer ambiciosa* acontece fácilmente que la señora, poseída del *espíritu de intriga,* «se dedica enteramente y por todos los medios», *buenos o malos,* «a hacer subir a su marido por la escala jerárquica en la profesión, así como en la sociedad». *Noël Hallé* traza de esta intrigante, que él denomina «*grimpette*», un cuadro delicioso.

Si este ascensor de nuevo modelo logra izar a su «hombre», le es materialmente útil. Pero, «tanto si tiene éxito como si fracasa, le perjudica siempre moralmente; pues, de modo fatal, él se hace cómplice de los manejos de aquella a quien ha dado su nombre, su nombre de médico, sin obligarla a respetarlo, y se aprovecha del abuso que ella hace de él». *(De l'éducation médicale,* págs. 198 y sig.).

(2) Moureau y Lavrand: *Le médecine chrétien,* págs. 40 y sig.

2.° Luego obliga al farmacéutico, que no quiere ser víctima de sus generosidades, *a aumentar singularmente* los precios.

3.° Por último se expone él mismo a la tentación de prescribir, para aumentar sus beneficios, los *remedios más caros, o remedios inútiles,* y en ambos casos comete un verdadero hurto (1).

2. PRÁCTICAS POCO CARITATIVAS. — ¿Está permitido *en conciencia* a un médico que haya descubierto un nuevo remedio, por ejemplo un suero *de los más eficaces,* mantenerlo secreto para aumentar sus beneficios?

No parece que esté *siempre* (2) obligado, por caridad, a publicar su descubrimiento y hacerlo con ello más fácilmente accesible a todos. La caridad no obliga *de ordinario* a sufrir *un grave perjuicio* para ir en ayuda del prójimo.

Pero nadie negará que se manifiesta *poco caritativo* y *poco generoso* conservando para sí solo el beneficio de una invención que, si fuese del dominio público, podría prestar reales servicios a la humanidad. El caso, por lo demás, es demasiado poco práctico para que sea útil insistir (3).

3. PRÁCTICAS POCO DIGNAS. — Hemos visto que la publicidad extracientífica dada por el anuncio en carteles o periódicos y el reclamo o la propaganda de tal remedio, o tal modo de tratamiento, *se libra del reproche de charlatanismo* si lo que se ha publicado por este medio es estrictamente conforme a la verdad, o por lo menos no contiene sino errores plenamente involuntarios, *sin nada de mentira* en el sentido propio de la palabra.

Pero la cuestión es más compleja si se considera el *honor médico.* ¿Es conforme a la dignidad profesional una publicidad de este género? Dechambre contesta con una distinción. Impone al médico, en nombre de las conveniencias, «la obligación de requerir a una autoridad competente», es decir, a las academias de medicina, «el control de sus ideas y descubrimientos, *y de llegar al público a través de esta autoridad únicamente*» (4). «No le es permitido», dice, «tomar al público por juez directo de su mérito», y del valor de sus ideas, de su terapéutica, de sus invenciones (5).

Tal vez se encontrará muy severo este veredicto, que parece no hacer ninguna excepción. Por lo menos sería oportuno distinguir expresamente *dos casos muy diferentes.* Si el médico, por amor a la humanidad, se contenta con informar al público, para que tome contra una epidemia las precauciones necesarias o sepa emplear a tiempo la medicación apropiada,

(1) Dechambre, págs. 283 y sig.; Moureau y Lavrand, págs. 47 y sig.

(2) Decimos *siempre.* No obstante, hay numerosas *excepciones* en virtud del principio bien conocido de los moralistas de que la caridad obliga a sufrir un grave daño, y por lo tanto a privarse de un gran beneficio, para socorrer al prójimo reducido a una necesidad *extrema o casi extrema.* Obliga igualmente a preferir a un bien particular, aunque fuera notable, un bien *común* de mucha importancia. Por consiguiente, si un médico hubiera descubierto un remedio, *único eficaz* contra una enfermedad mortal o contra una afección *muy extendida y grave,* no podría mantenerlo secreto sin atentar gravemente a la caridad. Tal sería el caso si un afortunado médico descubriera un remedio *seguramente apto* para curar, o por lo menos para prevenir, la tuberculosis. No obstante, la moral le autorizaría a vender su descubrimiento a un Gobierno que lo comprara para extender por doquier sus beneficios.

(3) Moureau y Lavrand, págs. 44 y sig.; Dechambre, pág. 107.

(4) Dechambre, pág. 101.

(5) *Ibid.,* pág. 100.

no va contra la dignidad profesional al servirse, para lograr su objeto, de la voz de los periódicos. Pero si, *con interés de lucro,* recurre al anuncio en las paredes o a la inserción en los periódicos, se entrega a un mercantilismo poco digno de la profesión médica y que tiene sus peligros. «Rebaja el ejercicio de su arte al nivel de una operación mercantil.» Y puede estar tentado a exagerar singularmente la eficacia del remedio o del tratamiento del que espera grandes beneficios; con ello se expone «a comerciar con su misma honradez» (1).

4. PRÁCTICAS LÍCITAS. — ¿Es laudable que un médico participe, *en calidad de accionista o de obligacionista,* en sociedades propietarias o arrendatarias de estaciones termales, o que explote especialidades cualesquiera?

Sí, esto está permitido *con tal que* el médico no prescriba estas aguas, o estas especialidades, sino cuando estén indicadas; de otro modo el beneficio de esta colocación (legítimo por otra parte) sería injusto» (2).

(1) Moureau y Lavrand, págs. 41 y sig.

(2) Moureau y Lavrand, págs. 49 y sig.

CAPITULO III

EL HOMBRE DE VERDADERO CELO

El objeto de este capítulo, que estudia el celo necesario al médico, es hacernos comprender mejor la grandeza de la profesión médica; su verdadera originalidad; sus legítimas exigencias.

Diremos, en cuatro párrafos, *lo que es* el celo médico, cuáles son *sus dos grados,* uno absolutamente indispensable, el otro muy útil; qué *móviles* le originan y lo mantienen; qué *frutos* de vida suministra en beneficio del médico que lo ejerce y de los enfermos que de él se aprovechan.

§ I. — Naturaleza del celo

41. I. Definición *en general.* — Dedicarse a una bella obra, sea cual fuere, es, en consideración al nombre y a la cosa, consagrarse a ella cueste lo que cueste; darse a ella constantemente, a pesar de todo; *emplear* todas las energías y facultades en lo que exija el éxito de la obra, *y por un motivo* que no sea principalmente el interés personal.

En todo celo que no sea un acto aislado encontramos, pues, *tres elementos:* 1, la prontitud de la voluntad, que se entrega con todo su impulso y todas sus energías a una empresa moralmente buena; 2, cierto desinterés que es el olvido de sí mismo y de la utilidad personal; 3, la constancia. Encontramos también *un potente motor:* un móvil capaz de elevar al hombre por encima de sus intereses inmediatos. El celo en sentido propio puede definirse, pues: *el don, habitual y desinteresado, de sí mismo, llevado hasta el sacrificio.*

Del que no hace sino *prestarse* a una obra, o como el ambicioso o el avaro, busca ante todo *su interés personal,* o carece completamente de perseverancia, nunca se dirá: es un hombre de celo, aunque fuera afanoso y se apresurara a aumentar su riqueza.

42. II. Definición del celo médico. — *El celo médico* es la donación de sí mismo a los enfermos, llevada hasta el sacrificio; es un don desinteresado; es un don permanente.

1. Donación de sí mismo. — El médico consagra al alivio del hombre que sufre su ciencia, su habilidad, su experiencia: «debe dar a los enfermos, que los reclaman, su trabajo, sus cuidados, su tiempo, su mismo reposo; en una palabra, pone al servicio de los desgraciados *todas sus facultades* físicas, intelectuales y morales», todos los recursos de su inteligencia, de su voluntad y de su corazón (1).

Naturalmente, esta donación de sí mismo lleva consigo *el sacrificio.* «Lo he dicho ya: si el médico ejerce una profesión libre, encuentra su cadena en ella misma, en su propio destino, *que es hacer el bien.* Este no puede venderse ni medirse como una mercancía; el bien no tiene valor venal que le permita variar con la ley de la oferta y la demanda. Debe hacerse *a cualquier precio* (2). Por lo menos el médico debe imponerse todas las fatigas, todas las molestias, todos los sacrificios requeridos para la curación de sus enfermos, que es el objeto perseguido.

2. Donación desinteresada. — El médico puede, sin dejar de ser celoso, buscar reputación, bienestar y fortuna. Pero estos fines interesados no podrían ser su *objeto* principal, al que todo lo demás se ajusta y se dobla. Por el contrario, para ser hombre de celo, debe proponerse como *primer* fin la curación de sus enfermos; luego proporcionar sus cuidados, y por lo tanto subordinarlo todo a la gravedad del caso que se le somete, y a los caprichos, si no del enfermo, por lo menos de la enfermedad. Es decir, que en él la donación de sí mismo debe ser, en cierta medida, *desinteresada.* Igualmente el dinero que recibe nunca será *el equivalente exacto* de los cuidados que prodiga y del bien que procura.

3. Donación permanente. — La donación que el médico celoso hace de sí mismo debe adaptarse a la afección que se combate y hay que vencer. Ahora bien, sin la donación *permanente* de sí mismo el médico no puede responder *ni* a las exigencias de las diversas enfermedades que atacan al mismo tiempo a sus clientes, *ni* a los aspectos caprichosos de la misma enfermedad, sobre todo si se prolonga: «el juicio, desde el punto de vista terapéutico, que es la expresión de la verdad en el momento de manifestarla, puede no ser verdad algunos días y hasta algunas horas más tarde; esto es lo que dobla la dificultad de nuestro arte» y requiere una donación de sí mismo constante, permanente, habitual (3).

La donación de sí mismo puede ser, sin embargo, más o menos completa, más o menos desinteresada: de ahí los *grados* en el celo, y los móviles de valor desigual.

§ 2. — Grados del celo

43. I. Dos grados. — Al parecer es posible distinguir dos grados en el celo del médico.

1. El primero consiste en hacer, a pesar de las fatigas, los peligros, el amor propio, las ingratitudes, su deber, *todo su deber,* sin exceptuar los deberes de caridad, y esto *por un motivo* que no sea única o principalmente el interés personal y pueda asegurar la perseverancia necesaria para curar o aliviar al enfermo.

(1) Dr. Vincent: *La médecine...*, pág. 353.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 145.
(3) Dr. Vincent: *Le médecin...*, págs. 191 y sig.

2. El segundo grado consiste en hacer, por benevolencia hacia el prójimo, o mejor por caridad, *más* que su deber: en abandonar, por ejemplo, la cabecera de su hijo atacado de difteria para tratar de salvar al hijo de un pobre campesino atacado del mismo mal; en levantarse en una noche muy fría... presa de un violento acceso de fiebre palúdica en su tercer período..., con el cuerpo en pleno sudor, para ir a toda prisa a ver a un niño que se ha creído tosía roncamente y que en realidad no tiene nada (1).

44. II. Necesidad del primer grado. — El primer grado de celo es *necesario* al médico que nunca quiere ser indigno, o por lo menos quiere ser *habitualmente* digno de su profesión.

Obligado a hacer *constantemente* su deber, y todo su deber, no lo hará con la regularidad y la tenacidad deseadas si no obra *principalmente por un motivo desinteresado,* es decir, si no tiene verdadero celo. Los móviles interesados no siempre bastan para vencer las dificultades *físicas* y *morales* que se oponen al pleno cumplimiento del deber médico.

Basta, para convencerse de ello, leer la *descripción muy incompleta* que el Dr. Vincent ha trazado de estas dificultades:

«Carreras continuas durante el día, numerosas ascensiones a los pisos, sueño frecuentemente interrumpido para ir a veces muy lejos; irregularidad en las horas de las comidas, a menudo entrecortadas. Doblad, triplicad todo esto en tiempo de epidemia, cuando el número de los enfermos aumenta considerablemente y el médico es llamado a la menor alarma. ¡Quién contará las noches enteramente sacrificadas!»

A estas causas *físicas,* por lo demás muy incompletamente anotadas, añadamos las influencias *morales:* «Las inquietudes sobre el porvenir, escribe E. Beaugrand, que asaltan al médico al principio de su carrera, cuando ve disipadas las ilusiones que se había forjado y se encuentra en presencia de las dificultades reales de la vida; las ansiedades, los tormentos

(1) Dr. Vincent: *Le médecin...,* págs. 47 y sig.

El celo descrito en este segundo grado se eleva hasta el *heroísmo* cuando el médico, al cumplir un acto de *pura supererogación,* expone su propia vida para salvar a un enfermo. Tomamos de *Noël Hallé* el ejemplo siguiente. Hay en él una luz y un calor muy distinto del frío principio.

Antes del descubrimiento del suero antidiftérico «he visto con mis propios ojos aspirar de boca a boca las mucosidades mezcladas con meconio que obstruyen las vías aéreas en la asfixia mecánica de los recién nacidos. He visto extraer por succión de boca a boca el paquete de falsas membranas diftéricas que después de la traqueotomía obstruye la tráquea.

Y mientras el médico, con la serenidad del deber cumplido, escupe la materia envenenada y se enjuaga la boca, el pequeño ser todavía inerte, pálido o azul, respira, recobra color, renace, abre sus ojos agrandados a la luz del día, como asombrado de subir a la vida desde el fondo tenebroso de la muerte.

Creo que a los ojos del juez que todo lo sabe, el médico que muere de difteria, después de una agonía atroz consciente, entre los horrores de la asfixia progresiva, por el pequeño ser al que ha salvado, vale tanto como el soldado que cae fulminado sin sufrimientos por su patria bajo el sol de la victoria.

Pensemos en la tortura del joven padre de familia que se ha contaminado así para cumplir simplemente su deber. Durante días tendrá que asistir fríamente, hora tras hora y con angustia, al desarrollo de los primeros síntomas de la angina que tal vez le arrebatará, dejando en la miseria a su esposa y a sus hijos» *(De l'éducation médicale,* pág. 247). El Dr. Hallé habla de deber cumplido, pero en realidad hay en esto algo más que deber.

de que es presa cerca de ciertos enfermos de los que puede depender su reputación; las innumerables decepciones que le causan la ingratitud, la mala fe de sus clientes; y, necesario es decirlo, los celos y el odio de colegas indignos de este nombre» (1).

El celo es el único capaz de seguir, a través de estas malezas de espinas, el áspero sendero del deber (2).

45. III. Importancia del segundo grado. — El segundo grado de celo, sin ser absolutamente necesario, es *muy útil* a quien quiera mantenerse firme en el primero.

1. En primer lugar es de gran provecho hacer su deber *por motivo de benevolencia,* por amor a los enfermos en los que el médico ve *hermanos que sufren,* a quienes el sufrimiento tal vez deprime, pero a los que puede engrandecer y ennoblecer si, gracias a una mano amiga, el sufrimiento es soportado valientemente. En verdad esta benevolencia, o mejor esta caridad, es el mejor medio, como veremos en el § 3, para realizar con más ánimo, constancia, desinterés todo su deber (3).

2. Es igualmente muy ventajoso hacer *más que su deber.* Cuando se trata de la ley moral, la práctica de los *consejos* garantiza la fidelidad a los *preceptos.* En este orden de cosas *es necesario apuntar más alto* si se quiere siempre dar en el blanco, no ceder al peso que nos arrastra hacia abajo, quedar habitualmente a la altura de las obligaciones.

Igualmente, haciendo *más* que su deber, mostrándose generoso, dándose sin contar, el médico sirve del mejor modo a sus *intereses.* Por ejemplo «en gentes de condición mediana o inferior, que no deseen un número de visitas superior a sus recursos, hay que saber, en caso necesario, no vacilar en acudir espontáneamente, dejando comprender discretamente que en aquella ocasión es *una visita de amigo* la que hace, porque ha querido darse cuenta por sí mismo de tal o cual circunstancia. Semejante modo de proceder será siempre bien acogido; se agradecerá tanto al médico, *que el obrar así sería casi una habilidad*» (4).

§ 3. — Moviles del celo

46. Cuatro móviles. — El móvil principal del celo no puede ser el interés personal. Este no podría a la manera de una razón de obrar, encender y mantener en el corazón la llama de la devoción. El que se proponga como fin único y principal ganar dinero, o también hacerse un nombre, no será un médico *constantemente* dedicado a *todos* sus enfermos (5).

(1) Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 180; Maurice de Fleury, págs. 7 y sig.
(2) Dr. Morache, pág. 86.
(3) Impulso, desinterés, constancia: he aquí todo el celo.
(4) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 166.
(5) Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 42, n. 50, etc. Demuestra de diversas maneras, y en particular por el retrato del *Dr. Grippesous,* que el *interés* no podría ser el móvil del celo.

Pero, además del interés personal, encontramos *cuatro móviles* de valor *muy desigual,* que, con mayor o menor eficacia, impulsan al médico a su deber. Por orden de gradación ascendente son: la pasión del arte médica, o, como se dice vulgarmente, la afición al oficio; el amor a la lucha y al triunfo; el amor al deber; el amor al hombre que sufre, o mejor la caridad, que viendo en el prójimo una imagen y un hijo de Dios, le ama en Dios y por Dios.

La cuestión que se propone es, pues, la siguiente: ¿qué valen *estos cuatro orígenes,* de los que puede brotar el celo con mayor o menor abundancia?

47. I. La afición al oficio. — La afición a la profesión sólo es requerida en cierta medida. Pero es muy útil si es muy viva y va unida a una fe inteligente en el arte médica. *No basta, sin embargo,* para dar nacimiento a un celo que de ordinario no se desmienta, ni para darle vigor.

1. UNA CIERTA AFICIÓN A LA PROFESIÓN es necesaria. Para persuadirse de ello basta definir los términos. *La afición a la profesión* contiene *tres elementos:* una aptitud mayor o menor para comprender la medicina; una facilidad, más o menos real, para atenderla sostenidamente; una satisfacción, más o menos intensa, para ejercer esta aptitud y aplicar esta atención: en una palabra, la afición a la profesión se reduce a una *especie de necesidad* que encuentra, en un ejercicio relativamente fácil, su *satisfacción.* Por consiguiente, una ausencia *total* de afición implica la falta de estas aptitudes, de la atención, del placer intelectual, necesarias al éxito. *Sólo se hace bien lo que place* y sólo gusta lo que puede hacerse sin demasiadas dificultades. La afición a la profesión es, pues, en cierto modo un requisito.

Sin embargo, no es indispensable que sea *muy pronunciada:* un médico que ame su deber y a sus enfermos puede ser un buen práctico, y muy celoso, con aptitudes medianas y una afición moderada a su arte (1).

2. UNA AFICIÓN MUY INTENSA ES MUY ÚTIL. — Si nada grande se hace sin pasión, se puede llegar con ella a los más bellos resultados. Pero es necesario que esta pasión esté *al servicio de la razón.* Es decir, la afición a la profesión debe estar unida a una *fe inteligente* que no exagere los recursos de la medicina. Un médico que espere demasiado de su arte y se entusiasme desmedidamente por una nueva teoría será propenso a descorazonarse al primer fracaso, y tal vez a «no creer más en la medicina» (1).

3. SIN EMBARGO, LA PASIÓN POR EL ARTE MÉDICA NO BASTA para dar origen, y sobre todo *vigor constante,* a un celo que siempre debe ser vivo y universal. Un médico con afición a la profesión, o hasta con pasión por su arte, *se apasionará por un caso nuevo* que no ha observado todavía. Pero si no tiene ni el amor al deber, ni el amor al hombre que sufre, correrá el riesgo *de quedar indiferente a casos cien veces estudiados,* y de los que nada tiene que aprender. Su celo será, pues, intermitente y arbitrario: será un *celo de artista.*

«Es inútil proponer al *Dr. Grippesous* que haga una visita *gratuita* a un pobre: no tiene tiempo para ello. Pero si sois ricos no le llaméis por un resfriado, pues acudirá diez veces al día; ni para una consulta, pues ya no podréis desembarazaros de él. Conoce los senderos poco frecuentados que conducen a los empleos *lucrativos,* y ocupa todas las plazas *retribuídas* que puede captar la intriga. Nunca ha prestado servicios a nadie. No se le conocen amigos, sino relaciones *útiles.* Pertenece al partido político que más puede beneficiarle, y, aunque no cree en nada, va a la iglesia e invita a los eclesiásticos a su mesa. Este rico ha hecho vender la vaca de un pobre labrador que no podía pagarle. No insistamos en este mal sujeto: sólo es médico de nombre.»

En resumen, desde el punto de vista moral, el médico digno de este nombre debe ser casi desinteresado por deber y, por lo tanto, por inclinación; interesado, en cierta medida, por necesidad (Noël Hallé: *De l'éducation médicale,* págs. 19 y sig.).

(1) Dr. Vincent: *La médecine...,* págs. 181 y sig.

48. II. El amor a la lucha. — Lo que acabamos de decir se aplica igualmente a *la afición a la lucha* contra la enfermedad y al placer de vencerla.

1. EN PRIMER LUGAR este amor a la lucha, esta esperanza de vencer, esta satisfacción cuando se ha logrado el triunfo, *no es más que un aspecto* de la pasión del arte médica: el médico no ama su arte sino por sus resultados y sus frutos de salvación.

2. LUEGO, la afición a la profesión, y más todavía el amor a la lucha y el placer de la victoria, *no es más que un sentimiento.* Ahora bien, nada más variable, nada menos estable, nada menos seguro que el sentimiento. No puede, pues, alimentar un celo, que debe ser siempre igual a sí mismo y no sufrir ningún eclipse.

49. III. El amor al deber. — El amor al deber es a la vez *necesario* y *suficiente* para el nacimiento y conservación del celo: es la buena tierra donde germina, florece y se madura.

1. NECESARIO. — 1.° Los motivos que hasta ahora hemos revisado no bastan para el nacimiento y vitalidad del celo médico. Hay que recurrir, pues, a motivos *más nobles y eficaces*: al amor al deber, y, como veremos, al amor a los hombres.

2.° El celo médico no podría ser un *celo cualquiera.* Debe serlo a toda prueba y revestir todas las formas para mantenerse a la altura de una tarea muy elevada y singularmente ardua: como explicaremos más detalladamente en la segunda parte, debe ser, por ejemplo, *resistencia* para soportar una vida de fatigas y de molestias continuas; *abnegación* para renunciar a pertenecerse y a pertenecer, como convendría, a los suyos; *valor* para afrontar las enfermedades epidémicas o contagiosas, no rehuir nunca los peligros profesionales, quedar tranquilo en medio del espanto general y levantar la moral de todos (2); *paciencia* incansable para triunfar de la

(1) Dr. Morache, págs. 153 y sig.; Dechambre, págs. 66 y sig.

(2) *Digamos sin embargo* que, en materia de *valor,* el *honor* médico es más exigente que la moral.

El honor médico que no se limita, como la moral, a formular estrictas obligaciones, fustiga, *sin distinción,* al médico que en tiempo de epidemia abandona su puesto o se niega, en cualquier tiempo, a socorrer a los enfermos *afectos de enfermedades contagiosas o epidémicas.* Realmente se parece al soldado que deserta del campo de batalla o que declina una

prolongación de la enfermedad, de la indocilidad del enfermo, de las pretensiones de la familia, de la oposición de tal o cual colega; *grandeza de alma* y *perseverancia* para no dejarse abatir o enfriar por la ingratitud.

Sin el amor al deber *semejante* celo es imposible. Pero el amor al deber basta para ponerlo en el corazón y hacerlo vivir.

2. SUFICIENTE. — Quien ama al deber hace habitualmente su deber, todo su deber, *porque* es su deber. ¿No es éste, con su motivo desinteresado, *el primer grado del celo?*

Igualmente, si el amor al deber es *más eficaz* que la afición al oficio y a la lucha, es porque no es *puro sentimiento,* y se dirige a una *persona* viva y amante: acto libre de la voluntad, es implícitamente respeto y amor a Dios, autor de la ley moral.

Avivad este amor. Haced que se extienda al enfermo, imagen de Dios, y tendréis el segundo grado del celo: el celo que va más allá del deber, el celo que se da por entero a los demás.

50. IV. El amor a los hombres. — El amor a los hombres, la benevolencia, la caridad, es el *verdadero móvil* del *perfecto* celo, que «consiste esencialmente en querer prestar servicio a los demás sin cuidarse de

misión peligrosa. Por elle leemos estas líneas en *Le devoir du médecin:* «Galeno en Roma, en 167, y Sydenham en Londres, en 1655, huyeron ante la peste. Frente a estas dos defecciones célebres se levanta el glorioso martirologio de los médicos caídos en el campo del honor, innumerables como las estrellas del firmamento» (Dr. Eug. Hubert, núm. 56, pág. 48).

La moral, menos severa, *distingue* dos clases de médicos: *por una parte,* el médico que está a sueldo del Estado o que ha cerrado un contrato, todavía en vigor, con una administración, una familia, un particular, o que se ha encargado ya de tratar a un enfermo con el que, por el mismo hecho, le une un cuasicontrato; y *por otra parte* el médico que no está ligado, por contrato o cuasicontrato, ni con el Estado ni con lo individuos. Impone *al primero,* ligado con contrato o cuasicontrato, una *obligación de justicia,* y una obligación grave, de permanecer en su puesto en tiempo de epidemia y de responder en todo momento a las llamadas de los enfermos contagiosos o epidémicos. No impone al segundo, libre de todo contrato, sino una *obligación de caridad,* obligación que, de ordinario ligera, se agrava en un solo caso: si prevé que su partida o su negativa de servicios causarán, por falta de médicos, un *grave daño a la sociedad,* es decir, la muerte de un gran número de enfermos que muy probablemente se habrían salvado si él hubiera permanecido en su puesto de honor y hubiera acudido a su llamamiento.

Si, con motivo de esta nota, se nos pregunta lo que distingue al *honor* de la *moral,* ciencia del deber en general y de los deberes, respondemos que el honor no podría, en ninguna de sus acepciones, ser *origen* de la obligación moral, fundada en último análisis en el precepto divino, pero que puede, bien comprendido, convertirse en una *ayuda potente* e incluso en un *par de alas* que nos eleven a las alturas.

1.º *El honor no es en absoluto origen de obligación.* — Ni el sentimiento de la dignidad personal, ni el noble cuidado de la estimación de las gentes de bien, ni la elevada ambición de ser un hombre en el que se pueda confiar, bastan para establecer sobre un fundamento inconmovible la *obligación moral.* Para encontrar el origen de la obligación no puedo detenerme ni en mí mismo ni en los demás seres. Es preciso que me remonte hasta Dios.

2.º *El honor es una poderosa ayuda.* — Esto es de toda evidencia considerando la primera, la segunda y particularmente la tercera acepción.

Por esto F. Hervé-Bazin ha tenido razón al decir: «Ser un hombre de honor, un hombre en el que se pueda confiar. No hay ambición más bella ni más necesaria...». Esta ambición reposa sobre la *lealtad,* y «la lealtad es como un acero templado que forma en torno del alma una coraza impenetrable a la traición, a la cobardía, a la bajeza y a la mentira» (*D. P. C. R.,* tomo III, c. 796, sig.).

las dificultades, no por el interés propio, sino por el interés hacia los demás» (1).

1. Este móvil es *el más eficaz.* Impulsa al médico a hacer más que su deber; le inclina hacia los pobres que visita, y a los que sabe procurar los medicamentos indispensables; da a toda su persona esa radiación de la *bondad afectuosa* que dilata el corazón. El celo que inspira el amor al deber puede tener algo de austero; el celo que es el fruto del amor al prójimo está impregnado de *bondad compasiva.* De esta forma de celo es de la que Monfalcon ha escrito: «Cesar de ser de sí mismo y dedicarse para siempre al servicio de la humanidad...; soportar las injusticias, la ingratitud y los caprichos de los hombres; despreciar el cuidado de la vida propia en las calamidades públicas; poseer en todo tiempo y en todos los lugares un valor, una tranquilidad, una paciencia inagotables; y hacer por último entera *abnegación de sí mismo* para practicar la caridad con todo el mundo, y sobre todo con los pobres: tal debe ser el celo del médico» que pretende aproximarse lo más posible al ideal (2).

2. Por lo demás, *lejos de excluirse,* estos diferentes móviles (afición a la profesión, amor a la lucha, amor al deber, amor al hombre) «se atraen recíprocamente. Al unirse ganan en potencia para ayudar al médico a hacer su deber» y más que su deber «a pesar de las fatigas, los peligros y las ingratitudes» (3).

§ 4. — FRUTOS DEL CELO

El fruto del celo no será siempre el reconocimiento o el agradecimiento, sino la alegría de la conciencia, la confianza de las familias y un éxito más seguro.

51. I. Fruto ilusorio. — El agradecimiento es humano. Pero no es propio de las *almas vulgares,* que sólo ven en los cuidados recibidos el equivalente del dinero que han dado. A las *almas demasiado orgullosas* o demasiado independientes pesa como un fardo o como una cadena que se sacude lo más pronto posible. *Por esta razón es bastante raro,* y el médico hará muy bien en no esperarlo.

«Digamos otra vez», escribe el Dr. Vincent, «a los jóvenes colegas: encontraréis algunas veces el agradecimiento en los senderos estrechos y difíciles de vuestra carrera: os encantará mucho. Pero *el mejor y más seguro medio* de no sufrir decepciones es el de no contar nunca con esta virtud. El fruto del servicio es el mismo servicio» (4).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 63.
(2) Citado por el Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 354.
(3) Moureau y Lavrand, pág. 63.
(4) Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 304; Dechambre, págs. 146 y sig.
El Dr. Eug. Hubert es *más optimista.* Llega no obstante a la *misma conclusión.*
«La ingratitud es una monstruosidad, y por consecuencia una *excepción*... Lo repito en honor de la humanidad: los corazones de los que huye el agradecimiento como de un vaso hendido son felizmente bastante raros; en la mayoría de los casos se conserva como vino

52. II. Frutos reales. — Hay tres por lo menos.

1. LA ALEGRÍA DE LA CONCIENCIA es el primer fruto del celo, y el que nunca dejará de madurar: alegría del deber concienzudamente cumplido; alegría del bien realizado sin estar obligado a él; alegría del sacrificio que se ha tenido el valor de imponerse, y, ¿por qué no decirlo?, alegría de la sinceridad con que se ha confesado la impotencia, sobre todo cuando esta humilde confesión ha suministrado al enfermo o a su familia la ocasión de practicar las más bellas virtudes.

Nos atrevemos a citar a este propósito un rasgo que es una *excepción,* una rara excepción, pero tan bella que merece ser mencionada. El relato es del Dr. Charruau, que ejerció la medicina en Nantes durante cerca de cuarenta años, y nos ha sido transmitido por uno de sus hijos.

«Dura es nuestra profesión, nos decía un día mi padre al volver de sus visitas de la mañana. Pero verdaderamente el buen Dios nos da algunas veces *dulces consuelos.* No olvidaré nunca el espectáculo que acabo de presenciar. Vengo de casa de la tía *Fulana,* ya conocéis a esta anciana bretona que vocea desaforadamente su mercancía subiendo la calle del Calvario. Su hija estaba moribunda; había recibido los últimos sacramentos; todo estaba en regla. Esta mañana estuve a verla y la encontré en la agonía. La madre me lleva a un rincón: «*¿Puede hacer algo, señor?*», me dice. Y como yo la miraba tristemente sin decirle nada: «*Vamos* — añadió —; *veo que los hombres ya nada pueden, pero yo sé a quien dirigirme.*» Se postró de rodillas delante de una pequeña imagen de Santa Ana y comenzó a rogarle con acentos que jamás olvidaré. Nunca he oído nada tan bello. Invocaba a Santa Ana, por el amor a su hija inmaculada, para que le devolviera la suya. La plegaria era tierna, suplicante, imperiosa, *conmovedora.* La pobre bretona no sabía que estaba sublime. Se dice que la fe traslada las montañas. Pues bien, la fe de esta mujer ha hecho un prodigio: *su hija, ante mis ojos, ha vuelto de las puertas de la muerte.* Santa Ana no ha podido resistir la potencia de la plegaria. *Es una gran felicidad* poder ser testigo de escenas semejantes» (1).

Hay que decir que el Dr. Charruau era el tipo del médico devoto. Por esto gozaba de la plena confianza de sus clientes.

2. LA CONFIANZA DE LAS FAMILIAS recompensa a menudo al médico que une a la habilidad profesional, a una perfecta honradez y a la prudencia, un verdadero celo.

Hay clientes que confían al médico sus preocupaciones, sus ansiedades, sus penas, y hasta sus faltas (2). En un caso difícil se le ruega, si conviene, que consulte con otro médico, pero no se privan de su celo.

generoso. Si un enfermo, quienquiera que sea, descuida darnos las gracias, no podemos por tan poco renunciar a quererle bien y a hacérselo. El que sólo se entregara a la medicina para recoger agradecimiento, se daría cuenta muy pronto de que la cosecha no está en relación con la siembra» (*Le devoir du médecin,* págs. 123 y sig., n. 121).

(1) *Mes parents,* págs. 35 y sig.

(2) Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 49.

Sin embargo, un fracaso persistente puede destruir la confianza. El Dr. Dechambre nota, con razón, que no hay motivo entonces para acusar a las familias (1).

3. POR ÚLTIMO EL CELO DEL MÉDICO CONTRIBUYE A ASEGURAR EL ÉXITO de su terapéutica, aunque no sea sino sosteniendo la moral de su enfermo.

53. Conclusión de los tres primeros capítulos. — «La vida del médico está hecha de trabajos y de celo. Y si no hay profesión más laboriosa y que esclavice más que la suya, tampoco hay otra en la que un hombre de corazón pueda derramar tanto bien en su derredor» (2).

«Dirigiéndose a los estudiantes de medicina, *Astley Cooper* les decía: «Amigos míos, vais a entrar en una noble profesión, pero llena de dificultades. Vuestros éxitos dependerán de tres cosas: *primero,* poseer a fondo los conocimientos que exige vuestra profesión; *segundo,* ser bastante celosos para cumplir con todos vuestros deberes; *tercero,* ser lo suficientemente honrados para conservar íntegro el carácter moral.

Sin la primera de estas cualidades, *la ciencia,* nadie puede desear que tengáis éxito (3); sin la segunda, *el celo,* nunca lograréis lo que deseáis; sin la tercera, *la honradez,* aunque tengáis éxito, no podréis ser dichosos.»

El Dr. Eug. Hubert, que cita estas palabras, añade: «Tratad a vuestros enfermos con simpatía verdadera, afectuosa y celosa: por el corazón es por el que mejor triunfaréis.»

Al leer el retrato del *buen* médico, «se está tentado a mirar si tiene alas en la espalda. Las tiene. Son las grandes virtudes de la profesión. Una se denomina la *ciencia,* la otra *devoción.* Y ambas son accionadas por un motor casi divino: *la caridad.* No se vuela con una ala solamente, y para elevarnos muy arriba, una y otra son igualmente indispensables» (4).

(1) Dechambre, págs. 148 y sig.

(2) Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 124.

(3) «Un médico insuficiente no puede luchar contra la competencia sino con medios deshonestos: es un peligro social» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 31).

(4) Eug. Hubert, *loc. cit.,* págs. 44 y sig.

CAPITULO IV

EL HOMBRE DE DISTINCION

Aunque sea difícil definir la distinción, intentaremos responder a esta pregunta: *¿qué es un hombre distinguido?* Hecho esto será fácil indicar las ventajas que la verdadera distinción procura al médico. El capítulo presente *se divide,* pues, naturalmente, *en dos párrafos.*

§ 1. — Naturaleza de la distinción

El mejor medio, parece, para definir la distinción que debe poseer el médico, es *compararla* con la preocupación de la dignidad profesional y marcar sus semejanzas y diferencias.

54. I. Semejanzas *que existen entre la estima de la dignidad profesional y la distinción* de los modales.

Hemos visto (núm. **31** y siguientes) que *la dignidad profesional* es el respeto a sí mismo, respeto a los demás, respeto a la profesión: triple respeto que excluye de la conducta, no sólo toda violación vergonzosa de la ley moral, sino también todo lo que es incompatible con el honor médico.

La distinción es, también, respeto a sí mismo, respeto a los demás, respeto a la profesión.

Además, el médico no puede tener, sin cierta distinción, la *dignidad* de los modales y de la conversación que debe ser suya. Existen, pues, *grandes semejanzas* entre un médico que estima su dignidad profesional y un médico al que no le falta distinción. Pero las semejanzas van acompañadas de *reales diferencias* que conviene señalar.

55. II. Diferencias. — La distinción es, como la dignidad profesional, respeto a sí mismo, respeto a los demás, respeto a la profesión. Pero en la persona del hombre distinguido este triple respeto reviste *caracteres especiales* que le dan más relieve y gracia.

1. El respeto a sí mismo se une a una perfecta *simplicidad,* que, sin llegar hasta al abandono y aun menos hasta la negligencia, se alía a una gran *dignidad,* pero destierra, como por instinto, para dejar sitio a la gravedad y a lo natural, todo lo que huele a ostentación o afectación.

2. El respeto a los demás en el hombre distinguido supone, en primer lugar, un gran *dominio de sí mismo,* que le hace dueño de sus primeros movimientos y le permite disimular las contrariedades; luego va unido a la *exquisita educación* llamada cortesía, que nada tiene de artificial y no puede expansionarse plenamente sin una lucha casi constante contra el abandono y el egoísmo; finalmente se une a una *cálida cordialidad* que tranquiliza en seguida a todos, y a nadie deja, ni al más humilde, en la confusión o el embarazo.

3. El respeto a la profesión se matiza de una *reserva,* llena de *tacto,* que sabe no ver, no oír, ni decir más de lo que hace falta, y se mantiene sin rigidez y sin esfuerzo en su lugar. Añadid una noble *arrogancia* que nada tiene de común con el orgullo.

56. III. Conclusiones. — Vemos, por esta definición, qué relaciones unen la distinción con la buena educación; cuál es principalmente el terreno propio de la distinción, y, por decirlo así, su campo de acción; qué género de faltas lleva a cometer la carencia de distinción.

1. Buena educación. — La distinción no difiere de la buena educación; el hombre distinguido es un hombre bien educado; es persona de buena compañía, y, para emplear la expresión inglesa, es un *gentleman.*

2. Campo de acción. — La distinción se manifiesta como la estima de la dignidad profesional en toda la conducta. Pero se manifiesta ante todo en el *aspecto exterior* y en la *conversación*: éste es su campo de acción preferido. La persona bien educada se reconoce inmediatamente por sus modales y su lenguaje: *la buena crianza,* que, a decir de Cicerón, es «como una cierta flor de la virtud», regula su actitud, sus gestos, sus palabras (1).

1.° *Aspecto.* — El hombre distinguido es una persona de *buen aspecto.* En su manera de vestir, de cuidar su exterior, de presentarse y actuar, evita a la vez la negligencia, la meticulosidad, la excentricidad; pero conserva la preocupación de un meticuloso aseo en el vestir y en toda la persona (2).

«El médico debe poseer una cualidad que se podría elevar a la categoría de una virtud social: la de la *limpieza,* llevada hasta lo que algunos llamarían exageración. Desde el punto de vista *biológico,* la limpieza es un elemento cuya importancia no es necesario recordar. Desde el punto de vista *social,* es una de las formas del respeto a sí mismo y a los demás; es una defensa y una protección. Es cruel decirlo, pero cuantos médicos, hace algunos años solamente, faltaban en absoluto a este principio, se hacían ellos mismos una especie de tipo original, afectando un *abandono* que podría tener otro nombre» (3).

2.° *Conversación.* — El médico distinguido debe ser persona *de buen tono.* Desterrará de su conversación cuanto denote al hombre vulgar, trivial, ordinario en exceso, presuntuoso, pedante; desterrará cualquier crudeza de lenguaje, locuacidad estéril o fanfarrona, irreflexión e imprudencia.

(1) *De Officiis,* XXVII.
(2) Dechambre, pág. 59.
(3) Dr. G. Morache, pág. 90.

«Si la cuestión se refiere a medicina propiamente dicha, debe guardar la mayor reserva, pues nunca se le perdonaría un error. *Es peligroso* tratar delante de personas extrañas al espíritu científico algunos de los problemas que los más competentes sólo aclaran difícilmente... Por lo tanto, debe *saber dudar y confesar su duda*; pero debe guardarse de manifestar escepticismo en cuestiones médicas; el mundo nunca se lo perdona al médico, y tiene razón (1).

3. GÉNERO DE FALTAS. — Una última conclusión se refiere al *género de faltas* que la carencia de distinción obliga a cometer. Estas faltas son numerosas. Pero de ordinario no son infracciones a la ley moral. Son faltas de urbanidad, de educación, de tacto... A veces estas faltas provienen de malos hábitos contraídos en el curso de la vida de estudiante y también de ciertos defectos de carácter que no se han combatido suficientemente (2).

Pero sea cual fuere la raíz de donde nazcan esos malos retoños, producen siempre el mismo fruto, y siempre amargo: el médico que carece *en alto grado* de distinción se daña a sí mismo y corre el riesgo de fracasar, o de lograr un éxito mediano a pesar de su ciencia, de su habilidad y hasta de su celo. Es lo que vamos a demostrar en el párrafo 2.°

§ 2. — VENTAJAS DE LA DISTINCIÓN

Una perfecta distinción es un *elemento de éxito* muy importante. Por el contrario, una falta *notable* de distinción, o de buena educación, compromete gravemente el éxito que había derecho a esperar. La conclusión práctica se impone, y no será difícil derivarla.

(1) Dr. G. Morache, pág. 91; véase también P. Le Gendre: *La vie du médecin*, páginas 279 y siguientes, 1931.

Hervé-Bazin trata de la distinción en general, sin considerar particularmente al médico. Insiste también en la distinción en las *maneras* y en el *lenguaje*. Pero añade con buen derecho la distinción del *espíritu*.

«Esta es, con mucho, la más importante de todas, y las demás derivan de ella. El espíritu distinguido es el que no se complace en las cosas vulgares; aquel *para el que nada noble o bello es indiferente*, y que es igualmente pronto al entusiasmo y al celo. Esta distinción del espíritu, que no es sino la *nobleza de las almas*, lleva naturalmente al joven a huir de lo que es bajo y vulgar; a rechazar las acciones cobardes, vergonzosas; a discernir a la primera ojeada lo que es feo o vil, a rodearse de amigos bien educados» (Citado en el *Dictionn. Pratiq. des Connaiss. Relig.*, artículo «Distinción»).

(2) Dr. Dechambre, pág. 59. — «Además de los grandes vicios, el que quiera lograr el éxito en medicina tiene que evitar una infinidad de pequeños defectos... El médico debe ser el hombre perfecto que Diógenes buscaba con la linterna... sin encontrarlo. Y el público moderno exige de él más cualidades que de su marido la mujer más difícil».

Después de esta entrada en materia, el Dr. *Eug. Hubert* hace desfilar ante nuestros ojos toda una galería de médicos que llaman nuestra atención por sus *defectos y ridiculeces*.

Vemos, por ejemplo, al *Dr. Melifluo* con sus «gracias exageradas» y su miel; el *Dr. Tantopeor*, que, grave como la puerta de una cárcel..., lo ve todo negro, «y da a las familias sobresaltos inútiles»; el *Dr. Jovial*, que «distrae, entretiene, hace reír, pero que no... inspira autoridad»; el *Dr. Didacta*, que «explica, comenta, argumenta, demuestra»; el *Dr. Picocerrado*, que no suelta una palabra; el *Dr. Quiensabe*, que se deja sugerir la medicación por el enfermo; el *Dr. Relámpago*, que «entra corriendo y... he aquí que ya se ha ido»; el *Dr. Adhesivo*, que «parece ir a reposar a casa del enfermo»; el *Dr. Tapaelojo*, que echa «polvo a los ojos»; el *Dr. Finturas*, que empalaga con sus amabilidades; el *Dr. Hipócrates*, que, «con fuerza hípica, se erige en taumaturgo», etc. (*Le devoir du médecin*, págs. 29 y sig.).

57. I. Ventajas de la distinción. — El secreto del éxito es unir a la ciencia, a la conciencia, al celo, la perfecta distinción que acabamos de describir. Todos los deontólogos están de acuerdo en este punto. Vamos a citar algunos de sus testimonios, ya para establecer el hecho, ya para dar su explicación.

1. EL HECHO. — «Para conservar la estima general...» el médico «debe ser *alguien*; pero ante todo lo que, sin definirla, se llama «una persona de buena compañía». El hombre de los medios sociales más modestos comprende perfectamente cuando el médico posee esta cualidad, y se la agradece cuando percibe bajo esta envoltura una alma tierna, un corazón compasivo» (1).

«No es fácil definir lo que se entiende con la expresión de *hombre bien educado*. Todos comprenden lo que esto quiere decir; todos reconocen al hombre bien educado a primera vista y le rinden homenaje. *Sufrimos fácilmente su influencia;* le miramos instintivamente *como superior* a los demás hombres, absolutamente como preferimos un diamante a los guijarros de la calle... *Es un gran secreto para triunfar* ser una persona bien educada; pero esto es *particularmente cierto* tratándose del médico» (2).

2. EXPLICACIÓN DEL HECHO. — ¿De dónde procede el éxito del hombre bien educado? Sin duda de la estima que nos inspira; de la facilidad con que tratamos con él, y, si conviene, con que le obedecemos. Mas, para que la explicación sea completa, conviene añadir que el *enfermo* es particularmente susceptible y exigente. «Cuando estamos enfermos, lo que nos disgusta de los demás, nos hiere y exaspera más que de ordinario. Entonces no es ni el pensador audaz ni el hombre que lo haya leído todo lo que nos falta, sino más bien el *consolador lleno de tacto,* que sólo dice lo que es preciso y deja transparentar en toda su actitud y en su mirada la expresión de los sentimientos que nos place encontrar en él» (3). Se pueden leer con provecho en Noël Hallé, *Elementos de filosofía médica,* páginas 240 y siguientes, algunas observaciones sobre la *psicología del enfermo*.

58. II. Inconvenientes de una educación demasiado inferior. — El médico sin educación, o con defectos de carácter verdaderamente desagradables, no logra el éxito que merecen su ciencia y habilidad profesionales: tiene un gusano que mata el germen pronto a desarrollarse.

1. FALTA DE DISTINCIÓN. — «Si el médico se abandona, el público le abandonará más pronto todavía» (4).

«Hay grandes médicos que son hombres mal educados, y en cambio existen hombres muy bien educados que son malos médicos. Pero *en general* el hombre bien educado hace maravillas, mientras que otro, con todo su genio, se muere de hambre. En todas las carreras ocurre lo mismo. Conozco abogados, y abogados muy sabios, que son muy

(1) Dr. G. Morache, pág. 90.
(2) Ch. Coppens: *Morale et médecine*, págs. 130 y sig.
(3) *Ibid.*, pág. 131.
(4) Dr. Morache, pág. 90.

pobres, mientras que sus rivales, que están diez veces por debajo de ellos, amontonan el oro. Recuerdo un *gran médico,* ya fallecido, que era un verdadero genio; pero era tan descuidado en su porte, y de tal modo había contraído el hábito horrible de mascar tabaco, que muchos temían su visita y preferían colegas menos hábiles pero mejor educados» (1).

2. Defectos de carácter. — «Se encuentran médicos de honradez profunda, de extensa instrucción, que no se elevan por encima de una situación mediana. ¿Es culpa del público o suya? Consideradlos bien y comprobaréis casi siempre que han pecado de un modo u otro *por el carácter,* que estas cualidades intrínsecas de que están dotados no han sabido hacerlas resaltar, ponerlas en obra, y que las han anulado como lo harían con una mina preciosa a la que no supieran explotar» (2).

59. III. Seamos distinguidos. — La conclusión práctica de este capítulo no puede ignorarla quien abra los ojos. Si poseemos una distinción natural, no la dejemos menguar, marchitarse o cubrirse de orín. Si algo falta por el lado de la educación o del carácter, es preciso que nos reformemos.

No se improvisa la distinción; pero es posible, por *esfuerzos constantes,* corregirse en cierto modo de las faltas de educación y de los defectos de carácter: un juicio recto y una voluntad enérgica bastan para llevar a cabo esta tarea tan importante.

«Los hábitos buenos y malos — dice Ch. Coppens — no son hábitos que se pueden tomar o abandonar a voluntad; son *tendencias* inveteradas, excavadas en nosotros por los años y por la práctica constante de la abnegación o de la negligencia. Y puesto que nada deseo tanto como vuestro éxito, dejadme recomendaros *cultivar los hábitos que hacen al hombre como debe ser, y bien educado.* Hay que hacerlo desde ahora mientras preparáis vuestro porvenir. Estáis muy equivocados cuando descuidáis lo que se llaman las conveniencias de una sociedad cultivada y pulida.

Unid en vuestra persona la dignidad del hombre *comme il faut,* con las virtudes de un hombre concienzudo..., siempre fiel a los principios de la verdadera moral, y honraréis vuestra vida y vuestro nombre...» (3).

60. Conclusión de la primera parte. — Para concluir esta primera parte, en la que hemos considerado al médico en sí mismo, citaremos *el*

(1) Ch. Coppens, págs. 131 y sig.

(2) Dr. Dechambre, pág. 94. — El Dr. P. Le Gendre es de la misma opinión. Según él, entre las cualidades que aseguran el éxito «las hay de un *orden inferior*». Estas desempeñan con frecuencia un papel más importante en el triunfo que las *de orden más elevado:* señalaré la *exactitud* y la *limpieza,* el cuidado de la persona física y de la indumentaria. Verdaderamente no es sorprendente que en la apreciación de las cualidades del médico el público conceda más importancia a las particularidades de orden menos relevante en la escala del valor moral» (*La vie du médecin,* pág. 227).

(3) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* pág. 132.

retrato que el viejo Hipócrates traza del médico, en lo físico y en lo moral (1).

1. En lo físico. — «Es una recomendación para el médico tener un buen semblante y carnes regulares, según su temperamento; pues de un médico de *mal aspecto,* enfermizo, se piensa de ordinario que no sabrá cuidar a los otros. Es necesario luego que sea limpio en su persona y bien vestido, que use perfumes agradables, y cuyo olor nada tenga de sospechoso, pues todo ello dispone al enfermo a su favor.»

2. En lo moral. — «El médico prudente debe también, *en cuanto a la moral,* observar lo que sigue: primero, saber callar, luego regular su vida; pues esto es muy importante para su reputación.

Es necesario que tenga el carácter de un perfecto hombre honrado y que sea a la vez grave y benévolo. Pues el exceso de apresuramiento, aun para prestar servicios, le hará menos respetable. Que observe lo que se puede permitir. Pues los mismos oficios prestados raramente a las mismas personas bastan para contentarlas. En cuanto a su porte, que sea el de un hombre reflexivo, sin altanería. De otro modo parecería arrogante y duro. En cambio, si se abandona a la risa y a la alegría, se hace molesto, y esto es lo que debe principalmente evitar.

Que sea honrado en todas sus relaciones; pues la honradez le es un gran recurso: los enfermos tienen asuntos graves que tratar con el médico, y se libran a él sin reservas: a todas horas ve mujeres, muchachas, objetos de valor; les es necesario ser siempre el dueño de sí mismo.

He aquí lo que debe ser el médico en lo físico y en lo moral» (2).

En este pasaje, por el que comienza el libro *Del médico,* es decir, el primero de los cinco libros hipocráticos, algunos trozos, nos hacen sonreír; por ejemplo los que se refieren al estado de carnes del médico y al empleo moderado de perfumes. Pero el conjunto de la descripción, sin tener toda la elevación deseable, no carece de precisión ni de finura. Los deontólogos modernos insisten también en la salud. A los «tuberculosos en potencia», a los cardíacos, etc., aconsejan «limitarse al ejercicio de ciertas especialidades poco fatigosas, o dedicarse a trabajos de laboratorio» (3).

Una comparación sencilla lo dirá en términos figurados. El médico *perfecto* es un *diamante en una montura adecuada. El diamante* es el hombre de ciencia, de deber, de celo. *La montura* adecuada es el hombre de distinción.

(1) Hablaremos más tarde de las cualidades propias del cirujano. Entre tanto, he aquí algunas líneas del profesor *E. Forgue:*

«Es necesario que el futuro operador tenga la mano firme, ligera, hábil; que tenga buena vista; que posea ingenio y un juicio recto, un dominio de sí mismo y una serenidad capaces de hacer frente a los incidentes más graves y más súbitos, una gran paciencia unida a una gran firmeza de carácter, la resolución en el pensamiento y la prontitud en el acto, el valor de las responsabilidades, y, junto a todas estas cualidades de fuerza, una dulzura en el lenguaje y en las maneras que persuada, consuele e inspire confianza... Los norteamericanos tienen... una fórmula curiosa. Procuran la educación de las tres haches (*head, heart and hand* cabeza, corazón y mano). También nosotros debemos perseguir este fin». (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 5, 6, 20).

(2) Traducción de Egger, citada por Dechambre, págs. 15 y sig.

(3) P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 19, 1931.

SEGUNDA PARTE

RELACIONES DIVERSAS CON LOS ENFERMOS

61. Objeto y división. — I. Objeto. — 1. *En la primera parte* hemos considerado las cualidades que el médico debe poseer, *por lo menos* en germen, *antes* de ejercer la medicina. Debe ser hombre de ciencia, de deber, de celo, de buena educación. Esta triple o cuádruple armadura le es necesaria para observar la ley moral; para honrar a su profesión; para asegurarse, en lo que sea posible, un legítimo éxito (1).

2. *En esta segunda parte* investigaremos cuáles son, *en relación a los clientes,* los deberes y los derechos del médico que ejerce, ora *durante,* ora *después* del tratamiento de un enfermo.

II. División.— A causa de su extensión, dividiremos esta segunda parte en *cinco secciones.* Examinaremos sucesivamente: las visitas médicas; los remedios; las operaciones quirúrgicas; los deberes de caridad; los deberes y los derechos que resultan de los cuidados prestados.

Indicaremos a su debido tiempo las subdivisiones de cada sección.

Pero, a manera de vista de conjunto, transcribiremos desde ahora un *doble documento:* el *Memento* de la Conferencia Laennec, que es una especie de compromiso tomado en Francia por buen número de médicos jóvenes; y el famoso juramento que lleva el nombre de Hipócrates y está contenido en el cuarto libro de sus obras.

62. «Memento de la Conferencia Laennec.» — La mayoría de los artículos de este *memento* (acuérdate) se refieren a las relaciones *con los clientes;* algunos, sin embargo, conciernen a las relaciones *entre colegas.* Además, si casi todos los artículos de este pequeño código de vida médica derivan del derecho natural, y por lo mismo se dirigen *a todos los médicos,* algunos se aplican más particularmente al *médico cristiano,* o exclusivamente a los miembros de la Conferencia.

Previas estas observaciones, transcribiremos el documento *tal cual es,* sin quitar ni añadir nada, salvo el *número de orden* delante de cada artículo.

(1) ¿Qué significa *llegar* para un médico que tenga una elevada idea de la dignidad profesional? Significa conquistar una buena clientela por procedimientos leales, hacer todo el bien posible al cuerpo y al alma de sus clientes, vivir honorablemente de su profesión (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 225 y sig.).

«1.º Por el cumplimiento de mis deberes de cristiano demostraré que considero a Dios como mi soberano Maestro.

2.º En mi profesión seré fiel a todos los preceptos de la moral católica (1) y del honor médico.

3.º Prestaré a mis enfermos cuidados con celo y conciencia, y en este sentido me esforzaré en perfeccionar mis conocimientos según el progreso de la ciencia y de la práctica (2).

4.º Consideraré como obligación grave visitar a los enfermos afectos de enfermedades contagiosas o epidémicas, y no huir ante el peligro profesional (3).

5.º Lo que llegue a mi conocimiento en la práctica de mi arte y que no deba ser divulgado, lo callaré como secreto inviolable.

6.º Emplearé toda mi influencia para combatir las teorías y la prácticas del neomaltusianismo.

7.º Siendo la vida un bien sagrado, la trataré con soberano respeto en todos mis enfermos. En particular tendré la preocupación de salvar la de la madre así como la del hijo; y en el caso de peligro para éste, me esforzaré en procurarle el bautismo.

8.º Estimaré como un deber advertir, o hacer prevenir discretamente a un cliente gravemente enfermo, que se halla en estado de cuidar sus intereses religiosos y materiales.

9.º No exigiré a nadie honorarios por encima de su condición.

10.º Consideraré cuestión de honor no recibir suma alguna que no sea justa retribución de un acto profesional.

11.º Haré lo mejor que pueda para el bien religioso, moral y material del cuerpo médico.

12.º En todas las circunstancias me mostraré el colega más leal, más delicado y más celoso en las obras de confraternidad.

13.º Me comportaré siempre como buen camarada con los miembros de la Conferencia.

14.º La Sociedad de San Lucas, San Cosme y San Damián merece toda mi simpatía, y las ventajas morales que ofrece a sus adheridos me invitan a darle mi adhesión.

15.º Seré caritativo para con los pobres y les consideraré como miembros dolientes de Jesucristo.

(1) *Ya hemos hecho observar* (núm. **9**) que la moral *católica* se contenta, por lo que hace al médico, con establecer el derecho *natural*. Así pues, no hay prácticamente, *entre las dos morales*, ninguna o casi ninguna diferencia en lo que respecta a los deberes y derechos del práctico.

Pero inútil es decir que la moral católica orienta al médico hacia su fin único *sobrenatural*: la visión intuitiva de Dios. Además le suministra motivos *sobrenaturales* para obrar, y le procura a cada instante los socorros *sobrenaturales* que necesita.

(2) *Este artículo* ha sido extensamente explicado en la primera parte. La segunda parte enseñará solamente *en qué consisten* estos cuidados.

(3) *Hemos expuesto* en el núm. **49**, pág. 53, nota 2, lo que en esta cuestión depende de la *moral* y es estrictamente obligatorio, así como lo que depende del *honor médico*, y no podría ser omitido por un médico que quiera ser *digno de su profesión*. Tal como es, el artículo 4 no distingue lo que es exigido por la moral y lo que requiere el honor.

16.º Me consideraré en deuda con la Iglesia y con mi país en tanto no haya contribuído a realzar una obra de propaganda religiosa y de progreso social» (1).

Hemos querido citar este documento porque bosqueja, someramente sin duda, pero en términos bastante precisos, los *principales deberes* del médico para con sus enfermos.

El *Juramento de Hipócrates* es menos completo. Sin embargo, al lado de las prescripciones antiguas sobre la enseñanza de la medicina, contiene recomendaciones acerca de las relaciones con los clientes que, derivadas del *derecho natural*, nada han perdido de su valor obligatorio.

63. Juramento de Hipócrates (2). — Juro por Apolo médico, por Asclepios, Higea y Panacea, y tomo por testigos a todos los dioses y diosas, cumplir según mi poder y mi razón (3) *el juramento cuyo texto es:*

1.º Amar igual que a mis padres al que me ha enseñado este arte; hacer vida común y si es necesario partir mis bienes con él; considerar a sus hijos como mis propios hermanos, enseñarles el arte, si necesitan aprenderlo, sin salario ni promesas escritas; hacer participar en los preceptos, en las lecciones, y en todo el resto de la enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro, a los discípulos inscritos y comprometidos según los reglamentos de la profesión, pero a éstos solamente.

2.º Aplicaré los regímenes *para bien de los enfermos* según mi poder y mi juicio, nunca para hacer daño a nadie.

3.º Nunca daré a nadie, para complacerle, un remedio mortal ni un consejo que le induzca a su pérdida.

Asimismo nunca daré a una mujer un pesario abortivo. Conservaré puros mi vida y mi arte.

4.º No practicaré la talla, aun en un calculoso (manifiesto); dejaré esta operación para los prácticos.

5.º A cualquier casa que vaya, entraré *para bien de los enfermos*, manteniéndome alejado de todo daño voluntario y de toda seducción, y sobre todo lejos de los placeres del amor con las mujeres o con los hombres, sean libres o esclavos.

6.º Lo que en el ejercicio o al margen del ejercicio, y en el comercio de la vida (4), haya visto u oído que no sea necesario divulgar, lo mantendré en todo como secreto.

(1) Conferencia Laennec, 21 de diciembre de 1919, págs. 45 y sig.

(2) *O también «Juramento llamado de los Asclepíades»* célebre familia de médicos a la que parece haber pertenecido *Hipócrates*, y de la que fué el más ilustre representante (Dechambre, pág. 18). Añadimos al texto los números de orden (1.º, 2.º, etc.).

(3) El Dr. Eug. Hubert reproduce la traducción de Littré *(Le devoir du médecin*, núm. 4). En lugar de «según mi poder y mi razón», ha escrito *según mis fuerzas y mi capacidad*.

(4) Cuando tratemos del *secreto profesional*, comprobaremos que las palabras *al margen del ejercicio y en el comercio de la vida* han suministrado a algunos autores, por ejemplo al Dr. Morache, la ocasión de *exgerar* el rigor del secreto médico (Dr. Morache, págs. 208, 216 y sig., y sobre todo 236). — El Dr. Eug. Hubert corrige aquí la traducción de Littré. Traduce: «Todo lo que en la sociedad habré visto u oído *que no deba ser divulgado*, lo callaré, así como los secretos confiados a mi custodia» (núm. 76, pág. 75).

Si cumplo este juramento con fidelidad, que pueda gozar de mi vida y de mi arte en buena reputación entre los hombres y para siempre. Si me separo de él y lo quebranto, que me ocurra lo contrario» (1).

Así en este texto, anterior de cinco siglos por lo menos a la era cristiana, encontramos expresados los *principios fundamentales* de la deontología médica: no dañar a nadie, ni al enfermo, ni a un tercero, y para esto rehuir virilmente toda complacencia vergonzosa; tener una moral enteramente irrepochable; dirigirlo todo, visitas y remedios, al fin perseguido, que es el bien de los enfermos; después de haber cuidado a un cliente, guardar el secreto más riguroso sobre todo lo que, visto u oído, no debe ser revelado.

Estos son los principios que vamos a proponer y explicar en esta segunda parte. Los completaremos por el precepto de la *caridad,* y derivaremos las conclusiones que contienen.

(1) Traducción de Egger, citada y completada por el Dr. Dechambre, *Le médecin.* págs. 18 y sig.

SECCION PRIMERA

DE LAS VISITAS A LOS ENFERMOS

64. División. — Dividiremos esta materia en siete capítulos, en el curso de los cuales examinaremos:

1. *Si* el médico debe y *en qué medida está obligado* a visitar a los enfermos que reclaman sus cuidados (Cap. V).
2. Cuáles son los *elementos constitutivos* de toda visita médica (capítulo VI).
3. Lo que deben ser, para no separarse de la ley moral, las distintas *ciscunstancias de las visitas* (Cap. VII).
4. *Qué cualidades* debe ejercer el médico en sus visitas para mostrarse hombre de ciencia, de deber y de celo; de buena educación (Cap. VIII).
5. Si el médico puede *mentir* al enfermo o a su familia; y en qué casos le está permitido, o por el contrario, prohibido, *disimular* la verdad (capítulo IX).
6. Cómo debe acomodarse el médico a las *distintas categorías* de enfermos (Cap. X).
7. Cuáles son, en materia de *consultas médicas,* los deberes del médico *de cabecera* y del médico *consultante;* luego, cuál es el modo habitual de proceder antes, durante y después de la consulta (Cap. XI).

Dígamoslo ya desde ahora: «Desde el punto de vista moral, la visita *a domicilio,* que por regla es repetida, es un acto médico... *más difícil y más delicado* que la consulta» en el despacho (1).

(1) Henri Verger, *Précis de déontologie médic.,* pág. 45, que explica así su pensamiento:

«Por implicar una injerencia mayor del médico en la intimidad, *hace su papel particularmente arduo;* en este punto el tacto, la delicadeza de las maneras y la nobleza de carácter son más necesarios que nunca. Saber llegar hasta donde es necesario, pero jamás excederse, es un ejercicio a menudo peligroso, y tanto más cuanto que lo que conviene entre los burgueses no es conveniente entre los proletarios y viceversa.»

CAPITULO V

OBLIGACION DE VISITAR A LOS ENFERMOS

La obligación de acudir al llamamiento de los enfermos no deriva siempre del mismo origen: unas veces es *obligación de justicia* y otras *obligación de caridad*. Además, si considerando la ley moral, y más aún el honor médico, esta obligación *se extiende muy* lejos, no podría sin embargo ser *ilimitada*.

Hay motivos, pues, para exponer sucesivamente en cuatro párrafos lo que concierne a la obligación de justicia; a la obligación de caridad; a la extensión de la obligación; a sus límites.

Remitimos al capítulo XIX lo que se relaciona especialmente con *la asistencia a los pobres*. Por esto será posible tratar más brevemente lo que se refiere a la obligación de caridad.

§ 1. — Obligación de justicia

65. I. Causas insuficientes *para crear una obligación de justicia.* — La obligación de *justicia* sólo podría nacer de un contrato o cuasicontrato.

No proviene ni de la ciencia que posee el médico, *ni* del hecho de que ejerza la medicina (1), *ni aun* de este otro hecho: de que cuide habitualmente, en sus diversas enfermedades, a un cliente con el que no ha tenido sin embargo contrato ni cuasicontrato.

Estas tres causas, separadas o reunidas, no confieren a los enfermos el *derecho* de exigir la visita del médico, y por consiguiente no le imponen, a título de justicia, el *deber* de acudir al llamamiento de los que reclaman sus cuidados.

Por consiguiente, la *justicia* no obliga *nunca a visitar* a los enfermos al médico que no ejerce, y no *siempre* obliga al médico que ejerce.

66. II. Verdadero origen de la obligación *que liga a título de justicia.* — *La obligación de justicia* resulta de un contrato o de un cuasicontrato, *sobreañadido* al hecho de ejercer o de cuidar habitualmente a un cliente.

(1) *Otro es el caso* en ciertos cargos: así, por el hecho de que yo acepte ser *tutor*, me comprometo a administrar la fortuna de mi pupilo y a cuidar sus intereses: la mera aceptación del oficio es un cuasicontrato.

La visita a los enfermos es, pues, obligatoria, por justicia, *en dos casos:* si el médico se ha comprometido, *por contrato* escrito u oral, a dar sus cuidados a una persona, familia, colectividad cualquiera (hospital, colegio, personal de una administración, etc.); si ha acudido ya al llamamiento de un enfermo y se ha encargado, bajo promesa de honorarios, a tratar la enfermedad; la primera visita es un contrato implícito o cuasicontrato por el que el médico se compromete a continuar el tratamiento, y por tanto sus visitas, mientras sea necesario.

§ 2. — Obligación de caridad

67. I. Principio I. — El médico, ejerza o no, tiene obligación, por caridad, de acudir al domicilio de un enfermo si hay *urgencia*.

Además, el médico que ejerce, o, si se quiere, el práctico, está obligado, a título de caridad, a responder a todo llamamiento *seriamente motivado* si está solo en la localidad o si es llamado por uno de sus clientes ordinarios. Así, en este primer principio, distinguimos *tres casos*.

68. II. Explicación. — 1. Necesidad urgente. — Hay *urgencia* si son necesarios cuidados *inmediatos* para evitar todo peligro de muerte o prevenir consecuencias muy graves; asimismo si el médico ordinario no puede ser llamado *a tiempo* para conjurar el peligro, sea de muerte o de gravísima dolencia.

En este doble caso de urgente necesidad *la obligación de caridad* deriva claramente de la verdad innegable de que *todo hombre* está obligado, por amor a sus semejantes, a socorrer, según su poder y aun al precio de un grave inconveniente, a un desgraciado que lucha contra una *necesidad extrema,* es decir, contra un peligro de muerte o de gravísima situación y del que no puede substraerse por sus propios medios. Si la caridad puede ser origen de obligación, es seguramente *en este doble caso* que acabamos de describir. Por consiguiente, siempre que haya urgencia, «la *caridad* impone al médico, aunque no ejerza, el deber riguroso de acudir, salvo impedimento *muy grave,* y de hacer lo necesario *sin considerar* si es de día o de noche, si el enfermo es o no cliente habitual, ni si reconocerá o no los cuidados que se le prestarán» (1).

69. 2. **Solo en la localidad.** — En las localidades en que es *único* en el ejercicio, el médico está obligado, si puede hacerlo sin grave inconveniente, a acudir mediante honorarios al llamamiento de un enfermo que, sin estar en peligro, está *gravemente* enfermo.

Sin duda la obligación de justicia no existe a falta de contrato o cuasicontrato. Pero como se trata de una enfermedad grave, la caridad impone al médico un deber grave de responder a la invitación urgente que se le dirige, y que puede aceptar sin molestia notable (2).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 65.

(2) Desde luego, el médico que reciba honorarios, hace por caridad la primera visita, y por obligación de justicia las siguientes.

70. 3. **Cliente habitual.** — En donde haya *varios médicos,* la obligación de caridad, sin ser grave aun en caso de grave enfermedad, es, sin embargo, *real* si el médico puede cómodamente acudir al llamamiento de sus clientes habituales.

1. No hay obligación grave aun en caso de enfermedad grave. La caridad, en efecto, no impone, bajo pena de falta grave, la obligación de ayudar al prójimo que puede, *sin demasiadas dificultades,* encontrar en otra parte asistencia eficaz.

2. La obligación es, sin embargo, real en sí; pues es *bastante incómodo* para los clientes *habituales* de tal o cual médico decidirse a recurrir a otro práctico. «Otras ocupaciones, el temor de entrar en competencia con un colega, la molestia de una caminata penosa a distancia o de noche desvían a menudo al médico de atender a un cliente extraño» (1).

3. La obligación cesa si el médico no puede *cómodamente* acudir al llamamiento de su cliente ordinario, que por lo demás logrará sin demasiado trabajo encontrar en otra parte el socorro necesario. La caridad, en efecto, no obliga, al parecer, a sufrir un *grave perjuicio* para ir en ayuda del prójimo que no se encuentra en necesidad urgente y es libre de llamar a otra puerta. Por esto no se podría acusar de faltar a un *estricto deber* al médico que, llamado de nuevo por un cliente acomodado con el que no ha roto todavía, sabe por experiencia que reclamará en vano los justos honorarios. Sin embargo, queda como cierto, por regla general, que «para despedir a personas de su clientela un médico no debe escoger el momento en que tengan necesidad de él» (2).

71. III. Principio II. — Lo que acabamos de decir para explicar la obligación de visitar a los clientes *ordinarios* se aplica a los *clientes extraños* (3) que hayan ya llamado vanamente a su médico habitual o no puedan, por causa de ausencia, recurrir a sus buenos cuidados.

Además, si la enfermedad fuese grave y el enfermo no pudiera sino con gran trabajo y con desfavorables retardos encontrar otro médico, tendría, a título de caridad, un *grave* deber de acudir al llamamiento del paciente, siempre que el temor de un inconveniente grave no constituyera excusa suficiente.

§ 3. — Extensión de la obligación

72. I. Principio. — Los inconvenientes *inherentes* al ejercicio de la profesión médica no dispensan a un médico de cumplir sus obligaciones de *justicia* ni tampoco, salvo el caso de un grave peligro para la vida, sus obligaciones de caridad cuando hay, en el sentido que antes hemos definido (núm. **68**), *necesidad urgente* (4).

(1) Moureau y Lavrand, págs. 66 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 67.
(3) Aquí el témino de *clientes extraños* designa a los clientes de otros prácticos.
(4) Hablamos en el núm. **75** y sig. de los impedimentos legítimos que constituyen una causa excusante.

La justicia, en efecto, obliga a sufrir los inconvenientes *inherentes al contrato o cuasicontrato,* que ha sido asumido libremente y con conocimiento de causa. Por su parte la caridad obliga a exponerse a un grave inconveniente para socorrer, en caso de urgencia, al prójimo.

Baste decir que el médico, obligado *en justicia* a prestar sus cuidados a un cliente, no puede excusarse de las *visitas de noche,* ni del tratamiento de las *enfermedades contagiosas y epidémicas.* Además, *en un caso urgente,* las visitas de noche se imponen aun a título de caridad. Vamos a aclarar esta doble conclusión.

73. II. Visitas de noche. — El médico ligado por *contrato* o llamado a toda prisa *en caso urgente* sólo puede rehusar las visitas de noche si, examinadas todas las circunstancias, reconoce su completa inutilidad. Pero nada le impide ingeniarse, por una previsión prudente, para hacerlas menos frecuentes.

1. Obligación. — «Una de las obligaciones más penosas para el práctico es la visita de noche a los enfermos; pero esta obligación es absoluta en los términos que acabamos de exponer.» «La enfermedad no tiene en cuenta las conveniencias; no toma la hora de nadie. El más digno de lástima es siempre el que sufre» (1).

2. Sus límites. — 1.° Por un hábil interrogatorio, el médico se dará cuenta perfecta algunas veces de que *no hay urgencia* y de que sin el menor inconveniente puede aguardarse hasta el día siguiente. En este caso está autorizado a evitarse una molestia que, repetida a menudo, alteraría su salud fácilmente. Pero ocurre con frecuencia que nada puede poner en claro, y se mortifica para hacer una visita que resulta inútil. Este es el momento *de armarse de paciencia* para no hacer mala cara a un cliente que se asusta con demasiada facilidad, y sobre todo a una madre que se inquieta demasiado pronto y ha visto por ejemplo en una tos ronca el fantasma del garrotillo. «En semejante circunstancia que se pregunte lo que habría hecho su propia esposa lejos de él en el mismo caso» (2).

2.° Otra causa de excusa, a menos que haya urgencia, es la *falta de todo contrato* o cuasicontrato. Nada obliga, pues, a un práctico llamado de noche, porque es el más cercano, a visitar a una familia que pretende simplemente evitarse la molestia de ir a buscar a su propio médico (3).

3. Prudente previsión. — «En general, cuando se trata de una enfermedad grave, *se obrará prudentemente* haciendo una visita a hora muy tardía a fin de disponer el tratamiento para la noche y dar algunas indicaciones sobre los síntomas posibles y sobre los que únicamente podrían exigir la molestia de levantarse de la cama» (4).

(1) Dechambre, *Le médecin,* pág. 207.
(2) Dechambre, pág. 207.
(3) *Ibid.*, pág. 208.
(4) *Ibid.*, pág. 208.

74. III. Enfermedades contagiosas o epidémicas. — Hemos dicho en el núm. **49**, nota 1, que el médico ligado por contrato o cuasicontrato está únicamente, o casi únicamente obligado de modo grave por el *derecho natural* a la visita a los pacientes afectos de enfermedades contagiosas o epidémicas (1). Pero el *honor médico,* como hemos observado, es más exigente. Se une, sin embargo, a la moral para recomendar al médico, en nombre de su interés y de la salud pública, que no descuide ninguna de las precauciones sugeridas por la prudencia.

1. HONOR MÉDICO. — «No son las ventajas ofrecidas, ni las pruebas de agradecimiento, ni siquiera el deseo de distinguirse, lo que debe excitar el celo del médico; sino únicamente *el amor profundo y viril de su misión.* El médico es un soldado de guardia delante de la ciudadela de la salud pública. La ciudadela es atacada: tiene el deber de defenderla a costa de todos los peligros. Es el único razonamiento que debe hacerse a sí mismo» (2).

Asimismo la intrepidez tranquila del médico reanima en tiempo de epidemia el valor de los enfermos. «El azote parece menos terrible, las energías abatidas renacen y la autoridad del práctico aumenta para hacer aceptar las prescripciones más penosas» (3).

2. PRECAUCIONES OBLIGATORIAS. — El médico tiene «el deber estricto de emplear todos los medios necesarios para garantizarse, o para evitar que él mismo sea un agente propagador del mal» (4).

Si se aprueba, pues, plenamente al médico que para desmentir más eficazmente los rumores insensatos bebe delante de la multitud el agua de las fuentes públicas reputadas envenenadas, o prueba las pociones de que desconfían los enfermos, se admira, sin poder ratificarla enteramente en nombre de la moral, la heroica imprudencia de *Guyon,* quien «en la Martinica se inoculó realmente pus tomado de un vejigatorio de un hombre afecto de fiebre amarilla», o la de *Chervin,* quien «en España se acostó en las sábanas y vistió la camisa de víctimas de la misma enfermedad» (5), ambos con la persuasión de que corrían un grave peligro. El médico, para ejercer una feliz influencia sobre los enfermos y las familias, no puede exponerse por tales actos, en su sentir muy peligrosos, a contraer la enfermedad que tiene la misión de combatir: no siendo más que otro *dueño de su vida,* no le es permitido desafiar *así* la muerte.

§ 4. — LÍMITES DE LA OBLIGACIÓN

Esta expresión «*límites de la obligación*» designa aquellos casos en los que la obligación moral *cesa de existir* a causa de un impedimento legítimo

(1) *Está gravemente obligado,* pues se ha comprometido por contrato, o cuasicontrato, a afrontar *todos* los riesgos de su profesión.

Pero *únicamente* él, o casi únicamente, está gravemente obligado, pues a menos que el bien general esté en causa, nadie se halla, so pena de falta grave, obligado por la caridad a *exponer su vida* para salvar de la muerte a uno de sus semejantes.

(2) Max Simon, citado por Dechambre, págs. 124 y sig.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 73.

(4) Moureau y Lavrand, pág. 72; Dechambre, págs. 126 y sig.

(5) Dechambre, págs. 125 y sig.

que constituye una *causa excusante.* Claro está que no es posible *determinar* estos límites sin distinguir la obligación de justicia y la obligación de caridad. Si, en efecto, la obligación de justicia se extiende más lejos, como hemos visto, que la obligación moral de caridad, lo que excusa de cumplir una obligación de caridad no excusa siempre de satisfacer una obligación de justicia.

75. I. Límites de la obligación de justicia. Sus causas excusantes. — Un inconveniente *proporcionalmente grave,* y que *no es inherente* al ejercicio de la profesión médica, excusa al médico de cumplir sus obligaciones de justicia.

Dos condiciones se requieren para que exista impedimento legítimo o excusa suficiente.

1. PRIMERA CONDICIÓN. — Ante todo, el inconveniente que teme el práctico debe ser *extraño* o extrínseco al ejercicio de la profesión médica. Hemos visto, en efecto, en el párrafo procedente (núm. **62** y sig.) que los inconvenientes *inherentes* a la profesión médica no constituyen, a pesar de su extrema gravedad, una excusa legítima. Nunca está permitido a un médico, ligado por un contrato o cuasicontrato, substraerse a los riesgos, a veces terribles pero inevitables, de su profesión; en el momento de comprometerse por contrato o cuasicontrato los ha previsto y aceptado.

2. SEGUNDA CONDICIÓN. — Para constituir una excusa legítima, el inconveniente que se teme deber ser, no solamente sobreañadido a los inconvenientes que derivan de la profesión médica, sino también *proporcionado* a la gravedad de la enfermedad cuyo tratamiento declina el médico, es decir, al peligro mayor o menor en que se encuentra el enfermo que reclama a su médico. Si hay, pues, urgencia, una razón muy grave, por ejemplo, una grave enfermedad que obligue a guardar cama, autorizan únicamente a rehusar una visita al práctico ligado por una obligación de justicia. Por el contrario, una razón simplemente grave sería excusa suficiente si el enfermo está afecto de una enfermedad grave sin hallarse en peligro inmediato, y una razón mediana dispensaría de visitar a un cliente ligeramente indispuesto. Así un médico que sufre un fuerte ataque de gripe puede rehusar la visita a un cliente que está simplemente resfriado.

76. II. Límites de la obligación de caridad. — Conviene, para establecerlos, distinguir de los otros casos el de urgencia; y comparar las obligaciones de justicia con las de caridad.

1. SI NO HAY URGENCIA, todo inconveniente grave, aunque fuese inherente al ejercicio de la profesión médica, excusa a un médico de acudir al llamamiento de un enfermo con el que no está obligado ni por contrato ni por cuasicontrato. *La caridad,* en efecto, no obliga *de ordinario* a sufrir un daño grave para socorrer al prójimo.

2. SI HAY URGENCIA, un inconveniente inherente a la profesión no constituye una excusa legítima *si no es muy grave,* como sería el peligro de muerte. Por lo menos en este caso no hay, considerando únicamente el

derecho natural, *obligación grave* de socorrer a simples particulares. La caridad no impone, so pena de falta grave, *exponer la vida* para arrancar de la muerte a un desgraciado que se halla en una necesidad extrema (Comp. núm. 49, la nota 2). Ya hemos dicho repetidas veces que el honor médico es más severo que la moral.

3. Todo lo que dispensa al médico de cumplir sus obligaciones de justicia le excusa, con mayor motivo, de cumplir sus obligaciones de caridad. La caridad, en efecto, que no supone en el prójimo ningún derecho, no podría ser más exigente que la justicia, fundada en el derecho estricto de los demás. Hasta hemos visto (1 y 2) que sus exigencias son más modestas.

Conclusión. — Si el práctico quiere una regla muy simple, que le dispense casi de cualquier otra, la encontrará en esta bella máxima: *el enfermo ante todo.*

CAPITULO VI

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE TODA VISITA

77. Objeto de este capítulo. — Toda visita, y especialmente la primera, contiene *tres elementos esenciales,* o si se prefiere, *tres fases:* el examen del enfermo; la composición o redacción de la receta, si es necesario redactar una; la explicación de la prescripción al enfermo, o mejor a las personas encargadas de cuidarle.

Se ve la necesidad y el enlace de estos *tres momentos* de la visita.

El *examen del enfermo* es el indispensable punto de partida de todo diagnóstico prudente y de todo tratamiento racional.

La *composición reflexiva* de la prescripción, y su *clara explicación* a la familia, son absolutamente necesarias para evitar funestos errores.

Conviene, pues, estudiar seriamente, desde el punto de vista del deber médico, estas tres fases de toda visita. Es el *objeto* de este capítulo, que se *divide,* por el mismo hecho, en tres párrafos.

§ 1. — Examen del enfermo

El examen del enfermo debe ser en todo tiempo, pero principalmente en el curso de la primera visita, personal; concienzudo y por lo tanto completo; metódico; fecundado por la reflexión. Diremos ante todo que la primera visita requiere un examen más detallado.

78. I. Examen más minucioso *en el curso de la primera visita.* — La importancia de la *primera* visita para el enfermo y para el médico es tan grande que sería al parecer difícil exagerarla.

1. Para el enfermo. — Un error de diagnóstico o de tratamiento al principio de una enfermedad grave, puede, si no se corrige a tiempo, influir en todo el curso de la enfermedad y hasta motivar una terminación fatal. Si, pues, el examen del enfermo debe ser *en todo tiempo* concienzudo y completo, metódico, fecundado por la reflexión, es *más particularmente* necesario que revista estas cualidades *en el curso de la primera,* o mejor de las primeras visitas, es decir, *mientras* el juicio del médico sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre el tratamiento oportuno no está plenamente formulado.

2. Para el médico. — Si la primera visita es muy importante desde el punto de vista que debe predominar sobre todos los otros, desde el punto de vista del *enfermo,* tiene también sus consecuencias desde el punto de vista del *médico.* Importa mucho *a los intereses de éste* que se muestre *desde el principio* lo que debe ser: hombre de ciencia, de conciencia, de celo, de buena educación, que, siendo constantemente él mismo, sabe con tacto *adaptarse* a los diversos medios e imponer desde el primer contacto «bastante respeto a su persona y consideración a su saber para que le sea concedido inmediatamente un comienzo de autoridad» (1).

Se dirá, pues, que si viene para examinar al enfermo, viene también *para ser examinado* por ojos perspicaces y por personas que algunas veces juzgan con *demasiada prontitud.* «Los médicos no siempre se dan cuenta suficiente de la *importancia considerable* de la *primera impresión* que su llegada, su actitud, su personalidad producen en el enfermo. Con razón o sin razón, el médico es mal apreciado a primera vista, y no se modifica fácilmente un juicio, a veces mal fundado, concebido al primer momento» (2).

Por lo demás, el *mejor medio* de ser juzgado en bien es mostrarse tal como se es, pero siendo *habitualmente bueno.* La tranquilidad, la suavidad, la atención deben ser *naturales* en el médico; la benevolencia y la simpatía para el que sufre, en su moral como en su físico, *no se simulan;* se inspiran (3).

79. II. Examen personal. — El médico que se preocupa de sus deberes no se fiará del diagnóstico, tal vez mal comprendido e inexactamente relatado, tal vez modificado por el curso de la enfermedad, tal vez erróneo, que el enfermo declara haber sido formulado anteriormente por otro médico. Examinará por sí mismo al enfermo que le consulta.

Este principio es de toda evidencia. Por esto algunas palabras de *explicación* bastarán plenamente.

1. Ante todo, el caso *no es quimérico,* sobre todo si se trata de una enfermedad crónica que dura hace ya algunos meses, y tal vez algunos años, o de una enfermedad menos larga, pero en cuyo curso la familia juzga conveniente llamar a un nuevo médico.

2. El examen debe ser personal para evitar las *tres causas de error* que hemos señalado y no cometer ninguna *imprudencia:* es imprudente tomar la responsabilidad de un tratamiento sin haber hecho por sí mismo un juicio motivado del estado *presente* de la enfermedad.

80. III. Examen concienzudo y por consiguiente completo. — Es manifiesto que el examen del enfermo *debe ser concienzudo.* Por esto es preferible no entretenerse en demostrar una verdad evidente y ver en seguida *en qué consiste* un examen concienzudo.

(1) Dr. G. Morache: *La profess. médic.,* pág. 158.
(2) *Ibid.,* pág. 157.
(3) *Ibid.,* pág. 158.

Decimos que el examen será concienzudo si es proporcionado a la gravedad del caso, y por lo tanto *tan completo* como el estado del enfermo lo exija, teniendo cuidado de no imponer al enfermo una fatiga inútil (1).

En consecuencia, si la enfermedad es grave, el examen debe recaer sobre el mal y sobre el enfermo: *sobre el mal,* es decir, sobre todos los síntomas que pueden ahora o más tarde llevar al médico a determinar con precisión la naturaleza de la enfermedad, y hasta su causa última, así como a establecer un tratamiento que no sea nocivo ni insuficiente; *sobre el enfermo,* es decir, sobre sus antecedentes patológicos y su fuerza actual de resistencia a la afección que sufre.

Un examen de este género excluye, pues, *la vanidad,* que nunca quiere dejar ver la menor ignorancia ni la menor vacilación; la *presunción,* que se fía demasiado fácilmente del primer golpe de vista y se forma demasiado pronto una opinión; la *inconsideración,* que no atiende bastante a todas las circunstancias; la *demasiada prisa* en terminar el examen para correr tras de otros enfermos, o mejor de otros honorarios (2).

81. IV. Examen metódico. — El examen no será en conjunto concienzudo y tranquilizador para los interesados si no es conducido *con método,* y, por decirlo así, paso a paso. El médico dejará, pues, al enfermo, sobre todo en la primera visita, toda la libertad *para exponer su caso,* y le escuchará con paciencia, pero introducirá las *interrogaciones* que juzgue necesarias o útiles; luego pasará, si es necesario, al *examen corporal.*

1. Exposición del caso. — Hay *tres* ventajas en dejar al enfermo que *cuente* su caso y lo diga todo una vez.

1.ª Si la exposición es precisa, lo que es raro, el médico encontrará en ella *seguramente alguna luz* para su diagnóstico. A veces también aprovechará algo de un relato medianamente confuso.

(1) El Dr. Martinet «estima que la técnica clínica debe estar dominada por los tres principios siguientes, que él condensa en la fórmula: *Totum, cito et exactum*»: integralmente, rápidamente y exactamente.

1.º «*Totum:* es el principio de la *integridad,* que debe tener por objeto examinar *integralmente* todo el organismo, no solamente... en sus partes visibles, sino sin omitir órgano ni sistema alguno, y sin dejarse ofuscar por el síntoma más *visible.*

2.º «*Cito...:* registrar el máximo de fenómenos en el mínimo de tiempo», particularmente si muchos enfermos reclaman la atención del práctico.

3.º «*Exactum...:* es preciso medir, pesar y contar todo lo que puede ser medido, pesado y contado» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 301 y sig., 1931).

El Dr. Vannier, homeópata, expone la *minuciosidad* con que observó un caso de albuminuria en un joven de dieciséis años.

«Recuerdo haber tenido la paciencia de recoger su orina cada dos horas y de hacer un análisis químico de las diferentes orinas así recogidas. Comprobé que la curva de eliminación de albúmina era creciente desde la hora de levantarse hasta las diez de la mañana y luego decreciente hasta la hora de acostarse. Tuve la idea de investigar la cantidad de cloruros emitida: la curva de eliminación clorurada era exactamente semejante, progresiva hasta las diez de la mañana, decreciente luego». El tratamiento determinado en consecuencia hizo disminuir rápidamente la albúmina, que no tardó en desaparecer *(La doctrine de l'homœop...,* pág. 176).

(2) Moureau y Lavrand, págs. 76 y sig.

2.ª El enfermo habrá gozado del *gran consuelo* de explicarse a sus anchas.

3.ª Por su parte, el médico, con su paciencia y condescendencia, habrá *ganado la confianza* del cliente.

«El enfermo — observa el Dr. Morache — tiende a contar, a menudo del modo más prolijo, toda la novela de su enfermedad... Esta larga, y a menudo muy vulgar epopeya, es necesario *oírla,* y aun mejor, es necesario *escucharla.* Tal vez en algún detalle, en alguna reticencia, se encontrará la luz que guíe hacia la verdad... (1). El enfermo y la familia estarán satisfechos: habrán dicho lo que querían decir, y lo que demasiados médicos desprovistos de paciencia y aguijoneados por el tiempo, no les deja decir, lo que les produce un grande y legítimo disgusto.

Luego, durante el tratamiento, aun siendo amable y paciente, será posible evitar estas interminables confesiones. Al principio son indispensables (2).

2. Interrogatorio. — El interrogatorio metódicamente ordenado precisa y completa las informaciones que el enfermo ha suministrado espontáneamente (3). Pero el médico recordará que muchos enfermos creen demasiado fácilmente haber sufrido los síntomas sobre los que se les interroga y desconfiará de esta tendencia (4).

3. Examen corporal. — El examen corporal, aun de las partes más delicadas, no debe omitirse ni con los hombres, ni con las jóvenes mujeres casadas, si debe aportar algún dato indispensable o muy útil. Pero es necesario proponerlo con tacto, y algunas veces por intermedio del marido o de la madre; luego, hacerlo si es posible en presencia de un tercero y saber evitar con prudencia las trampas que a veces se tienden.

1.º *Exigir el examen.* — «Si el examen corporal completo es indispensable, el médico lo pedirá sencillamente, pero con autoridad, rehusando hacer el diagnóstico, y por consiguiente instituir un tratamiento, hasta que dicho examen se haya efectuado» (5).

(1) «*Lasègue* decía: Siempre se gana algo con el relato de cosas inútiles, con la condición de descubrir al paso la perla entre el estiércol» (Citado por P. Le Gendre, pág. 272). El Dr. Vannier, homeópata, es *mucho más afirmativo.* «Nosotros — dice — concedemos una *importancia extrema* a lo que dice el enfermo... pues así conocemos *no solamente* toda la historia patológica que se ha desarrollado desde tl nacimiento, *sino también* las reacciones habituales del sujeto, la evolución de una morbosidad que ha aparecido a menudo en los primeros años y cuyas manifestaciones, siempre las mismas, han proseguido hasta el momento en que el paciente vino a consultarnos» *(La doctrine de l'homœopathie...,* pág. 182).

(2) Dr. G. Morache: *La profess. médic.,* págs. 159 y sig.

(3) Para ser bien comprendidos «no precipitéis vuestras preguntas... Un primer punto es el *hablar lentamente;* un segundo el de seguir *el orden más lógico*; un tercero, no emitir *en una misma frase* ideas demasiado numerosas y diferentes» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 272, 278, 279).

(4) Hay que desconfiar igualmente de las respuestas estereotipadas, propias para encaminar en una falsa dirección. «Todos nosotros hemos visto ejemplos de algún error de diagnóstico, admitido por todo un servicio (en el hospital) y rectificado por el examen y el interrogatorio de un recién llegado. Mejor fortuna en el sondaje o más minucia en el análisis de los síntomas... han permitido este triunfo» (P. Le Gendre, pág. 93).

(5) Moureau y Lavrand, pág. 77.

2.º *Proponerlo con tacto.* — «Proponer el examen desde el primer momento... es un procedimiento que conviene en una mujer de cierta edad, sobre todo si se sabe que ya ha sufrido otros... *Pero es muy distinto* si se trata de una joven de timidez exagerada, turbada ya por el simple interrogatorio. Conviene entonces advertir la necesidad precisa *al marido o a la madre,* o si es el mismo médico quien debe dar la advertencia, hay que dejar el examen en perspectiva para dar a la enferma el tiempo de pensarlo» (1).

3.º *Presencia de un tercero.* — «La presencia de un tercero en estas circunstancias la han reclamado diversos médicos. Es cierto que esta precaución es vivamente *recomendable en el mismo interés del médico:* ¿cómo se libraría de otro modo de la mala voluntad y las tentativas de chantaje? (2). Se comprende, además, que esta precaución está subordinada a las circunstancias: no *siempre* es necesaria y no siempre es posible.»

4.º *Prudencia.* — Una gran prudencia es necesaria al médico que se encuentra, en su despacho, ante una persona desconocida demasiado fácilmente dispuesta al examen corporal. «*Puede tratarse de una celada.* Se habrá especulado sobre el médico; se espera de él una prescripción cuyo empleo ulterior le mezclará en aventuras enfadosas; se tratará de explicar por su intervención operatoria el aborto que no tardará en ser provocado» (3). El caso, aunque raro, no es únicamente posible.

Nada hemos dicho de la *rectitud de intención,* que se supone existe siempre. «La moral y la prudencia más elementales exigen entonces al médico que sea únicamente lo que es, ni apasionado ni tímido, nada más que médico» (4).

82. V. Examen fecundado por la reflexión. — Por la *reflexión,* y algunas veces por la reflexión prolongada, se coordinan los materiales, a veces dispersos, suministrados por el examen; se llega si es posible, a la causa última de la enfermedad, y por lo tanto a la lesión *primitiva* o

(1) Dr. Dechambre, pág. 246.

(2) Moureau y Lavrand, pág. 77.

(3) Dr. Dechambre, págs. 246 y sig.

(4) Moureau y Lavrand, pág. 77.

El Dr. Vannier, homeópata, escribe: «Examinamos a nuestros enfermos exactamente de la misma forma que nuestros colegas, y pasamos revista de *cada sistema,* atentos a investigar las modificaciones funcionales, aparentes u ocultas, que permiten descubrir una alteración orgánica.» Algunas páginas más adelante recomienda el examen de la *columna vertebral,* «a la que nadie tiene en cuenta. En ocho casos de cada diez, encontraréis una o más vértebras desplazadas... Gran número de trastornos... no tienen otra causa...» Luego, entre otros hechos, *cuenta el siguiente,* que abreviamos:

«Uno de mis colegas vino a verme: «Tengo — me dijo — un reumatismo en la cadera, no puedo andar, y, cosa rara, hay momentos en que no lo siento. Cuando atravieso el patio del hospital a veces me detiene bruscamente un dolor atroz. He tomado salicilato de sodio, lipiodol, pero es inútil...»

En realidad no tenía nada de reumatismo; lo envié al Dr. Lavezzari, quien me remitió el detalle de sus signos ósteopáticos: primera, segunda, tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares ligeramente convexas y hacia atrás... Llegado a casa de Lavezzari con dos bastones y en coche, salió con los bastones bajo el brazo y volvió a su domicilio a pie atravesando medio París. Había vacilado tres días en seguir mi consejo, pensando: este médico homeópata está loco» *(La doctrine de l'homœopathie...,* págs. 185, 190, 191 y sig.).

al trastorno funcional que es la razón última de todos los síntomas observados; se deduce en seguida si es posible, o siguiendo con mirada atenta el curso de la enfermedad, un *diagnóstico* cierto que permita no errar a la ventura y aplicar un tratamiento racional.

El médico debe ser, pues, *prudente* en las conclusiones que formula interiormente, y, más aún, en las conclusiones que anuncia en presencia del enfermo o de la familia.

1. No debe apresurarse demasiado en formular, *aun interiormente*, su diagnóstico, es decir, su juicio sobre la naturaleza de la enfermedad.

«El diagnóstico, en efecto, es *cosa complicada*. Se construye con todos los elementos reunidos de la enfermedad: antecedentes, causas, síntomas, lesiones, curso, etc., y algunas veces el elemento predominante, por ejemplo la lesión anatómica, es el que en lugar de aclarar el diagnóstico se convierte en luz engañosa. De todos estos elementos el más propio para disipar la obscuridad es la *evolución de la enfermedad*. Y por esto en los casos difíciles el tiempo es el auxiliar indispensable del clínico». (1).

2. El médico debe apresurarse menos aún en poner el diagnóstico en conocimiento del enfermo, o, si puede hacerlo sin violar el secreto profesional, de la familia.

1.° *Su regla invariable* debe ser la de no afirmar *nunca* más de lo que vea y *raramente* decir todo lo que crea ver. Si no está absolutamente seguro, «la duda, una reserva modesta, son entonces un deber de honradez, como también la señal de una verdadera ciencia» (2).

2.° *En esto la práctica* no responde siempre a la teoría. Se desea pronunciarse sin retardo «por vanidad o para deslumbrar a las familias... Los médicos jóvenes obran a la manera de escolares que, llamados a recitar una lección, quieren siempre dar a entender que la saben. *Las familias no piden tanto*. Admiten muy bien la dificultad del diagnóstico y les satisface la prudencia del médico que ya hace comprender la imposibilidad de pronunciarse cuando la naturaleza no lo ha hecho por sí misma» (3).

3. *No es falta de prudencia* y se anima al enfermo, «cuyo interés predomina sobre todo», manifestarse *razonablemente optimista* si se juzga a propósito informar a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad.

«Es preferible, *sin exceder una legítima prudencia*, ser sensiblemente optimista y dejar más bien un sentimiento de ánimo que una impresión

(1) Dechambre: *Le médecin*, pág. 198.

Conviene añadir que en la actualidad el examen clínico, fecundado por la reflexión, debe en ciertos casos ser controlado por el *laboratorio*, con la condición, no obstante, de que el laboratorio sea a su vez controlado por la clínica.

«La clínica, es decir, el examen directo del enfermo por el interrogatorio y el examen de los órganos, es la *base del diagnóstico*. Puede y debe utilizar las investigaciones de laboratorio, pero debe controlar incesantemente sus informes. Clínica y laboratorio se *controlan recíprocamente*» (P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 304).

Encontramos una doctrina casi idéntica en el *Dr. Léon Vannier*, homeópata. «¿Y el laboratorio? El laboratorio es para nosotros un elemento *complementario* que nos confirma en nuestro diagnóstico mucho más que lo orienta... (*La doctrine de l'homœopathie...*, páginas 187 y sig.).

(2) Moureau y Lavrand, pág. 78.

(3) Dr. Dechambre, pág. 198.

de desesperación. Para emplear una frase popular, parece que el médico «tanto mejor» está más en lo cierto que el médico «tanto peor» (1).

§ 2. — Composición de la prescripción

La receta, *si hay que* escribir alguna, *debe ser* reflexiva — precisa y legible — práctica, o en otros términos, ejecutable.

83. I. Necesidad. — La receta puede prescribir remedios; pero también puede limitarse a prescribir un régimen o simplemente precauciones higiénicas, o hasta a veces la corrección de un defecto más bien moral, pero nocivo a la salud.

Así el Dr. Charruau empleó esta última forma de receta en una visita que hizo un día a una señorita *demasiado parlanchina*. «En vista de que este flujo de palabras era la causa principal de los sufrimientos de su cliente» le dijo muy seriamente: «He aquí mi receta señorita; ejecútela puntualmente. Lea usted el capítulo de la «Imitación de Cristo» titulado *Del amor a la soledad y al silencio;* y durante ocho días reflexione algunos minutos sobre lo que dice.» La enferma tuvo el buen acuerdo de no enfadarse con la prescripción y de seguirla concienzudamente; creemos que le habrá hecho bien» (2).

No es, pues, necesario que *toda* visita médica termine con la redacción de una receta de medicamentos. Incluso el médico deberá resistir *con prudencia* los prejuicios del público, que espera casi siempre una receta farmacéutica como conclusión de una visita útil (3).

Pero si hay prescripción de medicamentos la receta debe tener ciertas cualidades.

84. II. Cualidades de la receta, si consideramos su *redacción* y *contenido*. — La receta debe ser reflexiva, precisa, legible, práctica.

1. Reflexiva. — En cuanto a la composición de la receta, «hay que considerarla como elemento de primera importancia, y por consiguiente

(1) Dr. Morache, pág. 164; véase núm. 218.

(2) *Mes parents*, pág. 34.

(3) Dr. Vincent: *La médecine...*, págs. 131 y sig.

En ciertos medios, el médico legítimamente deseoso de conservar su prestigio se verá casi obligado a *prescribir* algún remedio *anodino y poco costoso:* incapaz de perjudicar la salud o la bolsa del cliente. Escuchemos sobre este punto al Dr. Hubert.

«En mis comienzos, mi padre me envió cierto día en su lugar para ver a un niño indispuesto. Por haber comido demasiado el niño padecía de indigestión. «¿Qué has hecho? — me preguntó mi padre. — Sencillamente, le he puesto a dieta. — Sí, pero ¿qué has *prescrito*?. — Nada — respondí, algo asombrado de la pregunta. — Pues has hecho mal: no vienes de asistir al emperador Tiberio, que ordenaba a sus médicos guardar los remedios para los imbéciles, sino a gentes muy necias para las que la higiene no es medicina, y que creen *haber tirado su dinero* cuando el hombre de arte no ha prescrito drogas. El agua destilada y las píldoras de *mica panis* no han sido inventadas para los enfermos más inteligentes. Han salvado a menudo el crédito de que tiene necesidad el médico y nunca han hecho daño a nadie» (*Le devoir du médecin*, núm. 36, pág. 34). Igualmente se evita *con más seguridad* todo engaño diciendo, por ejemplo: la dieta puede bastar, pero si quiere usted un remedio, he aquí mi prescripción.

redactarla después de *madura reflexión*. No se tolerará que durante su redacción los asistentes hablen o dirijan la palabra al médico» (1).

Si se trata de redactar una receta *para un niño*, «el médico tendrá en cuenta además estas tres indicaciones: desconfiar de las dosis demasiado elevadas, hacer los medicamentos agradables y disimularlos» (2).

2. PRECISA Y LEGIBLE. — 1.° La *precisión*, flor de la claridad, es particularmente necesaria si el médico prescribe tóxicos. Es entonces prudente, y en ciertos países legalmente obligatorio, «enunciar la *dosis* con todas sus letras e indicar solamente la dosis única que deberá ser tomada de una vez. Se escribirá, por ejemplo, un cuarto de miligramo para un sello, y no cinco miligramos para veinte sellos» (3).

Esto quiere decir que el médico debe tener presentes en la memoria las dosis útiles de los medicamentos peligrosos. Si no se fía de su memoria debe anotarlas en un carnet de bolsillo que siempre llevará consigo.

2.° *Una escritura bien legible* es muy importante. «¡Cuántas veces han ocurrido *accidentes graves*, hasta mortales, por la lectura errónea de una receta perfectamente ilegible! La escritura, en principio deplorable, de los médicos, es una de las pequeñas manifestaciones de vanidad que tienden a desaparecer, y que por lo menos constituye verdaderamente una imprudencia de mal gusto» (4).

Parece superfluo, y sin embargo es útil, añadir que la *firma* sea muy clara «para que el farmacéutico, en caso de duda, sepa a quién dirigirse para aclararla» (5). Es preferible escribir siempre *con tinta*.

3.° *Una última precaución* que el médico procurará no descuidar es la de *leer por segunda vez* atentamente la receta «para asegurarse bien de que no ha confundido por distracción una substancia con otra más o menos homónima, o los centigramos con los miligramos», y que si ha empleado cifras, ha puesto la coma en su lugar apropiado (6).

3. PRÁCTICA, ES DECIR, EJECUTABLE. — «A menudo se han criticado severamente estas *recetas irrealizables* que algunos médicos suministran sin reflexionar que aumentan la desesperación del enfermo y de su familia al aconsejarles lo que *materialmente no pueden procurarse*. En estos casos es

(1) Dr. G. Morache, pág. 165. — Felices los médicos que han *adquirido* en cierta medida, en el curso de sus estudios, y que una vez prácticos han *conservado*, y hasta perfeccionado por su experiencia personal, el arte de formular una prescripción y el arte de adaptar las fórmulas generales a los casos particulares, a las circunstancias individuales (P. Le Gendre: *Le devoir du médecin*, pág. 259, en la que hay una frase picante; págs. 331 y sig.). Por lo menos estos médicos no prescribirán casi únicamente *especialidades*.

(2) Dechambre, págs. 238 y sig.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 86; Dr. G. Morache, pág. 165.

(4) Dr. Morache, pág. 165.

(5) Moureau y Lavrand, pág. 86.

(6) *Ibid.*, págs. 85 y sig.

«Me sucedió una vez — dice el Dr. E. Hubert — que prescribí 30 gramos de *esencia* de flor de naranjo — más de lo que habría podido encontrarse en todas las farmacias de la ciudad. — El farmacéutico me advirtió caritativamente de mi error. Mas pensad en la reputación que habría podido crearle a un joven médico... ¡que ni siquiera supiera prescribir el *agua de azahar!* Releed siempre muy atentamente vuestras recetas, y no confundáis gramos con granos» (*Le devoir du médecin*, núm. 72, pág. 71).

cuando debe intervenir el psicólogo y discernir, bajo una exteriorización aparatosa, la negra miseria del *pobre vergonzante*.»

Por fortuna hay otros médicos que en cambio *se ingenian para auxiliar discretamente a estos pobres desheredados*. Estos médicos conservan el anónimo, pero su número es mayor de lo que se cree, y únicamente su conciencia puede, con Dios, «recompensarles por esta obra caritativa» (1).

§ 3. — EXPLICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

85. I. Necesidad. — De nada serviría al médico haber redactado, después de reflexión y muy legiblemente, una receta lo más clara y precisa posible si la familia no sabe, o si la enfermera no *quiere*, ejecutarla punto por punto. Por esto el médico nada debe omitir para *informar* y *disponer a una perfecta obediencia* a las personas que cuiden al enfermo.

«*A propósito de los cuidados* conviene saber que, confiados a la familia, son siempre más eficaces que procurados por manos extrañas» (2). Pero principalmente hay que estar prevenido contra ciertas enfermeras *que se creen más sabias que el médico* y no hacen caso de sus prescripciones.

«Después de la familia, las enfermeras religiosas son las mejores cuidadoras de los enfermos. Se consagran día y noche al alivio de los enfermos con un celo que no menoscaban ni la fatiga ni el peligro ni la misma repugnancia. En general estas santas mujeres son instruídas y experimentadas. Decimos *en general* porque las hay que cumplen muy mal su ministerio: no siempre obedecen al médico, a menudo le critican, y llevan su audaz presunción hasta rehusar la administración de medicamentos seriamente prescritos por el doctor. Las hay, felizmente *en menor número*, a las que es necesario someter a la vigilancia más atenta y severa» (3).

86. Cualidades de la explicación que debe darse. La explicación de la receta debe ser *precisa*. Además el médico se asegurará de que ha sido *comprendido*. Por último, en sus ulteriores visitas, no dejará de *comprobarlo:* es decir, que interrogará discretamente para estar seguro de que sus prescripciones se han comprendido y observado fielmente (4).

La fijación de la medicación que se aconseja adoptar *nunca será puesta con demasiada precisión* en conocimiento de los interesados, familia y enfermo, y es ya demasiado sabido cuán poco comprendido es el médico la mayoría de las veces, aun por personas de cultura mediana.

El médico no debe, pues, temer repetirse y *hacer repetir:* tal vez así evite crueles confusiones. Es práctico dejar, en una hoja aparte, la indicación bien clara del modo de administración de los medicamentos, y de un modo general de todo tratamiento prescrito al enfermo (5).

(1) Dr. Morache, pág. 165.

(2) Dr. Vincent: *La médecine...*, pág. 268.

(3) *Ibid.*, págs. 268 y sig.

(4) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, págs. 276 y sig., 1931.

(5) Dr. Morache, págs. 161 y sig. — Se dice también que la frase clásica *agítese antes de usarlo* fué interpretada de modo singular en un pueblo muy atrasado. Agitaron, no a la botella, sino al paciente.

CAPITULO VII

CIRCUNSTANCIAS DE LAS VISITAS

87. División. — Después de haber estudiado desde el punto de vista de la ley moral la *naturaleza* de las visitas, es muy natural examinar desde el mismo punto de vista las *circunstancias* de las mismas.

Aquí, como en las otras cuestiones de deontología médica, el *principio fundamental* es que todo debe estar ordenado para la curación del enfermo; y si la curación es imposible, para la prolongación de la vida, o, por lo menos, si este fin no pudiera ser alcanzado, para la disminución de los sufrimientos: es decir, al alivio del paciente, a su confortación o consuelo. «Curar algunas veces, aliviar a menudo, consolar siempre», tal es la divisa de la medicina (1).

A la luz de este principio, que muestra el fin, es fácil determinar lo que deben ser, para no separarse de la línea del deber, las *diversas circunstancias* de las visitas: con qué *prontitud* debe acudir al llamamiento de los enfermos; qué *hora* el médico celoso escogerá para sus visitas; cuál debe ser la *duración* de cada visita; en qué medida es necesario o conveniente *multiplicar* las visitas; cuánto tiempo importa *continuarlas* y en qué momento deben cesar por completo.

Así, prontitud en visitar a los enfermos: hora, duración, frecuencia y continuación de las visitas: *cinco cuestiones* que en *cinco párrafos* vamos a proponer y resolver.

§ 1. — Prontitud en visitar a los enfermos

88. I. Principio. — Llamado por un cliente que acaba de caer enfermo, o advertido en el curso del tratamiento de una complicación que temía o que tal vez no había previsto, el médico debe acudir cerca del enfermo *con mayor o menor prontitud* según haya urgencia, el caso sea

(1) Dr. Vincent: *La médecine...*, pág. 126.

Añadamos, para *completar* esta divisa, que el arte médica debe también, en tanto sea posible, *prevenir* la enfermedad, principalmente la tuberculosis y el cáncer. La prevendrá, después de haber reconocido a los *predispuestos*, por la higiene y una medicación apropiada. A este respecto se encontrarán útiles consideraciones en *Léon Vannier: La doctrine de l'homœopathie*, págs. 233 y sig.

Como se ha dicho, el médico da una prueba original de su desinterés *al prevenir* la enfermedad: extingue de antemano la fuente que le alimenta (H. Bouquet: *Initiation à la médecine*, pág. 135, nota 1).

grave, o se trate por el contrario de una afección benigna. En una palabra, la prontitud del médico en visitar al enfermo debe ser *proporcional* a la gravedad de la enfermedad (1).

1. Caso de urgencia. — Si hay *urgencia,* es decir, si el enfermo, atacado por ejemplo de apoplejía, reclama cuidados inmediatos, el médico debe acudir *sin demora.* Si retenido por otro enfermo o a punto de emprender una operación, no puede ir inmediatamente y se corre el riesgo de llegar demasiado tarde, es de obligación dirigir a otro práctico la persona enviada, a no ser que esté en condiciones de dar como primeros socorros indicaciones tan *precisas y fáciles de aplicar* que den tiempo, sin grave inconveniente, para intervenir él mismo algo más tarde.

2. Caso grave. — Si el caso es segura o probablemente *grave,* el médico no dejará para *mañana* el examen del enfermo, y no se expondrá a hacer *demasiado tarde,* a menos que la muerte la impida, la operación quirúrgica cuya necesidad él temía y que desde entonces se impone: faltaría gravemente a su deber y correría el riesgo además, lo que es sin embargo una consideración secundaria, de reñir para siempre con la familia. En estas circunstancias el médico debe saber «resistir las tentativas», o mejor «las tentaciones», de «negligencia que se apoderan fácilmente del hombre demasiado ocupado o demasiado blando»; tomar inmediatamente una decisión enérgica; y no remitir para mañana un asunto que la muerte puede encargarse de resolver en sentido completamente diferente (2).

3. Afección benigna. — Si la afección es *seguramente benigna* el médico puede en conciencia diferir la visita hasta que pueda hacerla cómodamente (3).

(1) *Hay que tener también en cuenta la angustia del enfermo.* «Los médicos jóvenes, todavía insuficientemente iniciados en la *psicología de los enfermos,* tienden a desconocer esta particularidad moral que *constituye la angustia de la espera,* tanto en el enfermo como en la familia, que la sufre de rechazo, y que, ora por ternura maternal, conyugal o filial, ora porque le desagrada escuchar las quejas del paciente, se irrita ante la idea de que el médico no se apresure a acudir.

La inexactitud es para los enfermos, siempre tan ansiosos de ver llegar al médico, una causa de malestar y de nerviosismo, que se traducen por una recepción más bien fría y un mal humor perjudicial al buen efecto de la visita...» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* páginas 269 y 276, 1931).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 205 y siguientes.

(3) *En toda esta cuestión* de las visitas (naturaleza, circunstancias, etc.) nos situamos particularmente *en el punto de vista moral* (núm. 87). No obstante, algunos *consejos de orden práctico* pueden ser útiles a los principiantes. Se relacionan con la manera de acercarse al cliente y con ciertas precauciones que deben adoptarse en el curso del interrogatorio y del examen físico. Los encontramos en P. Le Gendre: *La vie du médecin,* 1931.

1.° *Entrada.*— «Hay que saber entrar *sin ostentación* y salir *sin embarazo.* He conocido a jóvenes médicos que, acostumbrados a ver únicamente al enfermo hospitalizado, intimidados por una familia que les miraba con insistencia, no dejaban de tropezar con algún mueble, de derribar algún objeto, y llegaban muy azorados junto a la cama. Otros, tímidos, afectan por el contrario, para no parecerlo, una desenvoltura exagerada y hacen una entrada arrogante, elevando excesivamente la voz. *Ni tanto, ni tan poco...*

Después de haber saludado discretamente a la familia, avanzad hacia el enfermo. Si es una persona todavía joven, podéis espontáneamente tenderle la mano; si se trata de una persona de edad o de una dama, esperad la acogida que os hagan para conformaros con ella...»

2.° *Precauciones.*— «Dejad más bien que vuestro *interrogatorio* tome el giro de una

§ 2. — Hora de las visitas

89. Libertad, salvo en un caso. — ¿A qué hora del día debe hacer el médico su visita? Partiendo del principio de que el *interés* del enfermo predomina sobre las comodidades del médico, la moral nada prescribe, *a menos que* en un caso especial el interés del enfermo imponga la elección de tal o cual hora.

«*Una enfermedad,* para ser bien observada, necesita *algunas veces* ser vista en ciertas fases, por consiguiente a horas particulares» (1).

«Ciertos enfermos deben verse de preferencia a ciertas horas, del día por ejemplo, y no con luz artificial, para apreciar los cambios de coloración de los tegumentos (ictericia, exantemas), o a la hora de las exacerbaciones febriles de la tarde, o en ayunas para ciertos exámenes del tubo digestivo» (2).

Fuera de estos casos, de los que es juez el hombre de arte, el médico tiene libertad completa para hacer sus visitas a horas determinadas, y siguiendo un recorrido trazado de antemano conforme a la naturaleza de los lugares. Se comprende bastante la ventaja y hasta la necesidad ordinaria de esta práctica que ahorra tiempo (3).

Hemos dicho ya (núm. **73**, 3) que un medio de evitar la frecuencia de las *visitas de noche* es hacer, en las enfermedades graves, una visita hacia la caída de la tarde.

§ 3. — Duración de cada visita

No será inútil distinguir lo que es *obligatorio,* lo que es muy *conveniente* y lo que es plenamente *facultativo.*

90. I. Duración obligatoria. — Con tal que el médico tome el tiempo de *examinar* sosegada y seriamente al enfermo; de *redactar* clara

conversación, sobre todo en los medios mundanos o cultivados; guardaos de parecer un *juez de instrucción.* El método debe mantenerse firme en vuestro espíritu, pero procurad seguir siendo hombres de mundo.

Durante las actitudes sucesivas que estéis obligados a adoptar para los exámenes, *calculad vuestros movimientos* de forma que no perdáis el equilibrio; desconfiad de los pisos demasiado bien encerados y de las alfombras que resbalan bajo vuestros pies cuando os inclináis sobre el lecho; nada más desconcertante que una caída hacia delante sobre un enfermo y especialmente sobre una enferma, cuyo corazón o parte anterior del tórax vais a auscultar.

Cuando hayáis auscultado la parte posterior del tórax, evitad enredaros con las ropas levantadas o con las almohadas que hubierais olvidado apartar, y al retiraros, cuidad de no derribar los frascos de medicamentos sobre la mesa de noche....

Durante el examen vale más, en general, permanecer silencioso (Dr. Le Gendre, páginas 271 y siguientes).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 206.

(2) P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 275, 1931.

(3) Algunas veces el médico puede dar satisfacción a las familias que, por temor a los microbios, reclaman, sobre todo para los niños, que les visite antes de ir al hospital. «En otros casos un enfermo sólo está libre a ciertas horas como consecuencia de su profesión.. Es prudente habituarse *a anotar inmediatamente en el carnet* la hora y el día fijados. De otro modo los errores y las omisiones son inevitables por buena que se tenga la memoria» (P. Le Gendre, *loc. cit.,* págs. 275 y siguientes).

y legiblemente la receta, si es oportuno hacerla, y de dar sobre el tratamiento prescrito todas las *indicaciones* necesarias y útiles, está en regla con la ley moral y con su conciencia.

La primera visita, que exige un examen más prolongado (núm. **78**), será, pues, más larga. En las otras visitas, y sobre todo desde que el diagnóstico se haya establecido con certidumbre, se podrá, sin ser brusco y parecer un vendaval, mostrarse más expeditivo (1).

91. II. Duración conveniente; duración más bien facultativa. — 1. Duración conveniente. — Después de haber examinado concienzudamente al enfermo, redactada y explicada la receta, *conviene* no alejarse antes de que la familia y el enfermo hayan... agotado lo que quieren decir o preguntar (2).

2. Duración facultativa. — «La cualidad, la personalidad del enfermo y la de su familia deben naturalmente, desde el punto de vista práctico, ser tenidas en consideración.»

«*La visita hecha* a un hombre de elevada cultura intelectual no podría en absoluto ser semejante a la que se hace a un obrero; debe haber por parte del médico *adaptación al medio.* Un punto debe ser común: el de la benevolencia y el interés sentido que se manifiesta» (3).

Confesemos que es más difícil observar estas prescripciones (núm. **90**) y estas recomendaciones (núm. **91**) si el médico tiene *numerosa clientela.* Pero el hombre de deber, de celo y de buena educación, que no se entretiene inútilmente, sabrá ordenar los intereses múltiples que están en juego y conciliarlo todo.

§ 4. — Frecuencia de las visitas

92. I. Principio general. — El médico debe regular la *frecuencia* de las visitas, *no* en interés propio, *sino* únicamente en *interés del enfermo,* al que debe esforzarse en curar, o, si la enfermedad es incurable, en aliviar *con el menor gasto posible* y cuya moral debe sostener. Proporcionará, *pues,* la frecuencia de las visitas no solamente con la naturaleza y la gravedad del *mal,* sino también con las disposiciones morales del *enfermo,* y, si las visitas son únicamente útiles, con la fortuna del cliente, así como con los deseos de la familia. Expliquemos algunas de estas aserciones.

93. II. Explicación. — Regla negativa. — A diferencia de la hora, y hasta en cierta medida de la duración de las visitas, el número de visitas hechas al enfermo *nunca debe* determinarse por los intereses del médico.

(1) La *segunda* visita implica ciertas particularidades descritas por Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 276, 1931.

(2) Dr. G. Morache, pág. 163.

(3) *Ibid.,* pág. 164.

Es una falta de honradez multiplicar las visitas con objeto de aumentar los honorarios. Y si en esto hay ya explotación indigna, «¿cómo calificar a los que, *exagerando sistemáticamente la enfermedad,* aterrorizan al cliente para sacarle más dinero? Sería... una estafa y un abuso de confianza particularmente indignos» (1).

El abuso de confianza sería aún mayor si el médico *se las arreglara* para prolongar la enfermedad y aumentar el número de las visitas.

94. Visitas materialmente necesarias. — El número y proximidad de las visitas deben ante todo ser proporcionales *a la naturaleza y gravedad del daño.* Esta es la regla primordial. Es necesario, con toda evidencia, «que estas visitas sean bastante aproximadas para que el médico pueda seguir las variaciones sintomáticas de la enfermedad» (2).

Si, pues, «una visita parece *necesaria* para conocer bien la marcha de la enfermedad, para continuar el tratamiento, es necesario saber imponerla», o, si la familia es de condición humilde, reemplazar como hemos dicho la visita de pago (núm. 45, 2) por una visita de amigo (3). En las enfermedades muy graves a veces pueden ser necesarias *dos visitas* diarias; si es así, el médico visitará temprano por la mañana y bastante tarde por la noche.

Asimismo «*la experiencia* de los primeros cuidados trazará pronto, a quien *sepa* observar, una regla para lo sucesivo» (4). Gracias a este hábito de la práctica, el médico discernirá lo que es necesario de lo que es simplemente útil. Sin embargo, si en una enfermedad de evolución unas veces lenta y otras veces rápida el médico joven tiene dudas sobre la necesidad de una visita bastante aproximada, hará bien en presentar esta visita «sólo como probable y ver cómo es acogida esta observación, o bien se anunciará por un intervalo de tiempo algo alejado, *a menos de ser llamado.* Es una indicación que el cliente comprende siempre» (5).

95. Visitas moralmente necesarias. — Una segunda regla viene a completar la primera, y obliga a menudo a multiplicar las visitas *más de lo que exigen las necesidades de la enfermedad.* Hay que tener en cuenta, en efecto, para regular la frecuencia de las visitas, no solamente el *mal,* sino también el *enfermo:* sus disposiciones morales, su energía, fuerza de resistencia, tendencia a *creerse descuidado* si las visitas son raras, o, por el contrario, a inquietarse extraordinariamente si se multiplican.

«*Tal cliente,* afecto de un mal insignificante, se creerá *desatendido* si no se le visita una o varias veces al día; otro, enfermo de neumonía o de angina maligna, interpretará mal la sucesión rápida de las visitas. *El estudio moral* del cliente debe servir de guía, y en esta circunstancia será lo que habrá sido en otras» (6).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 69.
(2) Dr. G. Morache, pág. 166.
(3) Dr. Dechambre, pág. 207.
(4) *Ibid.*, pág. 207.
(5) *Ibid.*, pág. 207.
(6) Dr. Dechambre, págs. 206 y siguientes.

Así, el estudio moral del cliente y la experiencia ya adquirida, *unidas al tacto natural,* permiten al médico distinguir como conviene a los enfermos que se afectarían si no estuviesen muy atendidos, y a los que, por el contrario, se inquietan si se ven demasiado atendidos. Sin embargo, el temor de inquietar a un enfermo nunca debe impedir al médico hacer visitas *bastante aproximadas* para conocer bien el curso de la enfermedad grave y prevenir enojosas complicaciones.

96. Visitas simplemente útiles. — Si no son necesarias visitas *frecuentes* ni materialmente para seguir bien el curso de la enfermedad, ni moralmente para impedir que el enfermo se crea abandonado y se abandone a sí mismo, pero *conservan su utilidad,* ora para observar *mejor* las diversas fases del mal, ora para sostener *más enérgicamente* la moral del paciente y apresurar indirectamente la curación, el médico, para multiplicar o, por el contrario, disminuir el número de las visitas, tendrá en consideración los medios económicos del cliente y los deseos de la familia.

Aquí también es cuestión de tacto, de juicio y de experiencia.

Se imponen, sin embargo, *dos observaciones:*

1.ª El médico debe precaverse de toda ilusión y no equivocarse *respecto a los deseos reales* de la familia.

«En el momento de peligro, muchas familias no vacilan en pedir visitas frecuentes; les parece que nunca son bastantes. Más tarde, en el momento de satisfacer los honorarios al médico, pueden sentir, y a veces manifestar, cierta sorpresa» (1).

El práctico que prevé semejante inconveniente hará bien en atenerse a las visitas necesarias, o cuando menos hacer muy pocas visitas simplemente útiles.

2.ª Si los deseos de la familia de multiplicar las visitas son sinceros, y *sin mezcla de demasiada aprensión a la nota de honorarios,* el médico apreciará si hay o no en las demandas una exageración demasiado manifiesta.

Cuando las exigencias del enfermo o de la familia sean *demasiado exageradas,* el deber del médico es hacer observar que tal lujo de visitas es inútil.

Una vez dada claramente esta advertencia, el práctico puede, sin escrúpulo, ceder a las instancias de la familia, con la condición, sin embargo, de que sus otros clientes más gravemente afectos no sufran por ello detrimento alguno (2); responderá, pues, que otros enfermos necesitan su asistencia, pero que vendrá tan a menudo como sus ocupaciones lo permitan.

§ 5. — Continuación de las visitas

La *continuación* de las visitas está casi sujeta a las mismas reglas que su *frecuencia.* El principio no es muy diferente, y las aplicaciones son sensiblemente las mismas.

(1) Dr. G. Morache, pág. 166.
(2) Dr. G. Morache, pág. 166.

Asimismo, con la condición de explicarlo, es decir, de aplicarlo a una *triple serie de casos,* se puede formular el *principio* siguiente:

97. Principio general. — El médico tiene obligación de continuar sus visitas *en tanto sean necesarias*, es decir, en tanto el enfermo gravemente afecto, pero susceptible de curación, no esté fuera de todo peligro; y *prácticamente,* si el estado es desesperado, sobre todo a consecuencia de una enfermedad relativamente corta pero violenta, en tanto el enfermo conserve un soplo de vida y pueda por lo tanto ser aliviado físicamente, o por lo menos confortado moralmente, por el médico.

Debe interrumpirlas cuando sean *completamente inútiles,* a no ser que el enfermo o la familia insistan a sabiendas en su prolongación.

Por último las interrumpirá o las continuará, según los deseos de la familia, debidamente advertida, y sus propias ocupaciones, cuando, sin ser necesarias o grandemente útiles, puedan tener todavía sobre el físico o la moral del enfermo *algún buen efecto* que conviene manifestar.

Se ve que hay como *una triple serie de casos* y que es necesario aquí también tener en cuenta, no solamente el estado *físico* del enfermo, sino su estado *moral* y las inteciones de la familia, que puede no temer, o por el contrario temer, un aumento de gastos.

98. PRIMERA SERIE. Visitas necesarias física o moralmente.

1. *Visitas físicamente necesarias.* — Las visitas son *físicamente* necesarias en *tres* circunstancias: si una enfermedad grave, o casi mortal, *no excluye toda experanza de curación;* si la intervención del médico puede, de modo apreciable, prolongar la vida; o por lo menos disminuir por medios lícitos crueles sufrimientos.

En estas tres circunstancias, el médico que ha sido llamado debe continuar sus visitas: es un deber de *justicia.*

Sin embargo, este deber es aún más estricto si hay *esperanza de curación.* El médico debe entonces vigilar al enfermo *hasta que todo peligro* grave, y por consiguiente todo temor de complicación, hayan desaparecido. Sólo se retirará cuando el enfermo esté en *plena convalecencia* y libre de una recaída.

2. *Visitas moralmente necesarias.* — Las visitas sólo son *moralmente* necesarias si el estado del enfermo es *ciertamente* desesperado (1), sin que

(1) El médico debe guardarse *especialmente de desesperar* demasiado pronto. Va en ello la vida de su cliente y también su propio interés.

«El Dr. X... entra por casualidad en una casa en lágrimas. Se le dice que el niño está muriendo de neumonía: el médico de cabecera ha anunciado incluso que no volverá.

El caso no le parece *tan desesperado* como lo pintan. El proverbio «mientras hay vida hay esperanza» es particularmente cierto para la primera infancia, en la que el resorte vital tiene a veces elasticidades sorprendentes. Nada se pierde con probar. Y al cabo de algunos días de medicación enérgica se salva el pequeño desahuciado.

Inútil nos parece insistir en los sentimientos que los padres han de experimentar hacia el primer y el segundo médico» (Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 53, núm. 59).

En el Dr. *Léon Vannier, La doctrine de l'homœopathie,* se encontrará una serie de casos muy instructivos (págs. 163 y siguientes).

Véase también *Noël Hallé: Eléments de philosophie médicale,* págs. 255 y siguientes.

la intervención regular del médico pueda verdaderamente prolongar la vida o aliviar de modo algo duradero, y por medios lícitos, grandes sufrimientos.

Considerando únicamente el derecho natural, el deber es entonces menos riguroso; pero prácticamente casi siempre deberán continuarse las visitas.

1.° *Si sólo se tiene en cuenta la ley natural,* no se podría condenar absolutamente a un médico que, seguro de no romper en su cliente todo resorte moral y de no descontentar gravemente a la familia, dijera a ésta o a la comunidad de la que forma parte el paciente: nada queda por hacer; mi intervención es del todo inútil; me retiro.

2.° *Pero en la práctica,* el médico deberá, casi siempre, para no abatir completamente al enfermo y no descontentar grandemente a la familia, continuar sus visitas hasta el desenlace, aunque se vea impotente para detener el mal, para prolongar la vida, para disminuir por un tiempo apreciable intensos sufrimientos.

Además, Dechambre nota justamente que no hay que *apresurarse demasiado en finalizar todo tratamiento.* De ello pueden resultar serios inconvenientes «aun para el médico». «Las terminaciones funestas tienen a menudo grandes sorpresas para los más experimentados. Un coma que parecía definitivo se disipa; el pulso que huía se reanima; la piel fría y viscosa se calienta y la vida se prolonga más allá del término previsto. Entonces la falta de tratamiento, al principio aceptada por la familia, no le parece ya tolerable y se lamenta del tiempo perdido, con razón a veces. *Un precepto, pues, que debe seguirse* escrupulosamente» en la *práctica,* «es el de no desarmarse nunca delante de la enfermedad, aun en caso de muerte inminente, sino continuar poniendo en obra todos los medios para levantar las fuerzas o para mitigar los sufrimientos» (1).

99. SEGUNDA SERIE. Visitas plenamente inútiles.

Las visitas son *completamente* inútiles en dos casos: *primero,* cuando la enfermedad está absolutamente desprovista de gravedad y sólo cede al tiempo o a una medicación trazada una vez por todas y de aplicación fácil; *luego,* cuando después de una enfermedad grave el enfermo está en plena convalecencia y ninguna circunstancia hace temer una recaída o una complicación.

En este doble caso el deber moral del médico de cabecera consiste en declarar sin ambages al cliente y a su familia la completa inutilidad de sus visitas.

Si después de esta franca declaración el cliente acomodado o su familia insisten para que el médico vuelva, éste se regirá por sus ocupaciones, y ante todo por el bien de los demás clientes, que no deben en modo alguno sufrir por estas visitas superfluas hechas a una persona que nada necesita del arte médica ni de su representante.

(1) Dechambre, págs. 222 y siguientes.

A menudo un medio de conciliarlo todo es continuar las visitas, pero espaciándolas cada vez más (1).

100. TERCERA SERIE. Visitas útiles física o moralmente. Las visitas son útiles *físicamente* si han de curar al enfermo, aun de una enfermedad benigna, o, si la curación es imposible, han de aliviarle disminuyendo, si no la violencia del mal, por lo menos la agudeza del sufrimiento por medios que la moral no repruebe.

Son *moralmente* útiles si, a falta de curación o de alivio físico, procuran al enfermo consuelo y confortación, lo que es una manera indirecta, pero eficaz, de hacer más tolerables los sufrimientos.

Esta doble definición nos permitirá distinguir varios casos en este asunto, y se refiere principalmente a las enfermedades *incurables* y *crónicas*.

Es bien evidente que el médico debe continuar sus visitas en las enfermedades bastante ligeras si puede apresurar la curación. Por esto hablaremos únicamente de las visitas que, sin curar al cliente, le alivian o le consuelan: *¿debe* el médico o, por lo menos, *puede* continuar las visitas de esta clase?

1. VISITAS FÍSICAMENTE ÚTILES. — Si en una enfermedad *incurable* el médico espera obtener una *mejoría* sensible y algo duradera, o cuando menos, una *disminución apreciable de los sufrimientos,* puede y debe continuar sus visitas después de haber advertido, si las circunstancias lo exigen, la impotencia de obtener una curación completa.

Sobre este punto hay que separarse de los médicos de la India antigua y hasta de Hipócrates, que, para salvaguardar la reputación del práctico y la dignidad del arte médica, le ordenaban rehusar sus cuidados a los *incurables* (2). Lo que aquí debe considerarse no es el interés del médico, dichoso a veces de ahorrarse cuidados poco gloriosos y desagradables, ni la pretendida dignidad del arte, sino únicamente el bien del enfermo. Además, «casi no existen hoy afecciones incurables en las que no se pueda añadir a la eficacia de la influencia moral la más directa y segura de los medios terapéuticos. Numerosos sedantes y el método hipodérmico ofrecen, en este sentido, recursos por decirlo así inagotables» (1).

2. VISITAS MORALMENTE ÚTILES. — Si el médico desespera, no solamente de curar al enfermo, sino también de mejorar su estado, o por lo menos de atenuar sus sufrimientos, y por consiguiente se ve reducido *a ejercer una influencia puramente moral, deberá a veces* continuar sus visitas; pero *de ordinario* será *libre* de suspenderlas; y aun sólo podrá prolongarlas si el cliente o la familia, claramente advertida de la situación, requieren expresamente esta prolongación.

1.° *Deberá* continuar sus visitas, al menos con consentimiento de los interesados, *en un caso:* si prevé que el enfermo, viéndose abandonado, se abandonará también y será por lo mismo *físicamente más débil* para resistir la enfermedad.

2.° *Fuera de este caso* se regirá, para la continuación de las visitas, por las instancias del cliente y de la familia, por sus propias ocupaciones, y sobre todo por las exigencias de los demás enfermos.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 68.

Omitimos el caso de las visitas prolongadas, *por inmoralidad,* durante la convalecencia. El caso no es quimérico. He aquí un ejemplo.

«En una familia de clientes importantes del barrio de Saint-Germain, U., médico de los Hospitales y profesor en la Facultad, es llamado, después de la edad de jubilación, para prestar sus cuidados a una señorita de compañía, joven noble y pobre, empleada por caridad y tratada casi como miembro de la familia. Se trataba de una fiebre tifoidea bastante grave.

U. prodiga sus cuidados con una solicitud verdaderamente paternal. Multiplica sus visitas y las prolonga mucho durante la convalecencia. A la curación sigue inmediatamente la nota de honorarios. Aunque la factura se consideró algo elevada para una subalterna pobre, fué satisfecha sin observaciones.

A continuación de este tratamiento magistral, particularmente abnegado, la joven sufrió una indisposición de nueve meses que terminó con el nacimiento de una bella criatura del sexo masculino...

No era de esperar esta proeza terapéutica de un profesor de más de setenta y cinco años, y bien valía una propina: la nota de honorarios la tuvo en cuenta» (Noël Hallé, *De l'éducation médicale,* págs. 189 y siguientes).

(2) Dr. Dechambre, págs. 9 y siguientes. Asimismo, hay incurables e incurables como hay violines y violines. Enfermo y médico tienen un gran interés en no confundir a unos con otros. Entre los crónicos y los enfermos que se dicen «*desahuciados por los médicos*» se encuentran a veces algunos que han sido objeto de errores de diagnóstico, a consecuencia de exámenes insuficientes, o de tratamientos mal apropiados o mal ejecutados, o seguidos durante un plazo demasiado corto. Entre este lote de «*falsos incurables*» un médico instruído, paciente, ingeniso, puede descubrir casos que, mejor estudiados, clasificados en su puesto verdadero en el cuadro de los diagnósticos, mejorarán o curarán. Un pequeño número de éxitos semejantes, que el público califica fácilmente de *resurrecciones,* basta para asegurar la reputación de un médico joven, y esta reputación es entonces muy merecida. Cada uno de nosotros ha pasado junto a estos falsos incurables; y unas veces recordamos con placer que hemos descubierto a algunos, otras nos hemos enterado ulteriormente de que un colega más hábil había obtenido un éxito o que él también había fracasado, y otras veces ignoramos para siempre nuestro error» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 225, 1931).

(1) Dechambre, págs. 220 y siguientes.

CAPITULO VIII

CUALIDADES NECESARIAS EN LAS VISITAS

101. Objeto y división. — 1. Objeto. — Todo lo que debemos decir en este capítulo está contenido *en germen* en la primera parte de esta obra, en la que hemos bosquejado someramente el *retrato del médico.*

En la medida que el médico será hombre de ciencia, de deber, de celo, de buena educación, mostrará naturalmente en sus visitas a los enfermos las cualidades, intelectuales o morales, que son el fruto de la verdadera ciencia, y las cualidades morales que constituyen el ejercicio práctico del deber, del celo, de la distinción.

A riesgo de insistir en ideas ya expuestas, vamos, sin entrar en un desarrollo demasiado prolijo, a *describir, en un cuadro de conjunto, estas cualidades profesionales* que, en su mayoría, son verdaderas virtudes, y virtudes cuya práctica impone la ley moral.

II. División. — Será natural referir estas cualidades *profesionales,* necesarias o útiles en las visitas, a las cualidades *más generales* (ciencia, amor al deber, celo, buena educación) de las que son la expansión, la práctica, la manifestación benéfica.

De hecho describiremos *en tres artículos* las cualidades que derivan de la verdadera ciencia; del amor al deber y del celo; de la buena educación.

Remitimos, sin embargo, al capítulo IX el estudio de la veracidad y de la franqueza, que tienen una importancia especial.

ARTICULO PRIMERO

CUALIDADES QUE SON EL FRUTO DE LA CIENCIA

La ciencia profesional, unida a la experiencia y al conocimiento tan necesario del corazón humano, hará nacer y alimentará *tres cualidades,* tan ventajosas al médico como útiles al enfermo, cuyo interés debe predominar sobre cualquiera otra consideración: la fe en el arte médica; la paciencia con la enfermedad; la prudencia.

§ 1. — Fe en el arte médica

La fe en la medicina, es decir, la *confianza* en los recursos de su arte, es *indispensable* al médico que visita a los enfermos y les presta sus cuidados. Es el *motor* de toda su terapéutica. Pero una verdadera ciencia, instruída y completada por la experiencia, engendrará esta fe y la hará *lo que debe ser:* sincera, inteligente, tenaz, y, si es necesario, contagiosa. Necesidad y naturaleza de la fe en el arte médica: tales son las *dos ideas que se desarrollan* en este párrafo.

102. I. Necesidad de la fe en el arte médica. — La fe en la medicina es *indispensable* al médico que ejerce.

Sin ella no puede ser seriamente útil al enfermo, y hasta corre el riesgo de dañarle gravemente al mismo tiempo que se daña a sí mismo. *Véasele, en efecto, en acción.* Convencido de su impotencia, y vencido antes de haber luchado, *examina* superficialmente y por fórmula al cliente que a él recurre; *en su terapéutica* no sigue una medicación racional, y a menudo adopta con deplorable facilidad los remedios nuevos; por esto, por lo *descosido* de sus prescripciones y por las *observaciones escépticas* que se le escapan, *desanima* a la larga al enfermo, cuya moral debiera levantar: este último acaba por no creer en un médico que por su parte no cree en la medicina.

Se puede leer en Dechambre este mismo cuadro, bosquejado en términos más vigorosos y más técnicos.

«El médico escéptico sólo tiene una *atención distraída* para los enfermos que le llaman. No creyendo mucho en las indicaciones, no se da el trabajo de buscarlas. Como los remedios sólo producen perturbaciones superficiales que no hacen mella en la enfermedad, los menos activos serán los mejores. ¡Y si aun se mantuviera en este papel neutro! Pero, en ausencia de todo principio, cuando se propone actuar, lo hace *a la ventura, y administra remedios que sólo pueden ser inútiles o nocivos.* Es para mí un hecho de observación que los médicos tachados de escepticismo son los que prescriben las *novedades terapéuticas* y *practican la charlatanería.* Nada más natural por otra parte, puesto que el escepticismo lleva a un empirismo reforzado. Esta falta de fe, este enervamiento o descosido de la práctica acaban por ser comprendidos por el cliente, y éste a su vez se hace escéptico respecto a su médico; consulta a otro y se fía fácilmente de aquel que hace de su mal un estudio atento y deduce, o parece deducir de él, una terapéutica convencida» (1).

Estos inconvenientes son tan reales que el Dr. Morache conmina al médico *plenamente escéptico* a no ejercer.

«El médico que *realmente* no cree en los servicios que puede prestar la ciencia médica en manos de un verdadero artista, el que estima sin efecto útil su presencia junto a la cabecera del enfermo, *comete una mala acción* si no abandona el ejercicio profesional... Hombre honrado, debe alejarse, y hacerlo sin ruido para no contristar a los que tienen el privilegio de creer todavía» (2).

(1) Dr. Dechambre, pág. 69.
(2) Dr. Morache, pág. 154; Dechambre, pág. 133.

103. II. Lo que debe ser la fe en el arte médica. — La fe en el arte médica no debe ser ni simulada, ni ciega, ni pasajera, ni indiferente al escepticismo de los clientes. Por el contrario, debe ser sincera, inteligente, tenaz, y, en caso necesario, comunicativa.

1. Fe sincera. — No hay que demostrar que la fe en el arte médica debe ser *sincera:* una fe que no tuviera por asiento la intimidad del alma no daría al médico el ánimo que le es necesario.

Esta fe sincera es felizmente el *fruto natural* de una ciencia de buena ley que ve las cosas tal como son. Si «el escepticismo científico no es más que la expresión de un inmenso orgullo y de una ignorancia latente», la fe en la medicina nace de un conocimiento profundo y consciente de la misma (1). El médico, instruído de su arte, le juzga *«tal como es,* abundante en recursos, a veces desprovisto de ellos, aliviando cuando no cura, y aumentando sin cesar el número de sus beneficios» (2).

2. Fe inteligente. — Hemos ya recordado en la primera parte de esta obra (núm. 17) que la fe en la medicina debe ser una *fe inteligente,* es decir, una *confianza ilustrada,* una confianza nacida de una ciencia, que, instruída por la experiencia, *no deforme la realidad,* sino que discierna lo que es certidumbre adquirida, hipótesis probable, esperanza fundada, o, por el contrario, suposición gratuita e ideal quimérico.

Si el verdadero sabio conoce los *recursos* de su arte, no ignora los *límites reales,* y no espera *del porvenir* ni la supresión de toda enfermedad incurable, ni el secreto de reconstituir con seguridad un organismo absolutamente desgastado. En guardia contra una desconfianza exagerada, no cae *en el otro exceso,* abandonándose a esta fe ciega y presuntuosa, que, en testimonio de Dechambre, es fácilmente el lote ordinario del joven médico y del cirujano joven, demasiado seguros de reconocer al enemigo y de vencerle (3).

3. Fe tenaz. — También la ciencia bien comprendida y fecundada por la experiencia es la que mantiene la fe en la medicina, la que la hace *tenaz* a pesar de los fracasos inevitables.

Un médico no suele perder habitualmente la confianza sino *cuando ha exagerado* los recursos de su arte y va de decepción en decepción (4).

(1) Dr. G. Morache, pág. 155.
(2) Dr. Dechambre, pág. 131.
(3) Dr. Dechambre, págs. 66 y siguientes; Dr. Pierre Mauriac: *Aux confins de la médecine. Le rajeunissement,* págs. 71 y siguientes.
(4) El Dr. Léon Vannier, homeópata, *atribuye el escepticismo* de cierto número de sus colegas alópatas a la *«pobreza miserable del arsenal terapéutico»* (pág. 159).

Nos falta competencia para tomar partido en este debate; pero comprobamos que el Dr. Vannier sienta curaciones sorprendentes en el activo de la homeopatía.

«He aquí... un ejemplo. Durante la guerra, la mujer de un chofer vino a buscarme y me dijo: «Señor: ¿podría usted ver a mi hijo enfermo de meningitis? Estoy desesperada y quisiera que viniera usted a examinarlo». De paso para el hospital, fuí a ver al pequeñuelo, que estaba en el coma. Rigidez de la nuca, ojos congestionados, gran estreñimiento. No orinaba: ofrecía todos los síntomas de la meningitis cerebroespinal. Pedí al Dr. Bauer, del laboratorio Carrion, que viniera a hacerle una punción lumbar, cuyos resultados confirmaron el diagnóstico. Le rogué además que con una gota del líquido recogido me hiciera diluciones hasta la décima centesimal. Como que el niño estaba en estado comatoso y no podía tragar, aconsejé a la madre que introdujera desde el día siguiente, si todavía había tiempo, cinco gotas en el cuerpo de su hijo por vía rectal con la ayuda de una pera de goma.

No supe nada más del caso, y ya creía que el niño había muerto, cuando un mes después me enviaron un ramo de flores diciéndome: «La persona que le envía estas flores quisiera hablarle.» Era la madre, que me refirió los hechos siguientes: «Señor, es muy sencillo; inmediatamente después de la primera inyección rectal mi hijo empezó a orinar y luego obró. Como usted indicó, repetí el remedio cada cuatro horas y luego cada seis horas. Mi hijo recobró poco a poco el conocimiento; se restableció progresivamente y ahora está muy bien. No hemos seguido otra medicación. Juzgamos inútil pedirle que volviera porque sabíamos que está muy ocupado a causa de la guerra.»

He aquí pues, a un paciente *in extremis* en el que prácticamente no podía hacerse ya nada. Se le practicó una punción lumbar, se retiró líquido céfalorraquídeo y se preparó: todo esto exige veinticuatro horas. Ninguna modificación se produjo en el estado del niño a pesar de la punción lumbar. Inmediatamente después de iniciado el tratamiento, el enfermo mejora; se continúa aquél, y cura» *(La doctrine de l'homœopathie,* págs. 152 y siguientes).

(1) Dr. Dechambre, pág. 132.
(2) *Ibid.,* pág. 131.
(3) Dr. Dechambre, pág. 132; Dr. G. Morache, págs. 155 y siguientes.

El medio de conservar una fe intacta y evitar el peligroso escollo del escepticismo, es *esperar de la medicina únicamente lo que puede dar.* El arte médica no es infalible y el representante de este arte dista de ser un Dios en la tierra que rige a su gusto las enfermedades. En una palabra, la fe en la medicina será tanto más inquebrantable cuanto más inteligente sea.

4. Fe contagiosa. — La fe sincera, inteligente, tenaz, que acabamos de describir, se hará, si es necesario, *contagiosa.* Llena de una razonable confianza en su arte, el médico *comunica* esta confianza a los enfermos que no creen, *o fingen no creer,* en la medicina.

Igualmente no le faltan los *medios* para enderezar el juicio de los escépticos *de buena fe* y llevar a una actitud más verdadera a los *falsos* escépticos.

1.° *Con unos y otros* su primera arma es su *confianza.* «La condición principal para ejercer sobre el escéptico una acción saludable es no serlo uno mismo» (1).

2.° *Luego sabrá hablar en razón a los espíritus cultivados,* que son en *realidad* demasiado escépticos respecto al arte médica. Hará ver «que la imperfección de una ciencia no es su negación», que la ciencia de la medicina «atestigua cada día sus progresos; que si fracasa a menudo en sus aplicaciones, manifiesta también a menudo las pruebas más evidentes de su eficacia; que la incertidumbre del éxito en un caso particular no es una razón suficiente para no buscarlo», etc. (2).

3.° *No hay que ir con tantos miramientos* con los *falsos* escépticos. «Tratar ligeramente sus dolencias, *hacerles aguardar los remedios que no son necesarios,* haciendo brillar a sus ojos la variedad de los medios que se ha visto tenían éxito, hasta que ellos los reclamen por sí mismos. Particularmente en este género de clientes están indicadas las *medicaciones paliativas,* que, haciendo cesar un síntoma molesto, marcan por lo menos en un punto la realidad de la terapéutica» (3).

4.° *El éxito completará,* por lo menos para un tiempo, la conversión. En el fondo el escepticismo, *verdadero o pretendido,* «sólo pide creer, en el

momento presente por lo menos, en la medicina, en la terapéutica, en el médico, en todo lo que se quiera con tal que le alivie, esperando a que le cure» (4).

§ 2.— Paciencia para con la enfermedad

Otro fruto de la ciencia, y sobre todo de la práctica, es una *prudente paciencia* para con la enfermedad (Comp. núm. **110** y sig., lo relativo a la paciencia para con el enfermo y la familia).

104. I. Necesidad. — Es inútil entretenerse en demostrar que la paciencia, indispensable al enfermo para *soportar* la enfermedad, es *necesaria al médico* para *triunfar* de ella.

En lucha con una enfermedad grave y que amenaza prolongarse, el médico paciente se resigna a hacer, con todas las reglas del arte, *el asedio del mal* que no puede vencer por asalto; respeta y favorece los síntomas que representan los actos defensivos del organismo; no se agota en medicaciones inútiles, o hasta perturbadoras, que fatigan al enfermo; sabe aguardar el tiempo oportuno para emplear sus mejores armas y dar, si es posible, el golpe decisivo.

La *medicina expectante,* así entendida, debe ser el hecho de todo clínico. Debe recordar la fábula de La Fontaine y decir con el fabulista: *Vale más maña que fuerza* (2).

105. II. Origen de esta paciencia. — Una *ciencia* sólida, y más aún una *larga práctica,* fecundada por un *espíritu de observación* siempre alerta, darán al médico la paciencia para con la enfermedad, paciencia que demasiado a menudo, como observa Dechambre, falta a los médicos jóvenes.

Los médicos jóvenes, «no conociendo lo que se podría llamar *costumbres de las enfermedades,* su evolución espontánea, las variaciones de que son susceptibles en su curso y terminación, la influencia que reciben de la edad, sexo, herencia, de su coexistencia en el mismo enfermo, *nunca cuentan con el tiempo* y se agotan en medicaciones inútiles o desfavorablemente perturbadoras. *Este exceso motiva otro.* Cuanto más activo y agitado ha sido el tratamiento, *tanto más pronto se despechan* en caso de fracaso; cuanto más *han disminuído sus recursos,* tanto más aparece manifiesta su impotencia final a los ojos de la familia. Es la situación de un jefe de ejército cuya fogosidad inoportuna todo lo malbarata, pero cuya paciencia experimentada, *sabiendo prevenir y aguardar,* habría podido, en el momento propicio, dar el golpe decisivo. *Una larga práctica* y una *observación atenta,* he aquí, pues, lo que sólo podrá formar la paciencia del clínico» (3).

(1) Dr. Morache, pág. 155.

(2) L. VI, fábula III, Febo y Boreas; Dr. Vincent: *La médecine...*, págs. 127 y siguientes; véase también Dr. Pierre Mauriac: *Aux confins de la médecine, Les «maladies médicatrices»*, págs. 100 y siguientes.

(3) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 156. Noël Hallé, en *De l'éducation médicale*, insiste a menudo en esta idea: el práctico solamente puede formarse a la cabecera de los enfermos. La *clínica* es la clave de la formación médica (págs. 53 y sigs., 88 y sigs., etc.).

§ 3. — Prudencia en todo

Por último la *prudencia* en el juicio interior, en las palabras, en los actos, es a la vez el fruto de la ciencia, de la experiencia, del conocimiento del corazón humano.

106. I. Necesidad. — Es innegable que la *prudencia* en todo es *absolutamente necesaria* al médico. Pero el médico debe *principalmente* ser prudente en su diagnóstico, en su pronóstico, en su medicación.

1. Prudencia en el diagnóstico. — Hemos dicho ya (núm. 82) que el médico debe ser prudente en el juicio que hace *interiormente,* y mucho más en el juicio que *expresa,* ante el enfermo o la familia, sobre la naturaleza y la gravedad del mal.

El error en el juicio, y la verdad demasiado crudamente expuesta a los interesados, pueden ser funestos al cliente.

Asimismo veremos en el capítulo siguiente en qué casos el médico tiene la obligación de informar al enfermo sobre la gravedad de su estado, o puede por el contrario disimular la realidad.

Pero desde ahora podemos ya observar que el médico debe tomar grandes precauciones *cuando habla con el enfermo* a tal o cual miembro de la familia. «Demasiado a menudo, en simples visitas o en las juntas, apenas se ha salido del cuarto del enfermo, los parientes se precipitan y exigen explicaciones e *informaciones complementarias.* Ahora bien, el enfermo, aunque no lo oiga, *se da cuenta de que hablan de él.* Se inquieta, pregunta lo que se ha dicho. Se le responde con vulgaridades, y, naturalmente, lo advierte y el resultado es deplorable. Es necesario haber pasado por sí mismo por estas situaciones, y esto *como enfermo,* para darse perfecta cuenta del mal que se produce, a menudo, *por la inconsciencia* del médico y por la de los asistentes» (1).

Dechambre hace una observación semejante *respecto a los moribundos.* «Al acercarse la agonía muchos enfermos, inmóviles, con los ojos cerrados, como ajenos a cuanto acontece a su alrededor, *oyen las conversaciones.* Importa por consiguiente dominarse cuando la familia os interroga cerca de la cama, y recomendarles que se guarden de formular reflexiones imprudentes» (2).

2. Prudencia en los pronósticos. — El médico debe también ser prudente en sus previsiones, y mucho más en *sus pronósticos,* es decir, en las previsiones o conjeturas de que da cuenta al enfermo o a su familia. El error es fácil, y no todas las verdades son buenas para decir.

El médico *puede engañarse,* por ejemplo, sobre la terminación de la enfermedad, y mucho más sobre el tiempo que queda de vida al enfermo

(1) Dr. G. Morache, pág. 169.

(2) *Ibid.*, pág. 151.

desesperado. Desconfiará, pues, de su juicio, y sobre todo no lo enunciará, si las circunstancias le autorizan, sino con la mayor reserva (1).

Guardará la misma reserva si es consultado acerca de las probabilidades de transmisión de tal o cual enfermedad *reputada hereditaria,* por ejemplo la enajenación mental, el cáncer, la tisis (2). En particular, si se trata de la enajenación mental, empleará, sin negar el hecho de la *transmisibilidad,* que es del dominio público, «todos los recursos que pueda suministrar un optimismo razonado» para demostrar que la *transmisión* no es de temer seriamente en aquel caso (3). Sin embargo, sería exagerado tachar de imprudente a un médico que, temiendo en corto plazo una locura incurable para su cliente, le exhortara, con todas las precauciones requeridas, a tener siempre en regla sus asuntos. Si el cliente es capaz de comprender una declaración semejante, y de aprovecharse de ella, es prudente y caritativo advertirle.

PRUDENCIA EN LA MEDICACIÓN. — Inútil es decir que el médico debe ser prudente en su *terapéutica.*

Explicaremos en la 2.ª sección, cap. XII, sig., *en qué consiste* esta prudencia, que no excluye en modo alguno las iniciativas atrevidas, particularmente si son el único medio de curación.

107. II. Orígenes de esta prudencia. — La prudencia de que hablamos deriva de varios orígenes. Pero si la rectitud de juicio es necesaria, si la práctica de la medicina aporta su contribución, si el dominio de sí mismo pone un freno a la lengua, la *ciencia de buena ley* y el *conocimiento del corazón humano* concurren, en gran medida, al nacimiento y perfeccionamiento de la prudencia.

1. EL VERDADERO SABIO no ignora que la *ciencia de la medicina* tiene sus límites; y, si no está infatuado de sí mismo, experimenta con frecuencia que *su propia ciencia* está comprendida en límites aun más estrechos. Le es, pues, bastante fácil guardar en su diagnóstico, sus pronósticos y su terapéutica la prudencia necesaria.

(1) Por una parte, una de las mayores dificultades profesionales consiste en el pronóstico. Por otra conviene en gran manera formularlo lo mejor posible, pues los clientes y sus familias *nos juzgan* particularmente por el pronóstico.

«Para tener la mayor seguridad en el pronóstico hace falta no solamente haber visto a *muchos* enfermos, sino también haberlos *visto* y *seguido* bien.» Sus *elementos* «derivan no sólo de los síntomas actuales, sino del *período* de la enfermedad..., del análisis minucioso de los *aparatos fundamentales:* la presión arterial y la resistencia cardíaca, la secreción urinaria, las reacciones pupilares; del conocimiento del *temperamento* y de la *constitución* del paciente»; del *medio* e incluso del *estado moral.* «Así el médico que ha cuidado ya al enfermo..., que conoce sus reacciones personales, las pruebas que ha dado ya de su capacidad de resistencia, está en mejor situación... De ahí el consejo de ser *tanto más reservado* cuanto que se ve al enfermo por vez primera» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* páginas 306 y siguientes).

También podemos ser interrogados sobre las posibilidades de recaída, sobre las secuelas de la enfermedad, sobre el peligro de contagio (H. Bouquet: *Initiation...,* págs. 107 y sigs.).

(2) «Sabemos que los padres transmiten raramente a sus descendientes la misma enfermedad», por ejemplo la tuberculosis, «pero sí con frecuencia un terreno más o menos favorable para su desarrollo» (Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* pág. 106).

(3) Dr. Dechambre, pág. 199.

2. ADEMÁS conoce demasiado a los hombres para ignorar *la gran influencia de lo moral sobre lo físico,* del alma sobre el cuerpo. Deduce de ello naturalmente que el médico, para no desanimar al enfermo e impedirle que se oponga con toda su voluntad de vivir a la enfermedad, debe a veces, como diremos en el capítulo siguiente, ocultarle una parte de la verdad (1).

ARTICULO II

CUALIDADES QUE SE LIGAN CON EL AMOR AL DEBER

Si omitimos la *solicitud concienzuda* que, siempre despierta, llena de prudentes iniciativas y de cuerdas lentitudes, hábil en seguir las variaciones de la enfermedad, es como la esencia del deber médico, podemos y debemos referir al amor al deber y al celo *tres cualidades maestras* y muy necesarias al médico en sus visitas, o mejor en todas sus relaciones con los enfermos: la *bondad* que sabe ser y mostrarse compasiva; una *paciencia* indulgente e incansable; una gran *firmeza,* que sea capaz, si es preciso, de llegar, por el bien del cliente, hasta la intimidación.

§ I. — BONDAD COMPASIVA

108. I. Necesidad. — La *bondad* no es sino el *amor verdadero y desinteresado* hacia el prójimo, amor que induce a *evitar en los demás el mal* en todas sus formas y a *procurarles todo el bien posible;* amor que se *manifiesta* de todas maneras: no sólo por las palabras y los actos, cuya elocuencia es más penetrante, sino por la mirada, la expresión de la fisonomía y toda la actitud.

Se comprende que esta bondad es *necesaria* al médico, que principalmente por ella gana la confianza del enfermo, hace a éste dócil a sus prescripciones y ejerce sobre la moral del que sufre una acción saludable al cuerpo.

Asimismo, si es cierto que hay más placer en dar que en recibir, y que el corazón se liga más por el don hecho que por el don recibido, esta bondad *no será difícil* para el médico, por poco noble que sea su alma y pronta a sentir los sufrimientos de los demás (2).

(1) «Los enfermos en apariencia más enérgicos o más resignados, los que exigen más imperiosamente la verdad sobre su estado, *no son siempre* los que resisten mejor un veredicto sin apelación. Pueden alegar diversos motivos familiares, personales, sociales o religiosos para reclamar la verdad desnuda, y sin embargo conservan en el corazón la esperanza absoluta de no sucumbir al asalto que están sufriendo...» (Dr. Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* pág. 104).

(2) ¿No ha dicho Bossuet: «Cuando Dios hizo el corazón del hombre puso en él primeramente la bondad»? Ahora bien, «el primer acto de bondad es la *compasión* frente al dolor ajeno. El corazón conmovido acude instintivamente en socorro del infortunio por la *beneficencia.* El beneficio penetra hasta el fondo del alma que sufre cuando se ex-

Mas, para que dé todos sus frutos, esta bondad afectuosa debe poseer ciertos atributos, que son otras tantas piedras preciosas engastadas en un oro muy puro.

109. II. Atributos de la bondad. — La bondad, propia del médico, debe ser compasiva, dulce, constante y universal, adaptada al medio, ensalzada por un ánimo gozoso. Excluye pues, la insensibilidad, la brusquedad, el humor extravagante y la parcialidad, la rígida uniformidad de los procederes y todo exceso de gravedad que confine con la tristeza.

1. Bondad compasiva. — No basta que el médico sienta, *en lo íntimo de su alma,* una verdadera compasión. Es necesario, además, que manifieste *al exterior* una bondad compasiva.

El enfermo debe advertir como si lo palpara que el médico se interesa por él, que siente sus sufrimientos, que se ingenia para disminuirlos, que le ahorra en el curso del tratamiento toda sobrecarga de dolores inútiles: en una palabra, que no es de bronce ni de madera, sino que es hombre, un hombre de corazón; un hombre que de ordinario, como es deseable, se encuentra bien, pero que a veces ha estado torturado por el sufrimiento; un hombre a quien el hábito de ver sufrir y de hacer sufrir ha embotado, como conviene, *la sensibilidad de los nervios,* enemiga de la serenidad, pero que ha dejado intacta *la viril sensibilidad del corazón,* que envuelve al enfermo de un calor bienhechor y le procura la dulce satisfacción de sentirse amado.

Se cree tanto encontrar en el hombre del arte una especie de fría insensibilidad, que sorprende agradablemente y encanta encontrarle accesible a la piedad y abierto a la compasión (1).

2. Bondad impregnada de dulzura. — La bondad excluye la insensibilidad, excluye asimismo la dureza y hasta la rudeza, la brusquedad de proceder.

«Sin embargo — dice Dechambre — la *brusquedad* no es sino demasiado común entre los médicos de nuestros días. Además los hay que se esfuerzan en manifestarla: una extrañeza de espíritu, algo ridícula, ocupa el lugar de un defecto de carácter. Se cree *haber ganado en importancia* cuando se espanta a pobres gentes, ya predispuestas a la ansiedad ante aquel que tiene, o se supone tener, su suerte entre las manos... Hay ocasiones para la firmeza y el mando...; pero, fuera de estos casos, el que sufre tiene el derecho de contar con vuestra piedad» (2).

presa por la *benevolencia*. La afección es el último término, y el don supremo de la bondad. La bondad se manifiesta, pues, en diversos grados; se eleva a medida que da más. *Compasiva*, da la piedad; *bienhechora*, da sus bienes, su tiempo, su trabajo; *benévola*, da su estimación y sus buenas obras; *amante*, finalmente, da incluso el corazón...» Sobreañadida a la beneficencia, la benevolencia tiene «el privilegio de ensanchar todos los corazones. Además, la beneficiencia tiene por sí misma algo de seco y altanero; la benevolencia le da un aire simple, afable y sonriente» (Guibert: *La bonté*, 1904; citado en el *D. P. C. R.*, artículo «Bondad», col. 882 y siguientes).

(1) Dechambre, pág. 151.

(2) *Ibíd*, pág 151

Sin duda se conocen *bruscos bienhechores,* y se les perdona su ruda corteza que oculta tan buen corazón (1). Pero aun mejor es ser bienhechor sin tener nada de brusco.

3. Bondad constante y universal. — Hay médicos *variables* que se muestran un día llenos de bondad y al siguiente tan insensibles y duros que oprimen el corazón. La bondad del médico debe ser, tanto como sea posible a pesar de las fatigas a veces excesivas y de insomnios demasiado prolongados, *constante* e igual a sí misma.

Debe ser también *universal*. El hombre fundamentalmente bueno es bueno con todo el mundo, y si tiene preferencias, *son para los pobres,* quienes, acostumbrados a ser maltratados, se muestran al principio más desconfiados, pero no tardan, si se sienten respetados y amados, en dar su confianza. «El pobre comienza por dudar del interés que se le va a demostrar. Si le habláis en tono algo soberbio, en seguida se revuelve y se torna exigente. Habladle dulcemente, amigablemente; no tengáis el aire de examinar su tugurio ni sus vestidos de trabajo, y os lo agradecerá profundamente. *Estos dos estados extremos* son principalmente acentuados en las mujeres de obreros, y cuando el buen sentimiento es el que habla, tienen mil maneras delicadas de expresarlo. *Recuerdo* haber prestado mis cuidados, durante el sitio de París en 1870, a una pobre familia de refugiados en las afueras. Dos casos de viruela grave habían terminado felizmente. Un día, toda la familia, marido, mujer e hijos, invade mi despacho. Una niña, empujda por su madre, se desprende del grupo y me ofrece un saco anudado con cintas rosa. Intrigado, abro el saco y encuentro en él una docena justa de patatas. ¡Pensad que entonces se carecía de pan!» (2).

4. Bondad adaptada al medio. — La bondad del médico, aunque universal, no se manifiesta *de la misma manera* en todas partes y con todos: *viril* para con los hombres ya hechos y los jóvenes, particularmente *cortés y respetuosa* para con las jóvenes y mujeres en general, será *paternal* para con los niños que apenas tengan la edad de la razón, y *condescendiente* para con los ancianos, que tienen fácilmente, sobre el tratamiento adaptado a su temperamento, prejuicios arraigadísimos y desconfían a menudo de la terapéutica moderna.

Pero si está claro que la bondad debe acomodarse al medio y a las personas, es menos fácil decir *en qué consiste* esta adaptación, si se trata de niños pequeños o de ancianos. Por esto añadiremos algunas palabras sobre unos y otros.

(1) «Dos de mis primeros maestros eran de esta clase, de los que conservo el mejor recuerdo: uno, cirujano incomparable; el otro, práctico excelente.

Erizados de pinchos, siempre en defensa contra todo y contra todos, el verbo rudo o agrio, intransigentes en el servicio, se hacen temer al principio: se espera siempre la invectiva violenta. Con el tiempo se llegaba a amarles, pues siempre que les necesitábamos les encontrábamos dispuestos. Bajo un exterior abrupto se ocultaba una bondad que podía llegar hasta la debilidad. Gruñendo y murmurando sin cesar, estos hombres de deber hacían tanto bien como los más amables, pero duramente y sintiéndolo.» Algunas líneas más arriba se lee: Estos hombres terribles gustan mucho, a las mujeres especialmente; a éstas les place que se las trate rudamente antes de servirlas» (Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, pág. 178).

(2) Dr. Dechambre, págs. 152 y sig.

1.° *El niño pequeño,* gobernado por sus impresiones y sus caprichos, no otorga su confianza ni se muestra dócil si el médico no encuentra el secreto de agradarle, *al modo de una tierna mamá,* por sonrisas, caricias, bromas inocentes, lenguaje apropiado a su edad, y sobre todo *por el arte de utilizar la extrema movilidad de sus impresiones,* es decir, de cambiar a propósito de tono o de objeto y de encontrar muchas veces, si es necesario en algunos minutos, la distracción oportuna que desvíe la atención, disipe el mal humor, seque las lágrimas y triunfe indirectamente de las resistencias, haciendo que el niño no piense más en resistir.

«Muchos niños, es cierto, y casi siempre por falta de educación, *son refractarios* a todos los medios de *persuasión* o de *sorpresa.* HAY QUE EMPLEAR ENTONCES LA FUERZA. Pero este medio, desde que se ha resuelto recurrir a él, ha de llevarse hasta el fin. Importa que el niño comprenda *que no es el más fuerte.* Si el médico se detiene a medio camino, como hace a menudo obligado por la oposición de los mismos padres, se inspira al niño una indocilidad irremediable» (1).

2.° *Con el anciano* son necesarios grandes miramientos; «por la persuasión o por vías indirectas habrá que esforzarse en proveer las indicaciones» (2).

«El niño desconfía porque no sabe nada; el viejo porque sabe demasiado; y se adquiere la confianza de uno y otro casi por los mismos buenos procedimientos. Uno de mis amigos más adictos hoy es un viejecito algo descuidado por su familia a quien le he mandado preparar manjares azucarados y dar cada tarde una copita de anís» (3).

5. BONDAD REALZADA POR UN ÁNIMO ALEGRE. — Naturalmente la bondad del médico no debe ser ruidosa. Pero el enfermo que comienza a mejorar y a triunfar de una grave enfermedad es partidario del buen humor; no le disgusta lo alegre, desenvuelto, vivaz, que eleve la moral y disipe las ideas negras. «La persona del médico debe inspirar confianza a todos, y por lo tanto reflejar una mezcla de dignidad y de dulzura, secundadas en caso necesario por un poco de alegría» (4).

(1) Dr. Dechambre, pág. 238.
(2) *Ibíd.*, pág. 242.
Es manifiesto que esta adaptación es asunto de discernimiento y de *tacto.* El tacto es el don de observación psicológica al servicio del corazón. Es el arte de adaptar las palabras, el silencio, las acciones y las omisiones a las personas con las que se está en relación.
Casi sin razonar, por espíritu de finura, por intuición, el hombre de gran tacto presiente lo que hay que decir y la manera de expresarlo; lo que hay que callar y la forma de no herir al callar; lo que hay que hacer y cómo conviene hacerlo; lo que hay que omitir y la habilidad que conviene desplegar en la omisión misma.
Por esto se ha comparado frecuentemente el tacto a unas antenas morales que, al servicio de la caridad, permiten prever de antemano los tropiezos, las dificultades, los obstáculos. Paul Le Gendre recuerda esta comparación *(La vie du médecin,* pág. 282).
Un tacto exquisito no es una cualidad común, y justo es aplicarle la frase de La Bruyère, algo rebuscada, pero ingeniosa: «Después del espíritu de discernimiento, lo más raro en el mundo son los diamantes y las perlas» (Capítulo XI, *Des jugements*).
(3) Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 59, núm. 55.
(4) Dr. G. Morache, pág. 90.
Conviene que el médico, al corriente de la psicología *del enfermo* en general, penetre tan profundamente como sea posible en la psicología de *su enfermo.*

§ 2. — PACIENCIA INALTERABLE

Una de las formas de la perfecta bondad es la *paciencia,* que hace a la voluntad firme para soportar las contrariedades, las dificultades, los males de todas clases y, en este sentido, se relaciona con la fuerza. «Una paciencia *inalterable* en todo tiempo, en todas las circunstancias, una paciencia que nada pueda destruir» es *indispensable* al médico. Pero es tal vez «de todas las virtudes» «*la más difícil* de adquirir, pues raramente es espontánea en el hombre, aun en el más equilibrado» (1). Lo que aumenta la dificultad es que el médico debe ser paciente, de todas maneras, no solamente para con el enfermo, sino también para con la familia.

110. I. Paciencia para con el enfermo. — Si el médico quiere estar en disposición de hacer el bien al enfermo su paciencia debe ser, por decirlo así, *universal.*

1. PACIENCIA, PRIMERO, como hemos indicado en el núm. **81**, para *escuchar* el relato del origen y del desarrollo de la enfermedad: relato a veces muy largo, confuso, cargado de explicaciones inútiles, muy poco sugestivo, aunque determinados detalles puedan ayudar, algunas veces en gran manera, a establecer el diagnóstico.

2. PACIENCIA LUEGO para encaminar en sus respuestas, enderezar en sus transgresiones, detener suavemente y con buen humor en sus divagaciones, a un enfermo que, *al ser interrogado,* responde mal a las preguntas y se pierde de nuevo en detalles interminables. «Es por lo demás el medio de obtener de él algunas aclaraciones. La brusquedad y la intemperancia embrollan sus ideas, y por consiguiente no puede esperarse de él ninguna aclaración. Por esto es conveniente a veces no insistir, fingir que se ha comprendido y aplazar el interrogatorio hasta otro momento bajo el pretexto de reflexionar» (2).

3. PACIENCIA POR ÚLTIMO para rechazar suavemente, sin «amonestación soberbia», pero, en caso necesario, con una punta de ironía inocente, los ataques del enfermo, que «objeta, arguye, contradice», da consejos, expone sus ideas personales sobre la medicina, o llega incluso a hacer reproches injustos (3).

«En el curso de una conversación paciente, el médico se esforzará en descubrir en cada enfermo el *espíritu verdadero del tiempo de salud.* Disfrazado bajo el trastorno morboso superficial, el fondo psíquico normal... persiste... en estado latente. Conviene hacerlo aparecer, pues únicamente bajo este subsuelo podrá el médico apoyar su influencia sugestiva. Para obrar sobre el ser enfermo podrá apelar a las cualidades fundamentales del hombre en estado de salud» (Noël Hallé: *Eléments de philosophie médic.*, págs. 240 y sig. Véase también *De l'éducation médicale,* págs. 221 y sig.).
(1) Dr. G. Morache, pág. 159.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 156 y sig.
(3) Dr. Dechambre, pág. 157.

Asimismo las ideas personales del enfermo sobre la medicina «pueden tener... *cierto interés*. En todas las creencias populares, leyendas y tradiciones hay siempre un fondo de verdad que se descubre después de alguna investigación y que conviene recoger, aunque no sea más que como un testimonio de las evoluciones del espíritu humano» (1).

Así pues, paciencia para escuchar la exposición del caso, en el interrogatorio, en las visitas, equivale a decir paciencia *universal* e *inalterable*.

4. El medio de adquirir *la virtud* de la paciencia, tan necesaria y tan difícil, *no es en modo alguno la insensibilidad*, que no presta ninguna atención a las repeticiones, a las jeremiadas, a los reproches de los enfermos, y es más fácil a los médicos viejos, cuya paciencia ha sido puesta a prueba tan a menudo. Se puede ser casi insensible sin tener la virtud de la paciencia, y se puede sentir vivamente sin herir esta virtud.

El verdadero medio de practicar la virtud *moral* de la paciencia es el *de no ver ante sí más que a un enfermo* al que es necesario demostrar, siempre y a pesar de todo, una *bondad indulgente y compasiva*.

El médico *indulgente* perdona y soporta con menos trabajo las pretensiones, a veces vanidosas, y las extravagancias de un enfermo que ha conservado, supongámoslo así, toda su lucidez de espíritu, pero ha perdido, por el hecho mismo de su enfermedad, el *perfecto dominio de sí mismo*. En un tal enfermo son muy excusables estas observaciones inofensivas respecto a un asunto tan personal y del que depende quizá su vida.

El médico *compasivo* se guarda de añadir, con réplicas impacientes y altaneras, un nuevo sufrimiento a los que ya padece un pobre hombre al que la violencia del mal ha puesto fuera de sí (2).

111. II. Paciencia para con la familia. — So pretexto de pedir informaciones, la familia, al igual que el enfermo, se atreve a veces a dar consejos y llega hasta las recriminaciones.

En esto también el *secreto* de soportar más fácilmente injerencias desagradables consiste en ver la realidad tal como es, y por consiguiente decirse que los parientes, *presas de las más vivas inquietudes* sobre la suerte de una persona tiernamente amada, merecen *gran indulgencia*. No hay que tenerles ojeriza porque digan tonterías, sugieran remedios, se permitan observaciones, que son otros tantos reproches más o menos disimulados.

En lugar de indignarse, el médico opondrá a todo ese flujo de palabras un silencio significativo, algunos movimientos de cabeza, algunos vocablos poco comprometedores: *sí, no, bien, gracias, veremos*. «Este medio tiene éxito porque llega a ser para los inconsecuentes la causa de una pequeña mortificación. *Nélaton*, que tenía la finura normanda aunque nacido en París, sobresalía en este juego. Salió un día de una casa sin haber dado el nombre de una enfermedad que le habían preguntado en cinco o seis ocasiones. Su *tal vez* y su *sí, sí* perpetuos cansaron a los curiosos» (1).

(1) Dr. G. Morache, pág. 160.

(2) Con mayor razón es lo bastante dueño de sí mismo para no enfadarse por una broma, algo picante, pero respetuosa de su dignidad. Un médico cirujano, muy distinguido, cuida a su obispo, postrado por un primer ataque de parálisis. Cree su deber aprisionar en un aparato muy molesto una de las piernas de Su Excelencia. Al cabo de un día o dos, Monseñor no lo soporta más y se hace quitar el instrumento de suplicio. A la mañana siguiente, con una amable sonrisa, dice a su médico: «Doctor, ¿cómo ha podido usted tratarme de este modo, siendo presidente de la sociedad protectora de animales?» El médico, que no esperaba esta salida, hizo una mueca interior, pero tuvo el buen gusto de sonreír exteriormente. Al salir de la habitación se contentó con decir: ¿quién diablos ha podido decirle que soy presidente de la sociedad protectora de animales?

§ 3. — Gran firmeza

La bondad y la paciencia que acabamos de describir no excluyen la *firmeza* necesaria para asegurar el bien del enfermo (2). A veces la firmeza debe llegar hasta la *intimidación*, ora para triunfar de la indocilidad, ora para desenmascarar las supercherías de un falso enfermo, ora para impedir, en un hospital por ejemplo, que una enfermedad nerviosa se propague por vía de imitación contagiosa. En este párrafo hablaremos de la intimidación desde un primer punto de vista únicamente: la conducta para con los falsos enfermos se indicará en el capítulo X.

112. I. Firmeza inquebrantable pero razonable. — Una *gran firmeza* es indispensable para lograr que el enfermo se someta *dócilmente, con constancia y perseverancia*, a pesar de su inconstancia innata y sus caprichos, a un tratamiento tal vez penoso, tal vez largo y fastidioso, pero tan necesario para el restablecimiento de la salud como lo es un camino para llegar al término del viaje. Naturalmente esta firmeza no sólo debe ser *inflexible*, sino también *razonable*: el médico que quiera ser obedecido sólo debe prescribir lo que es útil y prohibir lo que es nocivo.

1. Firmeza inflexible. — «Lo que el médico debe combatir con energía, con perseverancia, en interés mismo del tratamiento, es la *inconstancia del enfermo*, siempre oscilante entre varios caprichos, ansioso y desorientado, cansado de un medicamento antes de haberlo usado, dispuesto sin cesar a cambiar un remedio por otro y persuadido de que la curación se halla en el término de estas deplorables tergiversaciones. Nuestro deber, por el contrario, es mantener nuestras prescripciones con orden y duración, y demostrar que el retorno a la salud sólo es posible por un tratamiento bien concebido y aplicado con orden y perseverancia» (3).

(1) Dr. Dechambre, págs. 157 y sig.

(2) La *bondad* no es necesariamente debilidad, y la *paciencia* gravita en torno a la virtud cardinal de fuerza, que, en sentido amplio, es firmeza de alma en el cumplimiento del deber. Las líneas siguientes precisan las relaciones de la paciencia y la fuerza, considerada en un sentido más restringido.

«Estas dos virtudes ayudan, una y otra, a sufrir los males procedentes del exterior. Los *pequeños males*, que se experimentan a cada instante, importunan, irritan, fastidian, hacen sufrir..., engendran lasitud y tristeza. Para no dejarse invadir por ellos es necesario *paciencia*. Los males *más considerables* someten a una prueba más ruda... Para conserva la serenidad... no basta ya la paciencia: es preciso tener *fuerza* de ánimo...». «Además de la resistencia a las dificultades», la fuerza tiene «otro acto que es la intrepidez en la acción... La paciencia sólo se refiere directamente a la tolerancia...» (*D. T. C.*, artículo «Paciencia»).

(3) Dr. Surbled: *La morale...*, tomo III, pág. 199.

Igualmente, el médico estará tanto más autorizado a usar de una firmeza inquebrantable, cuanta más bondad, longanimidad y condescendencia haya demostrado y demuestre cada día.

2. FIRMEZA RAZONABLE. — 1.° El médico *impondrá* los remedios *necesarios:* aquí su papel es, en el sentido propio, *ordenar* y *prescribir*.

2.° Se ingeniará para hacer *aceptar* los remedios *simplemente útiles;* excitar el amor propio del cliente, decirle por ejemplo: hay un remedio muy útil, pero no sé si tendrá usted bastante constancia para aplicarlo, etc.

3.° No prohibirá con obstinación lo que sea *inofensivo*. Un paciente «pide con insistencia drogas muy renombradas, pero tan desprovistas de acción como de peligro: se guardará muy bien de contrariarle, y hasta podrá adelantarse a sus deseos» (1). Es el caso de recordar que *la imaginación ejerce una gran influencia sobre el organismo,* y que el médico «puede y debe aceptar todo lo que pueda obrar sobre la moral del enfermo» (2).

4.° Finalmente sería dar pruebas, no de firmeza, sino de testarudez «grosera e intratable», dedicarse sin razón *a contrariar al enfermo en sus gustos,* a riesgo de exponerle a satisfacerlos a escondidas. «Es prudente, sin embargo, detenerse en las concesiones *más acá* de la justa medida, porque el enfermo excederá muy probablemente la que se le habrá asignado» (3). No obstante, si el enfermo es de perfecta docilidad, se podrá se más magnánimo. Como siempre, todo es cuestión de tacto y de experiencia.

113. II. Intimidación. — La firmeza, la dulzura, con frecuentes testimonios de simpatía y con paciencia, no siempre vence la indocilidad de ciertos enfermos. Entonces precisa recurrir a la *intimidación*.

Los procedimientos morales de intimidación varían según las circunstancias y las personas. Pero tienen *de común* que consisten en amenazar al cliente con perder, en BREVE PLAZO, *lo que desea absolutamente conservar*. Así un enfermo, *muy inclinado a su médico, será sensible al anuncio* de un próximo abandono; una *joven de sociedad,* deseosa de agradar, se emocionará si se logra inspirarle serios temores respecto a su belleza; una *madre de familia,* que ama a su marido y a sus hijos, escuchará el reproche de faltar al amor conyugal y maternal; un *sabio* se inquietará ante la perspectiva de achaques precoces perjudiciales para sus trabajos, y *nadie* hay a quien el anuncio de una muerte próxima no haga reflexionar. «Patín cuenta cómo decidió a una mujer a tomar alimento anunciándole crudamente su muerte próxima.» Pero *este supremo argumento* es de empleo penoso. Por otra parte está sujeto a efectos inesperados, como una sacudida violenta del sistema nervioso, ideas de suicidio, sobre todo cuando se trata de una enfermedad crónica, etc. Por esto dicho medio exige tanta perspicacia como prudencia. Para el éxito es necesaria mucha autoridad personal. Por parte de un médico joven pasaría fácilmente por una ligereza» (4).

(1) Dr. Surbled, págs. 198 y sig.
(2) Dr. G. Morache, pág. 160.
(3) Dr. Dechambre, pág. 158.
(4) Dr. Dechambre, pág. 160.

ARTICULO III

CUALIDADES DEL HOMBRE BIEN EDUCADO

Hemos dicho ya (núm. 55) que el hombre de buena educación, de buen aspecto, de distinción, se reconoce a primera vista por su *perfecta simplicidad* y su *entera discreción*.

Estas dos cualidades no deben ser extrañas al médico. Le son necesarias para evitar graves defectos y ganar la afectuosa confianza de los enfermos. En el capítulo IV hemos insistido ya en esta necesidad. Bastará, pues, añadir aquí algunas palabras.

114. I. Simplicidad. — El médico debe, desde su primera visita, inspirar respeto y consideración: el respeto a su persona, la consideración para su arte. Pero debe *esforzarse asimismo en conquistar los corazones* para que se abran naturalmente a la confianza y a la docilidad.

Con la habilidad profesional y la bondad compasiva, el *mejor medio* de hacerse amar y respetar a la vez es una *perfecta simplicidad,* una simplicidad que excluya lo rebuscado, la afectación, el disimulo, y, sin llegar hasta el abandono y aun menos hasta la familiaridad, *ponga tanta atracción y cordialidad* en las relaciones que todos se sientan a sus anchas desde el primer momento (1). Inútil es insistir sobre estas ideas que hemos ya desarrollado.

115. II. Discreción y reserva. — La discreción *consiste* en no revelar los secretos confiados, en no inquirir secretos que no se tiene derecho a conocer, en manifestar en las palabras y en los actos la moderación juiciosa del hombre prudente y lleno de tacto.

En el capítulo XXII hablaremos de la discreción que guarda las confidencias, y es, por decirlo así, su tumba; en el capítulo IX, de la circunspección en las palabras, que tan bien se alía con la veracidad y la franqueza. Aquí consideraremos muy brevemente la discreción que sabe *refrenar el deseo de conocer* y cerrar los ojos cuando no conviene abrirlos.

1. EL MÉDICO DEBE PROHIBIRSE las *preguntas indiscretas,* es decir, las investigaciones inútiles para el objeto que se propone y destinadas a satisfacer una vana curiosidad. No se le admite en una familia para que intente sorprender sus secretos. Si por casualidad, o por indiscreción de uno de los parientes, descubre lo que no le importa, debe, en sus relaciones con el enfermo, aparentar que no sabe nada. Cualquier otra conducta le

(1) «El enfermo nos debe confianza, tanto por sí mismo como por nosotros. Esta confianza hace milagros. No he conocido a nadie que supiera inspirarla como mi padre, con su fisonomía de bondad en la que se leía tan claramente una simpatía verdaderamente paternal, inteligente y fuerte: parecía emanar de él una acción bienhechora que inmediatamente serenaba el ambiente y restablecía la calma con la esperanza. He visto enfermos que se transfiguraban al acercarse él» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 120, núm. 119).

haría pasar justamente por persona de mala educación. Un hombre de buena educación, y que sea médico, no mira, por ve todo lo que tiende a su fin (1).

2. DISCRETO EN SUS PALABRAS, *el médico debe además ser discreto en sus actos.* En particular, lo que decimos de los interrogatorios debe extenderse con mayor motivo a los *exámenes corporales* que no tendrían ninguna razón de ser. Obrando de otro modo el médico faltaría por lo menos al respeto que se debe y al respeto que debe a sus clientes.

116. CONCLUSION del capítulo. — Considerando el conjunto de las cualidades que acabamos de agrupar y describir, parece que exigimos de los médicos, *más de lo que comporta la debilidad humana,* más de lo que puede suministrar un hombre que tiene todos los defectos de la humanidad y que no es, gracias a la profesión médica, un ser excepcional.

«Este argumento especioso — dice el Dr. Morache — *no tiene el valor que se le podría atribuir.* Ciertamente, grandes son las cualidades que deben exigirse al médico; pero son infinitamente menos raras de lo que se supone. Todos los hombres que han visto y observado podrían afirmar *que. han conocido médicos* que reproducen este ideal... A menudo eran modestos médicos de pueblo, ignorados prácticos de la ciudad, algunas veces celebridades. Se encuentran en todos los grados de la jerarquía profesional. Existen; *por lo tanto, otros* pueden imitarles» (2).

(1) Sin tratar de sorprender los secretos, el médico introducido en una familia debe esforzarse en ver todo lo que pueda informarle sobre la *psicología de su enfermo,* pero se guardará de toda semejanza con el *Dr. Finuras.*

«Le encontré hace unos días a la cabecera de una cliente suya. Sacando su reloj y tomando el pulso de la señora, dijo: «He aquí un pulso que me anuncia que ha comido usted una manzana. Si por lo menos hubiera sido una manzana cocida, pero no, era una manzana cruda.»

«¿Querría usted indicarme — le preguntó ya en la escalera — cómo advierte usted las manzanas crudas en el pulso?» «¡Pst! Había visto las pieles en el orinal, debajo de la cama.» También yo las había visto, pero había notado al mismo tiempo una ojeada — todo un poema — lanzada furtivamente por la enferma a su marido, que era quien se había comido la manzana. Indudablemente conviene ver las cortezas — un médico tiene que verlo todo —, pero no hay que exponerse a romperse la crisma con ellas.» (Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 37. núm. 42).

(2) Dr. G. Morache p. 161. — Se os permiten algunos retoques ligeros... Pero hecho esto, ¿no os gustaría pareceros por ejemplo al Dr. *Irenée?*

«Hace ya mucho tiempo que cuido a mi colega *Irenée,* a sus hijos y a su mujer. Sé por ella y por otros el bien que hace, de un día a otro, este hombre de alma amante: consultas gratuitas cotidianas en su despacho; visitas frecuentes a domicilio, doblemente meritorias por una antigua ciática que le hace penosas las escaleras. Aunque muy ocupado, ha estado y estará siempre a los bordes de la pobreza; y, según me han dicho, cada fin de mes es muy elevada la factura del farmacéutico, la factura de los medicamentos que distribuye en el curso de sus visitas. En vano los suyos le reprenden, le suplican que cambie de modo de ser y le demuestran como se abusa de él. Promete corregirse; hace firmes propósitos, pero, débil por naturaleza, feliz al ver iluminarse los rostros cuando él llega, y ebrio de benevolencia hasta el punto de olvidar los intereses de su propia familia por los de personas indiferentes, reincidirá, yo así lo imagino, hasta su último día, en su pecado de bondad» (Maurice de Fleury: *Le médecin,* pág. 67; véase también, pág. 68, el retrato de *Norbert*; págs. 70 y sig., el medallón de *Potain*).

CAPITULO IX

VERACIDAD Y FRANQUEZA NECESARIAS

117. Objeto y división. — I. OBJETO. — *En el capítulo precedente* hemos omitido, a propósito, *dos cualidades* que exigen particular desarrollo: la veracidad y la franqueza en las palabras.

1. ES FÁCIL definir la *veracidad,* que se refiere de lejos a la justicia y que consiste en no mentir: el hombre *verídico* se guarda de mentir; tiene el constante hábito de no decir nunca lo contrario a la verdad, de no hablar nunca contra su pensamiento.

2. PERO ES MÁS DIFÍCIL definir la *franqueza* sin confundirla con aquella intemperancia de lenguaje, que, a la vez indiscreción y falta de tacto, habla *sin discernimiento,* dice a la gente verdades que hieren y cae en la exageración estigmatizada por Molière:

Il est bien des endroits où la pleine franchise
Deviendrait ridicule et serait peu permise (1).

La tarea es, sin embargo, más fácil si reflexionamos que la *prudencia* puede algunas veces transformar en virtud lo que sin ella sería un vicio. Esto es precisamente lo que ocurre con la franqueza. *La franqueza de buena ley,* que es una cualidad y hasta una virtud, es el hábito de decir abiertamente y tal como es, *pero con prudencia,* la verdad. En otros términos, es el hábito de decir sin rodeos, *pero en tiempo oportuno* y con los miramientos necesarios, las verdades que importa o por lo menos que conviene decir.

Así entendida, la franqueza no permite nunca mentir; pero lejos de prohibir, ordena a menudo, en nombre de la prudencia, disimular una verdad intempestiva, cuya manifestación correría gran riesgo de ser nociva. En realidad es una de las formas que reviste la veracidad.

El objeto de este capítulo es demostrar que una completa *veracidad,* y que una *franqueza* al mismo tiempo valiente y prudente, son virtudes indispensables para el médico.

II. DIVISIÓN. — La cuestión es *compleja.* Pero es posible reducirla a *tres puntos.* ¿Puede el médico en ciertas circunstancias *mentir* al enfermo o a su familia, y por lo tanto hablar contra su pensamiento?

(1) *Le misanthrope,* I, 1.

Si nunca puede mentir en el sentido propio de la palabra, ¿puede bastante a menudo *disimular* la verdad?

¿Debe a veces *decir toda la verdad*, o por lo menos *parte* de la verdad, aunque ésta sea dura de oír?

Mentira, disimulo de la verdad, obligación de advertir a un cliente la gravedad de su estado; tales son los *tres párrafos* de este capítulo.

Claro está que generalmente se trata en todo esto de una enfermedad *mortal*, o por lo menos susceptible de acarrear *graves consecuencias*.

Claro está igualmente que el médico con bastante frecuencia podrá, y a veces deberá, ser menos reservado con la familia del enfermo que con el mismo enfermo.

§ 1. — De la mentira propiamente dicha

¿Puede el médico *mentir, en el sentido propio* y riguroso de la palabra, al enfermo o a su familia?

Propuesta así la cuestión requiere necesariamente una *respuesta negativa*, que sin embargo conviene entender bien.

118. I. Principio. — La *mentira*, que consiste en decir a sabiendas lo contrario de lo que se piensa (1), está *siempre prohibida. Nunca* está permitido afirmar como verdadero lo sabido como falso, negar lo que se sabe real, dar por cierto lo que es dudoso, o por dudoso lo que está fuera de duda.

Pero importa mucho no confundir con la mentira lo que *sólo tiene su apariencia*, y puede por consiguiente ser legitimado por una *causa justa*.

Tenemos que *demostrar* brevemente la primera de estas dos proposiciones y *explicar* algo más extensamente la segunda. Esta explicación nos llevará a derivar una *conclusión* en el curso de la cual daremos de la mentira una definición más precisa.

119. II. Prueba y explicación. — 1. Prueba. — La mentira propiamente dicha está *siempre* prohibida, aunque no sea una falta grave sino cuando produce injustamente un grave perjuicio.

La palabra, en efecto, y los gestos han sido dados al hombre para expresar su pensamiento y corresponder, *con toda seguridad*, con sus semejantes (2). Si estuviera *permitido a veces* desviar el lenguaje de su fin natural se acabaría la *confianza mutua*, indispensable a la tranquilidad y al buen orden de la sociedad humana. De dos interlocutores, uno se persuadiría fácilmente de que está en las condiciones requeridas para usar de la mentira, y el otro temería a cada momento ser inducido a error por un hombre que se *creería autorizado* a hablar contra sus más íntimas convicciones.

La mentira es, pues, *intrínsecamente* mala. *Por consiguiente* nada podría legitimarla por parte del médico, ni aun la intención, en sí laudable, de mirar por el enfermo y evitarle emociones demasiado fuertes. El mejor de los fines no justifica el empleo de medios malos por sí mismos.

Si es así, ¿de dónde viene que *numerosos médicos*, pensando justamente que debe haber un *medio legítimo* de no alarmar al enfermo, y no viendo, para lograr este objeto, sino la mentira, declaran muy alto *que está permitido, y aun es obligatorio, mentir* a un cliente en grave peligro, y subscriben plenamente, si no la etimología fantástica, por lo menos la doctrina contenida en estas líneas de Dechambre: «¿Es *deber* del médico apelar, en la cabecera del hombre que sufre, al cortejo de estas vanas imágenes que los antiguos hacían salir de un palacio de marfil, al cortejo de las ilusiones y los sueños *(songe)*, y también a la mentira *(mensonge)*, puesto que esta cosa tan fea es, como dice la palabra misma, sueño del espíritu»? (1).

Respondemos que estos médicos no distinguen, como conviene, lo que es *realmente* mentira y lo que sólo tiene su *apariencia*. Por esto derivan una conclusión inexacta de una doble aserción: una verdadera, otra falsa. *Es cierto* que debe haber, y lo hay, según la ley natural, un medio legítimo de tranquilizar al enfermo. Pero *es falso* que este medio sea la mentira.

Es lo que vamos a demostrar, distinguiendo lo que *es* y lo que *parece ser* mentira.

2. Explicación. — El verdadero medio de conciliar los intereses del enfermo con los derechos de la verdad es no confundir la mentira con lo que sólo tiene su apariencia.

Es quizá tener el aire de mentir, pero seguramente no es *mentir*, el decir, *por una justa razón* (2), palabras de doble sentido o también palabras de significación precisa en apariencia, que una persona *prudente y avisada* se guardará, si tiene en cuenta todas las *circunstancias*, de tomar en sentido literal. Un abogado no miente cuando, interrogado sobre un hecho que debe callar, responde, para no traicionar el secreto profesional, *que no sabe nada*, absolutamente nada. Su interlocutor indiscreto no tiene ningún trabajo en adivinar que no puede y no quiere decir nada.

(1) Conservamos la definición tradicional: mentir es hablar voluntariamente contra el propio pensamiento. La mentira es, en suma, un abuso y una profanación de la palabra.

(1) La *mentira* es, por lo tanto, opuesta: 1.º, al fin natural y esencial del lenguaje; 2.º, al buen orden de la sociedad. De ahí su malicia moral. «El orden natural de la palabra es impuesto al hombre como necesario... Este orden exige que siempre que sea emitida como significativa, la palabra no significa lo contrario de lo que está destinada a significar» *(D. A. F. C., Restriction mentale et mensonge*, col. 964).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin*, págs. 196; 222.

(2) *Si no existe una razón justa*, el auditor no tiene motivo alguno para entender en el sentido literal lo que se le dice: por consiguiente el que habla es culpable de mentira.

Apliquemos este principio de buen sentido al *enfermo*. El enfermo sabe, *o debe saber*, que se le oculta, a causa de su estado, todo lo que puede deprimirle, y que se hace todo lo posible para levantarle la moral. Si es, pues, *prudente* y *avisado*, no tomará muy en serio las esperanzas de curación, de mejoría, de prolongación de la vida que le dará su médico. Se dirá que son buenas palabras de las que haría mal en fiarse (1).

¿Debe sacarse de ello la conclusión de que el médico podrá, sin riesgo de mentir, decir *siempre* al enfermo lo contrario de la verdad? Sería una exageración manifiesta. La conclusión es completamente diferente.

120. III. Conclusión. — La *verdadera conclusión* es ésta: el médico mentirá siempre, y *únicamente* siempre, que diga lo contrario de la verdad, *sin que los términos* de que se sirve o las *circunstancias* puedan en modo alguno informar sobre su pensamiento íntimo a un enfermo prudente y avisado.

Esta conclusión deriva de la *definición de mentira*, bien comprendida y explicada. En el sentido propio y riguroso de la palabra, la mentira consiste en decir a sabiendas, con o sin intención *expresa* de engañar, lo contrario de lo que se piensa en términos y circunstancias que sean *de naturaleza* susceptible de inducir a error a un hombre prudente y circunspecto.

Demos un ejemplo indiscutible. He aquí a un enfermo sin esperanzas que sospecha más o menos la gravedad de su estado. Muy enérgico y fundamentalmente religioso se dirige a su médico: «Doctor, no le pido a usted buenas palabras. No temo a la muerte, pero tengo la obligación, antes de comparecer ante Dios, de poner mis asuntos perfectamente en regla. *Dígame usted francamente si estoy en peligro* y si debo, según sus previsiones, morir pronto. Apelo a su lealtad, no me oculte nada.»

El médico que en esta situación respondiera falsamente que no hay ningún peligro *mentiría gravemente* y sería del todo inexcusable. Diría en efecto lo contrario de la verdad, *sin que ninguna circunstancia* pudiera manifestar su verdadero sentimiento.

121. IV. Caso de conciencia. — A la luz de los principios que acabamos de exponer, el lector decidirá fácilmente y por sí mismo si hay o no mentira en el *caso siguiente:*

El doctor Luis es consultado por el joven *Antonio*, quien, después de numerosas faltas contra la castidad, ha perdido todo imperio sobre sí mismo y siente a cada instante escapársele su voluntad que resbala como agua ligera por entre sus dedos. El buen doctor le persuade de que se deje hipnotizar,

(1) *En este caso* no hay mentira, pues un *enfermo* prudente y avisado puede descubrir el verdadero sentido de las palabras, que es éste: no os inquietéis. En cuanto al *médico*, tiene una razón legítima para *disimular* la verdad en sus temores fundados de abatir la moral del enfermo. Dadas las circunstancias, sus buenas palabras no son sino una prudente *disimulación* de la realidad.

asegurándole que la hipnosis le devolverá el vigor y la fuerza a sus nervios. *En realidad* el médico tiene miras más elevadas, y pretende, al suprimir la *tiranía* del hábito vicioso, curar el cuerpo por la curación del alma. Duerme a su cliente, y por sugestiones reiteradas lo más enérgicas posible *le prohibe los contactos ilícitos* y toda relación sexual. Al despertar, encuentra Antonio alguna energía en su voluntad y no se siente ya arrastrado al vicio por una fuerza casi irresistible. La razón y la fe acaban poco a poco lo que la hipnosis prudentemente conducida ha comenzado. De suerte que el joven logra triunfar plenamente de sus pasiones. Un año más tarde se casa y mantiene en el matrimonio la fidelidad conyugal (1).

Se pregunta si el Dr. Luis es, a pesar de sus buenas intenciones, *culpable de mentira*.

§ 2. — Disimulación de la verdad

De lo que acabamos de decir se deduce claramente que el médico, si no puede *nunca* mentir, está *a menudo* autorizado a *disimular la verdad* para no asustar al enfermo y retrasar la curación, y hasta a precipitar un desenlace funesto, por lo demás inevitable.

Nos falta precisar *en qué casos* un médico, perfectamente honrado, puede disimular, no sólo la naturaleza, sino la *gravedad* del mal.

Después de haber enunciado el principio lo explicaremos.

122. I. Principio. — En el curso de una grave enfermedad, mientras haya *esperanza de curación* y peligro bastante lejano, o también en tanto el peligro de muerte, probable o tal vez cierto, no sea *próximo ni*, como ocurre en ciertas afecciones crónicas e incurables, *continuo aunque latente*, el médico puede ocultar al enfermo y a su familia la verdad, *si no se le ha puesto claramente en situación* de pronunciarse sobre la naturaleza y la gravedad del mal. He aquí lo que llamamos, en el buen sentido de la palabra, *disimulación* de la verdad.

Obligado a pronunciarse, tomará consejo de las *circunstancias*. La principal de éstas es el *temple del carácter* del enfermo.

El médico *dirá, pues*, con todos los miramientos requeridos, la verdad si el enfermo tiene energía suficiente para oírla sin perder todo el vigor moral. La *disimulará*, sin mentir, si teme una impresión demasiado viva, y sobre todo una impresión duradera que, de rechazo, prive al enfermo de sus mejores fuerzas de resistencia a los asaltos del mal.

(1) *He aquí lo que leemos* en el R. P. Coconnier *(L'hypnotisme franc*, pág. 308). «El venerable *Dr. Ozanam*... confió a un amigo, que me lo ha repetido, que cuando por casualidad encontraba, al ejercer su arte en París, a jóvenes abismados en el vicio hasta el punto de haber perdido toda energía de reacción, así como todo sentido moral, los hipnotizaba, y *lograba a menudo por este motivo reincorporarles a una vida correcta desde el punto de vista de los actos;* esto le permitía a continuación trabajar con éxito en la curación del cuerpo y del alma» (Véase más adelante, cap. XIV).

123. II. Explicación. — El principio que acabamos de exponer no debe contradecir en nada a lo que diremos en el § 3 de la muy seria obligación que incumbe al médico de advertir de la gravedad de su estado a todo enfermo en peligro, *aunque sólo sea probable,* de muerte *próxima.* Además hay motivo para establecer una distinción entre el enfermo y su familia: la familia puede algunas veces soportar lo que el enfermo no podría oír. Esta *doble consideración* es la que nos guiará en la explicación.

1. Casos para examinar más tarde. — Separamos resueltamente *dos casos* que serán considerados en el § 3: primero, el caso de un peligro, aun solamente probable, de muerte *próxima;* luego, el de un peligro *continuo* a consecuencia de una enfermedad incurable, que en cualquier momento puede producir una muerte súbita como ciertas afecciones cardíacas.

2. Casos considerados ahora. — Sólo retenemos *dos casos*: el de una enfermedad grave que deja una *seria esperanza de curación* y no inspira, de momento, ninguna inquietud; el caso de una enfermedad mortal que de momento no hace temer un desenlace *próximo.* En una palabra, hay en el primer caso esperanza fundada de restablecimiento, y, en el segundo, peligro y hasta certidumbre de muerte; pero el médico no teme *en plazo breve* una terminación fatal. Gravemente afecto, por ejemplo del pecho, el cliente no curará, pero está moralmente seguro de que resistirá largo tiempo.

3. Disimulación permitida. — En los dos casos objeto de nuestro examen, puesto que la curación es *probable,* o por lo menos el peligro de muerte es *bastante remoto,* el médico, al disimular por su silencio o sus buenas palabras la verdad, *no compromete* los graves intereses temporales o espirituales que deben predominar sobre la seguridad del enfermo: el disimulo de la verdad *no impedirá reglar a tiempo* estos intereses de la vida presente y de la vida futura.

En estas condiciones y en tanto dure esta situación, nada se opone a que el médico use un prudente disimulo si prevé una emoción demasiado intensa y persistente que tal vez podría ser obstáculo a la curación, o, en una enfermedad incurable, podría apresurar el desenlace, y algunas veces, aunque esta eventualidad sea rara, llevar al suicidio (1).

4. Confidencias a la familia. — El médico podrá *a veces* sin inconveniente guardar menos reserva con las personas que se interesan por el enfermo y le rodean de sus cuidados.

(1) *Se comprende en qué sentido* y por qué razones nos separamos del señor *Lelient.* «El señor Lelient..., no queriendo tener en cuenta las condiciones de oportunidad, no admite (siempre por horror a la mentira) que el enfermo sea engañado nunca ni sobre la naturaleza ni sobre la gravedad de su mal, «aun con el fin de beneficiar a su salud». *Si este mal es incurable,* declarárselo *sin rodeos:* se resignará y acabará por no temer siquiera a la muerte» (Dr. Dechambre, págs. 195 y sig.).

Si esta exposición, del Dr. Dechambre, es exacta y suficientemente matizada, hay que confesar que el señor Lelient es *demasiado severo,* sin duda porque no distingue con claridad suficiente lo que es mentira y lo que es disimulo de la verdad.

Desde luego no está permitido *engañar positivamente* al enfermo. Pero el médico no está *siempre* obligado a disipar ilusiones bienhechoras. Hasta puede *a veces mantenerlas* con palabras que un hombre prudente se guardaría de tomar como expresión de la estricta verdad.

1.° *Si puede contar con el silencio* de tal o cual miembro de la familia, próximo pariente de su cliente, nada le impide confiarle sus aprensiones, recomendándole el secreto.

2.° *Si teme una indiscreción,* se manifestará mucho más reservado; y se mantendrá completamente callado si cree comprender que los que rodean al enfermo tienen algún interés en su muerte y la desean más que la temen.

Desconfiemos, triste es decirlo, pero desconfiemos, en uno u otro sentido, de los casos en que los allegados tienen algún interés en la muerte. Las cuestiones de interés no son de nuestra incumbencia. Debemos separarnos de ellas completamente, pero, defensores natos de la vida humana, tenemos el derecho, sin embargo, de saber si, por *una comunicación brutal e intempestiva,* no se precipitará una solución digamos «*aceptada*» (1).

§ 3. — Obligación de advertir

Hasta aquí hemos hecho ver que la *veracidad* debe figurar entre las virtudes del médico: éste, como todo el mundo, no está autorizado a *mentir.*

Por lo demás, nada hay en esto que le dificulte el ejercicio de su profesión. Si la veracidad prohibe la mentira, no prohibe en modo alguno una *disimulación prudente* de la verdad. Cualquiera puede ocultar, *por una causa justa,* lo que conviene callar, y nadie hay que, *por un motivo razonable,* no pueda permitir el error en el prójimo: me refiero a un error que un espíritu prudente y avisado evita sin grandes dificultades. Unicamente el médico tiene más a menudo que los demás *buenas razones* para velar la verdad: por esto hemos indicado *en qué casos* la puede disimular. Este es todo su privilegio, si es que hay privilegio en ello.

En este párrafo 3.° investigaremos *en qué circunstancias* tiene el médico la obligación de decir la verdad a su cliente y de hacer acto de *franqueza.*

El principio que propondremos requerirá algunas explicaciones.

124. I. Principio. — 1. Es para el médico una *obligación grave,* si no de justicia por lo menos de caridad, advertir a tiempo de la gravedad de su estado, y avisar, por sí mismo, por la familia o por el confesor, al enfermo gravemente afecto; es decir, prevenirle *inmediatamente de que hay para él peligro,* aun solamente probable, *de muerte* próxima o de muerte *súbita* (2).

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 227.

(2) En esto están de acuerdo todos los moralistas; y *muchos médicos,* por no decir la mayoría, son de la misma opinión.

Bastará una triple cita.

1.° «Cuando vuestro cliente esté realmente en peligro, sin que él ni su familia lo sepan, debéis abrir los ojos a esta última con todas las consideraciones adecuadas, eligiendo para confidente a la persona más ponderada» (Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* página 368).

En efecto, es de primera necesidad que el enfermo, *en plena posesión todavía de sus facultades,* pueda poner en orden sus asuntos temporales de gran importancia y sus asuntos espirituales, es decir, recibir en el momento conveniente, si es católico, los últimos sacramentos, o, si no lo es, arrepentirse de sus faltas y, en caso necesario, reconciliarse con Dios por un acto de contrición perfecta.

2. Sin embargo, el médico está *dispensado* de advertir en *cuatro casos,* aunque haya peligro, por lo menos probable, de muerte próxima:

1.° *Si tiene la seguridad* de que el enfermo ha puesto en orden sus asuntos temporales y espirituales y no desea nada más.

2.° Si sabe que el enfermo ha arreglado ya sus asuntos temporales *y no quiere en modo alguno* oír hablar de religión.

3.° Si teme, por parte del enfermo, una *desesperación violenta* que le impulse al suicidio.

4.° Si teme para él mismo, y no sin causa, graves inconvenientes.

En una palabra, el médico puede callarse si la advertencia es, *o* plenamente inútil (1.° y 2.°), *o* a la vez inútil y nociva (3.°), *o* tal vez útil, pero con seguridad muy peligrosa (4.°).

Una causa que dispense al médico de advertir no le autoriza para *mantener positivamente* en su cliente *falsas esperanzas de curación.*

Por lo menos no podría obrar de esta suerte con un enfermo *que no se preocupa de su salvación eterna*: sería quitarle la única probabilidad que le queda de concentrarse y arrepentirse de una vida culpable. En circunstancias tan decisivas el médico que no puede hablar claramente debe dar a entender, *por su actitud,* que la hora es grave (1).

2.° «Cuando el médico presienta un peligro *próximo,* o con mayor razón *inmediato,* conviene que advierta a los que rodean al enfermo. Es indispensable que alguien esté prevenido, aunque esta persona debiera ser solamente el piadoso intermediario entre el que ha juzgado y el condenado, al que no puede advertir directamente» (Dr. Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* pág. 104).

3.° «El enfermo en peligro debe ser advertido en tiempo oportuno de que ha llegado el momento de poner en orden sus asuntos temporales y espirituales. ¿Quién le debe esta advertencia caritativa? Normalmente, su familia: esto es evidente...» No aceptéis, pues, la misión de advertir, «y aceptadla solamente como deber si ello es absolutamente preciso, por falta de *valor, tacto* o *voluntad* de aquellos a quienes incumbe naturalmente» (Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* págs. 53 y sigs., núm. 60).

(1) *Es decir bastante* que no podemos aprobar la línea de conducta señalada al médico por el Dr. Dechambre.

«Para los que luchan violentamente, con una especie de rebelión, contra las garras de la muerte; para estas *mujeres de placer* que piden auxilio con una voz desesperada, que os imploran con ojos extraviados, que se cogen a vuestras manos, a vuestras ropas como para evitar un precipicio, únicamente es eficaz una *atrevida promesa de salvación* seguida del empleo de algunos medios paliativos. En el paroxismo de la desesperación, la mera dulzura, las palabras tiernas, no tienen ya efecto: a menudo no hacen más que aumentar la irritación» (Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 222).

Semejantes consejos serían prudentes *si todo terminara con la muerte;* pero, *puesto que hay una vida futura,* «la acción moral» del médico no podría, como pretende el mismo autor, «tener por *objeto único* facilitar o disfrazar el terrible paso» *(Ibid.,* pág. 221). *Ante todo,* debe tratar de asegurar, si es posible, la dicha eterna prometida únicamente a los amigos de Dios. En realidad hay en esto dos conceptos en pugna: el concepto de que la muerte es pura y simplemente un *fin;* el concepto de que la separación del alma y del cuerpo es un *comienzo;* el comienzo de la vida eterna.

125. II. Explicación. — Para explicar el principio que acabamos de enunciar basta ilustrar mejor la gravedad de la obligación; su origen; su extensión; la manera de cumplirla; su objeto preciso.

El resto, y en particular lo que concierne a las cuatro causas excusantes, es bastante claro si se recuerda que la *caridad* nunca obliga a una acción seguramente inútil, y rara vez obliga a una intervención que tiene el riesgo de producir graves inconvenientes.

126. I. Gravedad de la obligación. — La obligación de advertir, y de advertir a tiempo al enfermo, es una *obligación grave.*

El silencio del médico que no avisa a su cliente para que tome las últimas disposiciones, desde el punto de vista de los intereses temporales, y más aún respecto a los intereses eternos, puede acarrear perjuicios *irreparables para siempre.* Por consiguiente, «la seguridad en que se adormecería al enfermo es un bien *únicamente relativo,* que se borra ante la gravedad de los intereses temporales, y sobre todo espirituales, que impediría ordenar a tiempo» (1).

Sería una piedad mal comprendida, digamos la palabra, una *piedad cruel,* tomar por regla de conducta las líneas siguientes: «Ante todo, el médico debe sentir bastante conmiseración para no ser *nunca* la causa de un descorazonamiento, *de una sensación moral penosa.* A veces está obligado a producir un sufrimiento físico, haciéndolo aceptar como una necesidad que adelantará la curación: nunca deberá imponer un *dolor moral*» (2). La verdad es completamente otra. Si el médico puede y debe causar un *dolor físico* para salvar el cuerpo, puede y debe, para salvaguardar intereses materiales de primera importancia, y más aún para salvar el alma, tener el valor y la caridad de infligir un dolor moral. Es completamente evidente.

Tampoco *hay que exagerar* las circunstancias de la sacudida moral producida en el enfermo por la previsión de un desenlace fatal. Después de una primera impresión penosa, muchos se resignan, y los hay que consideran *como un favor real* haber sido advertidos del peligro en que se hallan» (3).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 80.
(2) Dr. G. Morache, pág. 225.
(3) Moureau y Lavrand, págs. 79 y siguientes.

El mismo *Dr. Dechambre* reconoce que por causas justas el médico puede decir muy francamente a los enfermos que «esperanzas *superiores* a las de que disponemos permiten hacer frente al porvenir que les espera». Tales enfermos están satisfechos de la franqueza del médico y fácilmente se disgustan de sus reticencias.

«Una señora de esclarecido nombre, madre de varios hijos, enviudó y tomó el velo. Atacada algún tiempo más tarde por un tumor visceral, cuya *naturaleza cancerosa* ignoraba, me pidió un día una entrevista para cierto asunto particular y grave; y en ella, después de haberme recordado cuán poco pertenecía ya a este mundo, y todo lo que esperaba ganar al abandonarlo, me expuso una situación de familia en la que el peligro de su muerte próxima la induciría a disposiciones de negocios muy importantes, disposiciones que ella hubiera deseado por ciertas razones remitir a una época muy lejana, pero que exigían toda su fuerza y lucidez de espíritu. Todo esto lo refirió con una firmeza tan tranquila que después de un momento de reflexión me decidí a responderle con estas simples

Además, estaremos en lo cierto si añadimos que la advertencia saludable para el alma *puede ser* y *es con bastante frecuencia* saludable para el cuerpo. Es un aspecto de la cuestión que se deja demasiado en la sombra. «Se olvida demasiado que, después de haber arreglado estos importantes asuntos, el enfermo experimenta una calma mucho más útil para él y eficaz para su curación», o la prolongación de la vida, «que la seguridad procurada por una mentira demasiado caritativa» o por un silencio que va directamente contra la caridad (1).

127. 2. Origen de la obligación. — La obligación de advertir al enfermo no es una obligación de *justicia,* sino una obligación de *caridad* que, derivada de la *ley natural,* alcanza a *todo médico,* creyente o incrédulo.

1.° No es *una obligación de* JUSTICIA. — El médico no se ha comprometido por contrato o cuasicontrato sino a dos cosas: devolver, si es posible, la salud a su cliente; guardar el secreto profesional.

2.° Es *una obligación de* CARIDAD. — La caridad, que es el amor verdadero a los demás, nos obliga a evitar al prójimo, aun a costa de algún sufrimiento para él y para nosotros, un grave daño. Y esta ley de caridad se hace *más exigente* si el daño que se trata de evitar es al mismo tiempo grave e irreparable. *Una vez más,* si el médico puede y debe imponer al enfermo un sufrimiento físico, que es el precio de la curación, puede y debe imponerle un *sufrimiento moral* para ahorrarle a él o a los suyos un perjuicio particularmente grave que no podría ser reparado. Asimismo, cuando se trata de la salud, el médico no titubea mucho en infligir un *dolor moral.* Los mismos prácticos que rehusan advertir a un moribundo, so pretexto de evitarle una emoción dolorosa, «*no suelen temer asustar* al enfermo, si es necesario, para hacerle aceptar un remedio, por ejemplo un traslado penoso del que dependería la curación. En verdad, es necesario aprobarles: ante todo hay que tener en cuenta el bien del enfermo. Pero, *por encima de la salud,* ¿no existen otros bienes cuya

palabras: «*Señora, tome sus disposiciones.*» *Me dió las gracias* en los términos más conmovedores.

En otra ocasión *creí que debía ser menos sincero* con una anciana que moría de neumonía crónica, y cuya pregunta, no motivada, era inspirada sin duda por sentimientos de gran piedad, a los que por otra parte habían dado amplia satisfacción su marido y todos sus parientes, tan piadosos como ella. La pobre señora tuvo un *movimiento de impaciencia,* y hasta el fin, que fué muy próximo, creí percibir muestras de su descontento» (Dr. Dechambre, págs. 196 y sigs.).

El *Dr. Vincent* nos refiere un hecho análogo. Había prometido a uno de sus enfermos advertirle tan pronto como su vida estuviera en peligro. «Pocos días después... y para cumplir mi palabra, adopté esta precaución oratoria: «Me costaría demasiado, querido señor, aguardar a que su estado fuera desesperado para advertirle de que es hora de poner en orden sus asuntos: hágalo usted desde ahora; será para usted y para mí una gran satisfacción.» Cogiéndome las manos *me dijo con efusión:* «Gracias, querido doctor, por vuestra afectuosa y hábil advertencia; adivino lo que significa. Hoy mismo arreglaré todas mis cuentas con Dios y con el mundo» (Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 160).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 80; Eug. Hubert, pág. 54, núm. 60; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 368, 1931.

preservación es legítima y hasta exige, por parte del médico, la *misma conducta?*» (1).

3.° ESTA OBLIGACIÓN DE CARIDAD *deriva de la ley natural.* — ¿Desde cuándo los deberes de *caridad* no son obligaciones que Dios prescribe y que la sana razón promulga? Es, pues, inexacto escribir: «*ciertas escuelas* han establecido que el médico debía prevenir al enfermo a fin de que, precisamente, pudiera tomar disposiciones, sobre todo cumplir los deberes religiosos» (2). La caridad no es una *doctrina de escuela*: es la voz de la conciencia. ¿Acaso es también una doctrina de escuela la que ordena impedir, si es posible, que un hombre se ahorque?

4.° *La obligación de prevenir al enfermo* ALCANZA A TODO MÉDICO. — Es la consecuencia de lo que acabamos de decir. Si el origen de la obligación no es *ni* la religión del enfermo *ni* la religión del médico, sino el *derecho* natural, hay un deber que pesa sobre todo médico creyente o incrédulo. «Aun incrédulo, el médico, so pretexto de neutralidad, no puede declinar el deber de prestar este servicio. Por lo demás, ¿no existen también a menudo intereses temporales que arreglar? (3).

128. 3. Extensión de la obligación. — La obligación de advertir a un enfermo sobre la gravedad de su estado existe *en dos casos*: desde que hay peligro, aun solamente probable, de muerte próxima; *además* cuando, a causa de una afección crónica, hay peligro continuo de muerte súbita.

1.° PELIGRO PROBABLE. — Hay *dos ventajas* en no aguardar, para prevenir, a que la muerte sea *inminente,* o que por lo menos el peligro de una muerte próxima sea *moralmente cierto.*

Primero, el enfermo tiene necesidad, para tomar convenientemente sus disposiciones, de hallarse en plena posesión de sus facultades. *Luego,* si se sabe de un médico que advierte a sus enfermos desde que hay peligro, *aun solamente probable,* de muerte a breve plazo, sus clientes *no temen tanto* esta advertencia, y el médico, después de haber expresado sus justas inquietudes, estará plenamente autorizado para añadir que no se ha perdido en modo alguno la esperanza de curación.

2.° PELIGRO PERMANENTE. — El silencio del médico sería, en este caso, *tan perjudicial* al enfermo, a los herederos y acreedores, como en el primero: una muerte súbita podría impedir al enfermo poner en orden sus asuntos temporales y espirituales.

129. 4. Modo de advertir. — La advertencia debe ser *bastante clara* para ser comprendida, pero dada con todos los *cuidados* que sugieren la prudencia y las circunstancias. Asimismo, no siempre es necesario ni siquiera oportuno que el médico advierta *personalmente* al enfermo:

(1) Moureau y Lavrand, págs. 80 y sigs.
(2) Dr. G. Morache, pág. 226.
(3) Moureau y Lavrand, pág. 234.

puede confiar este cuidado a la familia, al confesor, o mejor a cualquier persona capaz de dar una advertencia clara y circunspecta.

1.° ADVERTENCIA CLARA. — Importa que el enfermo *pueda* comprender, y de hecho *comprenda,* la penosa pero caritativa advertencia que se le ha dado.

Si el enfermo se resiste a creerlo, si declara que no es posible que se halle en *tal estado,* el médico le hará observar, con toda dulzura, que en virtud de su profesión está más capacitado que cualquier otro para conocer exactamente el estado del enfermo y apreciar su gravedad. Por lo demás, si el peligro de muerte próxima es únicamente probable, se apresurará a añadir que no desespera de ningún modo de curarle, si bien estima que al advertir el peligro satisface su propia conciencia.

2.° ADVERTENCIA LLENA DE MIRAMIENTOS. — Nunca hay que perder de vista la *profunda emoción* que el anuncio del peligro «puede determinar, no solamente en ciertas naturalezas, sino aun en las más valerosas, las más tranquilas en apariencia, las más obtusas a veces» (1). De ahí la necesidad de tomar *todas las precauciones* que puedan amortiguar el choque. El médico las tendrá en cuenta y se inspirará en las circunstancias.

Si el enfermo interroga sobre la oportunidad de poner en orden sus asuntos, o por lo menos *sospecha la gravedad de su estado,* es más fácil al médico manifestar, con todos los miramientos posibles, sus inquietudes sobre la terminación de la enfermedad (2): el terreno está mejor preparado para recibir la semilla de la verdad.

Si por el contrario el enfermo está enteramente seguro y nada teme sobre su estado, la tarea del médico es más difícil: no hablará con la claridad deseable sino después de haberse ingeniado en preparar al enfermo para oír lo que tan lejos está de su pensamiento.

No es posible formular reglas más precisas en cuestiones que son principalmente de tacto y habilidad.

3.° ADVERTENCIA POR INTERMEDIARIO. — A menudo el mejor medio de advertir a un enfermo, que está muy lejos de pensar en el terrible tránsito, es recurrir *a un intermediario,* próximo pariente, confesor, amigo, que conozca íntimamente al interesado y sepa encontrar las palabras propias para decir sin herir demasiado, y tenga la autoridad suficiente para producir la convicción. En caso necesario el médico recomendará emplear todas las precauciones requeridas para no abatir la moral.

(1) Dr. G. Morache, pág. 226.

(2) *Aun en este caso* son *necesarias grandes precauciones* en la mayoría de las ocasiones. «Hay personas que, afectando estoicismo, declaran que quieren saber toda la verdad. No debemos fiarnos siempre de ellas: se irritan a menudo si se la decimos, y el médico pierde su confianza» (Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 160; Dr. G. Morache, pág. 226: véase antes núm. **107**, pág. 102).

El *Dr. Le Gendre* propone la fórmula siguiente, que bajo una forma suave, será de ordinario lo bastante transparente: «No se encuentra usted en gran peligro, pero no obstante su situación es seria y conviene que disponga de toda su energía para triunfar de la enfermedad. La observación ha demostrado que un enfermo es *tanto más resistente* cuantas menos inquietudes tiene respecto a sus intereses materiales y morales. Siempre es una medida prudente poner en orden los asuntos en lo temporal y lo espiritual» (Dr. Le Gendre, páginas 368 y siguientes; véase antes núm. **126**, not. 3).

4.° ADVERTENCIA PERSONAL. — Si la familia *rehusara* intervenir o no *pudiera* dar la advertencia necesaria, o fuera realmente *impotente* para convencer al enfermo de la realidad del peligro, el médico deberá cumplir *por sí mismo* la obligación que la caridad le impone.

Igualmente en casos excepcionales, si previera, por parte de los herederos, «una comunicación brutal» y cruel; en este caso, que felizmente es raro, el médico deberá, con todos los miramientos posibles, advertir al enfermo personalmente (1).

130. 5. Objeto preciso de la obligación. — Es fácil determinar el *objeto preciso* de la estricta obligación que la caridad impone al médico; y por consiguiente definir lo que es obligatorio, lo que es simplemente laudable, y lo que tiene el riesgo de ser imprudente.

1.° OBJETO DE LA ESTRICTA OBLIGACIÓN. — El médico *sólo está obligado* a poner a su cliente *en estado* de tomar, en tiempo oportuno, sus últimas disposiciones temporales y espirituales. Por consiguiente, basta que advierta por sí mismo, o si es posible por otro, la gravedad del estado. Hecho esto, está en regla con la ley moral.

Nada, pues, obliga al médico a suscitar formalmente la cuestión de los *deberes religiosos.* Corresponde al enfermo sacar de la advertencia recibida las consecuencias que contiene.

Pero, lo que no es obligatorio puede ser obra laudable.

2.° OBRA LAUDABLE. — Es la de encaminar al enfermo a preocuparse de los intereses de su alma, y, si es católico, a recibir los sacramentos. Pero en esto es necesario, para no ser importuno, mucha discreción, una flexible adaptación al medio y la humilde convicción de que a menudo será impotente. El Dr. Charruau, que tenía un don especial para asistir a los moribundos, fracasó en una ocasión con una dama anciana que no consentía ver a los curas. «De repente exclamó: «Bueno, sí, consiento». Apenas hubo pronunciado este *sí,* su cabeza caía inerte sobre la almohada; el alma estaba ante Dios» (2).

3.° PRONÓSTICOS IMPRUDENTES. — Habría a menudo *imprudencia* en responder de un modo preciso a un enfermo que pregunta *«cuánto tiempo le queda todavía»*. En este caso «el médico recordará que, por extensa que sea su experiencia clínica, es hombre, por consiguiente falible, y como

(1) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 227.

(2) *Mes parents,* pág. 40. Las palabras «el alma estaba ante Dios» deben substituirse con estas: la moribunda había exhalado el último suspiro, y se hallaba en el estado de muerte *aparente.* Ya sabemos que la muerte *real,* que es la separación del cuerpo y del alma, no coincide con la muerte aparente. Entre las dos hay un intervalo más o menos largo.

Leemos en el Dr. P. Le Gendre *(La vie du médecin,* pág. 369, 1931): «Desde el punto de vista religioso, *resulta odioso* que un médico haga obra de proselitismo a la cabecera de los moribundos: no es menos indignante que deje traslucir hostilidad o desdén por sentimientos que no son los suyos.» Sí, es odioso, y soberanamente odioso, si todo *termina* con la muerte. No es odioso, si todo *comienza* con la muerte; si la salida del alma es su entrada en una eternidad bienaventurada o desgraciada: bienaventurada para el alma reconciliada con Dios antes de su separación del cuerpo; desgraciada en el caso contrario. Si es así, un proselitismo *respetuoso con la libertad humana* es un gran acto de caridad.

todos, se engaña a menudo. El pronóstico es ciertamente el problema más temible que tiene que resolver el médico. Los más distinguidos saben dudar, y en nada disminuyen su valor al confesarlo. Por lo tanto, nada de declaraciones afirmativas y dogmáticas; *nada de fijar días u horas*: es exponerse a demasiado frecuentes y felices equivocaciones» (1).

(1) Dr. G. Morache, págs. 226 y sigs.— No hay que ver *en esta recomendación* una *regla absoluta*. Interrogado por el P. Laurent *sobre el día de su muerte*, el Dr. Charruau creyó poder dar una respuesta muy precisa.

He aquí el hecho, tal como nos ha sido referido por uno de los hijos del doctor.

«Otra muerte, muy consoladora también, le dejó siempre un dulce recuerdo: fué la del *Padre Laurent*, viejo misionero minado por cincuenta años de apostolado... Mi padre inventó vanamente combatir los progresos del mal... «Veamos, doctor — dijo el P. Laurent a su médico, con aquella apacible sonrisa que tantos corazones había ganado para el cielo —, háblame francamente: ¿cómo estoy, y *cuánto tiempo me queda de vida?*» Mi padre, que conocía la eminente santidad de su enfermo, le *respondió simplemente:* «Padre mío, creo que *dentro tres días* estaréis en el paraíso.» El buen misionero se mostró radiante y estrechó las manos de su médico. «¡Ah, qué buena noticia acabáis de darme...!» Algunas horas después había recibido el Santo Viático y la Extremunción. «Ahora — dijo entusiasmado —, soy como el viajero que acaba de subir al tren con su billete. Espera que el tren parta, ya nada le queda por hacer. También yo espero la salida del tren, el resto ya no me concierne: tengo mi billete.» Y el santo anciano murió con estos sentimientos de gozo y de inalterable confianza» (*Mes parents*, págs. 38 y sigs.).

CAPITULO X

DIVERSAS CATEGORIAS DE ENFERMOS

131. Cuestión por resolver. — Los principios que acabamos de exponer sobre las visitas médicas y sobre las cualidades necesarias al médico *deben ser aplicados diversamente* a las diferentes categorías de enfermos.

La experiencia enseñará al médico el arte delicado de saber tratar con todos. Pero no serán inútiles algunas observaciones que expondremos en este capítulo.

Mostraremos en tres artículos de qué manera el médico debe adaptarse a las diferentes clases de *verdaderos enfermos*; a los *enfermos imaginarios*, que tan a menudo son dignos de lástima; a los *falsos enfermos*, que hay que saber discernir y desenmascarar.

ARTICULO PRIMERO

ENFERMOS VERDADEROS

Entre los verdaderos enfermos conviene distinguir: los niños, los jóvenes, los ancianos, las mujeres, los incurables.

§ 1. — Cuidados adecuados a los niños

132. Adaptación total. — El médico se esforzará en apropiarlo *todo* a los niños pequeños: sus cuidados propiamente dichos; sus medicamentos; sus consejos de higiene; sus consejos morales (véase n. **221**, nota):

1. Sus cuidados, que serán, como hemos dicho (n. **109**, 4, 1.°), *lo más maternales* posible.

2. Sus medicamentos, que *dosificará* con arte, de modo adecuado a la edad, desconfiando de la tendencia a prescribir dosis demasiado elevadas, medicamentos que hará lo más agradables al gusto o que disimulará hábilmente, mezclando con los alimentos o bebidas las substancias casi insípidas (1).

(1) «Inútil es decir que no seguiréis siendo su amigo si le prescribís drogas de mal sabor. Disimuladlas con miel o confituras, y no olvidéis que las grageas, las pastillas, los bizcochos y los chocolates medicamentosos han sido especialmente inventados para su uso particular» (Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 64, pág. 59).

3. Sus consejos de higiene, por ejemplo el consejo dado a las madres de acostumbrar pronto a los niños *a los baños,* y si es necesario *a las enemas,* de suerte que en el caso de enfermedad el médico pueda, si es preciso, recurrir a uno u otro de estos medios «sin producir en el niño sacudidas nerviosas a menudo perjudiciales» (1).

4. Sus consejos morales, que deberán, desde el primer destello de la razón, tener por objeto impedir el nacimiento, o por lo menos el desarrollo, de hábitos viciosos.

¡*Qué bello papel* puede desempeñar el médico amante de su alta misión si tiene verdaderamente la preocupación de *preservar del vicio* a un alma de niño! El médico honrado tratará a los niños con todo el respeto que requiere su inocencia y toda la solicitud exigida por su debilidad y su inexperiencia (2).

§ 2. — Cuidados adecuados a los jóvenes

133. Cura moral. — Al prestar sus cuidados a los jóvenes el médico advertirá a veces que la causa última del mal es una *mala pasión* de la que el enfermo gime tal vez en secreto, pero a la que no tiene fuerzas para resistir: esclavo, *no tiene fuerzas para romper las cadenas,* y la pobre alma, nacida para las alturas, se arrastra por el suelo.

(1) Dr. Dechambre, pág. 239. — Sobre los medios de inducir suavemente al público a *adoptar* la práctica de la higiene, se leerá con provecho el libro del *Dr. Chavigny,* 1921. Lleva por título *Psychologie de l'hygiène.* «El higienista debe esforzarse en conquistar la confianza del público, *en obtener su adhesión benévola* a las prescripciones higiénicas. Pero solamente llegará a este resultado si conoce admirablemente la *psicología de aquellos a quienes se dirige.* Debe saber y querer tener en cuenta sus hábitos, sus gustos, sus prevenciones, sus convicciones, el lado débil de su carácter. Es preciso adivinar *por qué puntos* es accesible su espíritu a los buenos consejos, y *qué móviles* hay que hacer intervenir para lograr el éxito...» (Prefacio, pág. 7). De ahí el título de la obra, título que, a primera vista, causa cierta sorpresa.

(2) Si os agradan los finos bosquejos, leed estas líneas del Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 64, págs. 58 y siguientes.

«Es en extremo difícil inspirar confianza a los niños pequeños, y hay que reunir un gran número de cualidades, físicas y morales, para lograrlo.

El niño es particularmente inabordable cuando se siente sostenido por una de estas devociones ciegas, de madre o de criada, que nunca le niegan nada. Frente a una voluntad más débil que la suya se vuelve caprichoso, imperioso, inabordable. Ante una voluntad que siente más firme se vuelve flexible y dócil. Su lógica, en estado naciente, es muy recta; esta lógica se falsea o se la falsean más tarde, y la razón es siempre el mejor modo de conducirle. Con tacto, o lo que los jinetes llaman *buena mano,* rara vez será preciso recurrir a los medios coercitivos.

Haced que adivine en vosotros *un buen amigo.* Acercaos a él con rostro benévolo y una caricia; no nos aproximaríamos a un caballo temeroso con una fusta. Una vez establecida la camaradería, el resto viene solo: no hay más que tratarle *maternalmente,* según la bella palabra de Dechambre.

Por ejemplo, no hay que parlamentar nunca con él y, menos aun, ceder en un asunto decidido. Decidle con dulzura, pero seriamente: debe ser. Si está persuadido de que no ganará nada rebelándose, dejará hacer. En el tratamiento médico, como en su educación moral, se obtiene de él cuanto se quiere si se sabe manejarle. Si hay niños mimados es porque se les mima.»

Véase también, sobre la higiene defectuosa y la dificultad de cuidar al hijo *único, Mariage et natalité,* págs. 245 y sigs., 1932.

En este caso *el objetivo del médico* debe ser conducir al joven, enfermo física y moralmente, a romper por completo con el objeto de su pasión violenta.

Pero esto es lo difícil. Y Dechambre, después de haber citado una página de Réveillé-Parise, que «intenta sentar principios generales de terapéutica moral», concluye con muy buen sentido: «Recordad todo esto; pero sabed bien que *únicamente las circunstancias particulares* os dictarán la elección que debéis hacer en este fondo vulgar de recursos» (1). Por esto nos limitaremos a indicar *algunos medios* que, *con la condición* de ser empleados por un hombre sinceramente deseoso de su corrección, pueden influir sobre la moral: substraer a la fascinación del objeto amado; minorar la vivacidad de la idea obsesionante; producir progresivamente el olvido creando una diversión prolongada; curar incluso por una verdadera conversión al alma enferma y arrancarla así plenamente de la tiranía del hábito transformado en pasión violenta.

1. *Si se trata de combatir* en un joven rico un *amor funesto* para una persona determinada, un *largo viaje* puede ser un auxiliar precioso.

«Los viajes, cuando el objeto de la pasión no puede seguiros, pueden ser una *diversión poderosa* para un espíritu cultivado y serio, sobre todo si compañeros inteligentes cuidan de mantenerlo despierto. Son algunas veces motivo de un aburrimiento insuperable para el turista indolente y solitario» (2).

2. *Otro medio,* y éste al alcance de todos, así como de cada momento, es, con el apartamiento de las ocasiones, el *trabajo manual o intelectual,* pero un trabajo que agrade, que absorba todas las fuerzas vivas, un trabajo que por su misma naturaleza desvíe al pensamiento del objeto de su pasión. El médico nunca recomendará bastante a su cliente un trabajo de este género (3).

3. *Un medio de orden más elevado,* y que sale menos a la superficie, es un esfuerzo generoso, inspirado ante todo por el temor y el amor de Dios, para substituir una pasión vil por una pasión noble, enemiga del egoísmo y bastante poderosa para que a ella se dedique el alma entera. El

(1) Dr. Dechambre, pág. 236.

(2) Dr. Dechambre, *ibid.,* pág. 236.

(3) Si el joven quiere reafirmar su voluntad y dejar de ser, según la frase de Fénelon, «*un cirio que arde a todo viento*», debe seguir el consejo de Fr. W. Foerster.

«Muchos jóvenes se torturan por sus derrotas constantes, sus intenciones y sus esfuerzos de voluntad siempre renovados y siempre vanos. Es porque no conocen la *verdadera técnica* psicológica para fortificar la voluntad.

Todo se reduce en esto a «la ascesis *indirecta*», es decir, al esfuerzo *indirecto.* Es necesario comenzar con ejercicios de voluntad *sobre todos los demás puntos posibles.* La fuerza de voluntad, excitada así por todos lados, y la confianza creciente en sí mismo, permitirán entonces la victoria sobre *hábitos arraigados.* Los ejercicios de disposición y de orden, de silencio, de gimnasia corporal, de ayuno, de dominio de las impresiones desagradables, de sinceridad absoluta, de cumplimiento perfecto de trabajos enojosos — estudio enérgico de una lengua extranjera, por ejemplo —, todo esto hace posible la regeneración de la fuerza de voluntad, regeneración que no se alcanza casi nunca concentrando únicamente los esfuerzos *sobre el punto de la mayor debilidad,* porque en éste la tradición de la derrota se ha hecho demasiado potente» (*Morale sexuelle...,* pág. 210).

amor sano ha tenido siempre la virtud de curar del amor vicioso a un corazón que no puede vivir sin amar.

4. *Inútil es añadir* que el *matrimonio* contraído pronto puede ser, en ciertos casos y para ciertas naturalezas, un remedio eficaz: esto se comprende bastante bien.

§ 3. — Cuidados adecuados a los ancianos

134. Deferencia y protección. — El médico debe cuidar a los ancianos con condescendencia respetuosa y exquisito tacto. Se aplicará a mirar por ellos, a defenderlos si es necesario contra ellos mismos, y a veces contra los que les rodean.

1. Mirará por ellos, no atacando de frente sus prejuicios sobre cosas de medicina, sino esforzándose, como hemos dicho (n. **109**, 4, 2.º), en llevarles, por la persuasión y vías indirectas, a la docilidad necesaria.

Respetará también al anciano atestiguándole deferencia. «Nunca se le trata bastante bien: hay que colmarle de atenciones. Le gusta hablar: sabed escuchar; dar consejos, dejadle hacer; los consejos son siempre lo que menos molesta» (1).

2. Les defenderá contra ellos mismos, es decir contra *hábitos viciosos* muy perjudiciales a su salud. La observación no es inútil.

«Si demasiados adolescentes caen en la mala vida, muchos ancianos siguen en ella o a ella vuelven, y la practican por procedimientos aun más peligrosos. Como *disimulan con mayor cuidado,* el hombre de arte, retenido además por el respecto a la edad, recela de ellos con menos facilidad. Conviene despertar sobre este punto la desconfianza de los médicos, a quienes una larga experiencia no ha hecho perder su ingenuidad... Ejemplos de este género, tomados hasta de la extrema vejez, demuestran que nada debe detener al práctico en una investigación de la que depende su conducta, y por consiguiente el mismo interés del enfermo» (2).

3. Por último el médico *deberá defender a veces a los ancianos contra* los que les rodean: es decir, protegerlos contra la indiferencia, y por lo tanto la falta de cuidados, o también contra una baja avidez que en realidad acecha la herencia, y por consiguiente la muerte, pero que se disfraza con todos los exteriores de un celo ardiente.

En este segundo caso, sobre todo, es una tarea ingrata y a veces habrá que *saber descubrir artificios engañosos,* que Dechambre señala finamente: «Se tiene demasiada confianza en el médico para pedirle una consulta; no se quieren causar nuevos sufrimientos con remedios inútiles; se interroga tristemente al médico sobre el número de días que todavía puede durar la enfermedad. Que el médico, primer tutor del enfermo, ponga toda su atención e inteligencia en reconocer el medio en que se le ha llamado, a fin de no permitir nada que no sea bueno y de exigir todo lo que sea útil» (3).

(1) E. Hubert, núm. 65, pág. 59.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 240 y sigs.
(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 241.

§ 4. — Cuidados adecuados a las mujeres

135. Tener en cuenta el sexo. — En los *cuidados* y en los *consejos* que hay que dar a las mujeres, sobre todo si están afectas de enfermedades nerviosas, el médico debe tener muy en cuenta a menudo las características y las funciones del sexo (véase núm. **221** nota).

1. Características del sexo. — Designamos con este nombre *ciertos caracteres* físicos, intelectuales y morales que son *de ordinario* más acentuados en la mujer que en el hombre: la *debilidad física,* unida bastante frecuentemente a una gran potencia de resistencia nerviosa; una *inteligencia intuitiva* que se manifiesta en la superficie de las cosas, y es a menudo más apta para adivinar la verdad que para manejar el raciocinio; una vivacidad pronta *de imaginación;* una extrema movilidad y agudeza de las facultades *afectivas,* y por consiguiente una gran prontitud para reaccionar a la emoción, pero también una tendencia más marcada a la versatilidad y al descorazonamiento: de suerte que muchas mujeres son, en el sentido propio, *impulsivas* (1).

El médico debe tener siempre este cuadro ante los ojos, y recordar que «en la mujer, en materia de susceptibilidad nerviosa, el estado normal y el estado morboso se tocan (2).

Podrá asimismo aprovecharse personalmente de la frase de Dechambre: «en un matrimonio es preferible para el médico tener de su parte a la mujer que al marido» (3).

2. Funciones del sexo. — Para tener *paciencia* y para dar *buenos consejos* el médico debe tener en consideración todo lo que se refiere de cerca o de lejos a la maternidad.

1.º *Paciencia.* — El médico recordará que el período menstrual influye a veces en el carácter de la mujer: soportará, pues, entonces, sin extrañarse, el humor extravagante y variable de tal o cual cliente.

(1) «Los seres así dotados son más accesibles por el *sentimiento* que por la lógica: no se cortan los pasteles con hachas; y las mujeres deben conducirse por el corazón más bien que por el cerebro. Ahí está el peligro. El médico encuentra en la mujer simpatías profundas o antipatías feroces; amistades profundas o enemistades refinadas. Es difícil estar bien a medias con ella: o todo o nada» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* número 66, pág. 60).
(2) Dr. Dechambre, pág. 245.
(3) *Ibid.,* pág. 244.
«Es tanto más importante para el médico conocer la *psicología femenina* por cuanto la mujer es a la que trata con más frecuencia, ora como enferma, ora como madre o como esposa. El médico la cuida, pero encuentra también en ella la colaboradora de los cuidados que presta; debe procurar en este caso no tener en ella a un adversario...» (P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 290). Con la reserva que debe guardarse en diversas circunstancias, por ejemplo con una cliente que se queja de su marido o se encapricha con su médico; con las histéricas que creen vivir sus sueños; en la exploración de los órganos genitales, etc., véase E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núms. 66 y sigs., págs. 60 y siguientes.

2.° *Consejos.* — La ocasión de dar a la mujer prudentes consejos sobre todo lo que se relaciona con la maternidad nunca falta al médico, que de este modo se halla en disposición *de combatir muchos prejuicios.*

Puede, por ejemplo, atacar la fatal opinión «de que los *embarazos numerosos* perjudican a la salud», y citar, si es necesario, la frase de Pinard: «La mujer no alcanza la plenitud de su fuerza y de su belleza sino después del tercer hijo.» En realidad «los embarazos, sea cual fuere su número, son siempre benéficos para la mujer. Si hay razones, por lo demás muy raras, de temer el peligro, hay que dejar al médico el cuidado de interpretarlas». El Dr. Vincent, después de muchos otros, añade incluso que «numerosos trastornos nerviosos», producidos por la violación de las leyes del matrimonio, «cesan desde el comienzo de una gestación, mejor que con las medicaciones tan variadas como inútiles» (1).

A veces también el médico será consultado por una joven madre, que, por razones de salud, vacila en amamantar a su hijo. Recordará que la *lactancia materna* es con mucho la preferible, y que, salvo contraindicación, cuyo mejor juez es el médico, la moral hace de ella un deber para la madre. «La mortalidad infantil es menor con la lactancia materna que con la *mercenaria*... En todo caso, hay que recordarlo siempre, la moralidad de una nodriza deber ser vigilada de muy cerca»... (2). Por otra parte «la *leche de mujer* es la única que conviene perfectamente al recién nacido; cualquier otra, aun la esterilizada, sobre todo en los primeros meses de la vida, le hace correr peligros...» (3).

Finalmente, para no alargar desmedidamente esta lista de consejos, añadiremos tan sólo que el médico debe recomendar a una madre que habitúe a sus hijos a una vida *muy sobria* y *algo ruda,* sin descuidar, sin embargo, estos «pequeños nadas», que, como una coriza, una bronquitis sin importancia, una ligera angina, pueden degenerar en enfermedades graves (4).

§ 5. — Cuidados adecuados a los incurables

136. Naturaleza de los cuidados. — Hemos expuesto ya en qué medida el médico tiene la obligación de *continuar sus cuidados* a los incurables que reclamen su intervención (núm. **100**, 1). Hemos dicho también en qué caso debe *advertirles* de la gravedad de su estado (núm. **128**).

(1) Dr. Vincent: *Le médecin...*, págs. 119, 120, 122. Ya tendremos ocasión de insistir en esta cuestión (núm. **318**).

Por ahora, y sobre el argumento médico que los partidarios del *Birth Control* (limitación de los nacimientos) se complacen en hacer valer, se encontrarán precisiones muy útiles en el Dr. Raoul de Guchteneere: *La limitation des naissances*, cap. V, 1931; *Aspect médical du «Birth Control»*, págs. 150 y sigs., especialmente págs. 160 y sigs.; *idem* en *Mariage et natalité*, 1932; *La signification physique et morale de la maternité pour la femme*, por el Dr. O. Dauwe, págs. 175 y sigs. Véase más adelante, núm. **318**.

(2) Dr. Vincent: *Le médecin...*, págs. 130 y sig.; 133 y sig.

(3) *Ibid.*, pág. 131. Sobre los beneficios de la lactancia para la *madre*, véase al *Dr. R. de Guchteneere, loc. cit.*, cap. 1, págs. 173 y sigs.

(4) Dr. Vincent: *Le médecin...*, pág. 153.

Pero falta explicar *en qué consisten* estos cuidados que el médico no rehusará (1).

Al parecer puede *resumirse todo* en dos palabras: *aliviar, sostener.* La misión del médico respecto a los incurables es de *aliviarlos,* esforzándose en mejorar su estado, o por lo menos disminuir la agudeza de sus sufrimientos. Es también *sostenerles,* ayudándoles de todos modos a soportar pacientemente el dolor físico y a no dejarse abatir bajo el peso del dolor moral.

Vamos a desarrollar brevemente la primera de estas consideraciones, y algo más extensamente la segunda.

1. Aliviar. — El médico debe ingeniarse en *mitigar los sufrimientos corporales* de los enfermos que, padeciendo una afección crónica e incurable, encuentran a veces muy pesado el fardo de la enfermedad. Hemos observado ya que esto en muchos casos no es imposible (núm. **98**, 1).

Pero la *prudencia* debe dirigir y moderar esta lucha de la ciencia contra el dolor. El médico no permitirá a sus enfermos *que contraigan malos hábitos:* el hábito por ejemplo a la morfina, a la cocaína, al opio, etc. Igualmente trataremos más en detalle esta cuestión importante cuando en el capítulo XII hablemos de los remedios.

2. Sostener la moral. — El médico debe hacerlo todo para *sostener la moral* de los enfermos que no le es posible curar.

1.° *Una primera manera,* completamente negativa y estrictamente obligatoria, es la de no auxiliarles en nada a terminar bruscamente y hasta a abreviar su existencia.

«Esto quiere decir hasta qué punto *faltan a su misión* los que, abusando de las facilidades de su profesión, procuran el veneno a sus clientes. Esto se ha visto en circunstancias memorables. No es de admirar que semejante servicio sea solicitado todavía con bastante frecuencia; y con persistencia y obstinación tales que ponen a penosa prueba la conciencia del médico» (2).

2.° *Una segunda manera* más positiva es la de ayudar por todos los medios a los enfermos de que hablamos a *combatir las tentaciones de suicidio,* y hasta a luchar *contra la tristeza.*

A este efecto el médico puede emplear *diversos expedientes.*

Primero atacará el prejuicio demasiado extendido de que el *suicidio* es un acto de valor, hasta de prudencia práctica, de verdadera libertad, de caridad bien entendida. Demostrará que el suicidio es a la vez un *desfallecimiento* y una cobardía, puesto que es una capitulación ante el sufrimiento; un *desconocimiento del objeto de la vida* presente, que es un tiempo

(1) El médico tendrá a veces el *consuelo y la suerte* de encontrar a enfermos que, *reputados incurables,* pueden en realidad ser librados de sus males (Supra, núm. **100**, nota).

«Si por casualidad encontráis entre estos pobres desesperados un caso en el que la terapéutica, apoyada en un mejor diagnóstico, puede llevar a una curación o simplemente a una mejoría, a una calma, estad seguros de que no tendréis nunca una mejor trompeta de fama, además del legítimo orgullo de haber hecho un bien apreciable» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 261, 1931).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 218.

de prueba; una *desobediencia* a Dios, el único que tiene derecho a poner término a la vida del hombre; una *crueldad* hacia sí mismo, puesto que se priva de una excelente ocasión de adquirir grandes méritos y se prepara, después de haber sido un desgraciado en la tierra, una desdicha eterna. Por una u otra de estas razones el médico logrará despertar tal vez en sus enfermos la energía de carácter y la voluntad de vivir.

Logrará mejor desviar del suicidio, inspirar el apego a la vida y hasta la paciencia si puede y sabe apelar a las convicciones religiosas del enfermo, hablarle el lenguaje que entiende, recordarle la felicidad sin término que es el fruto incorruptible de esta flor de muerte que es el sufrimiento. Valerosamente soportado, ¿no se hace acaso flor de la vida eterna?

Si el paciente es rico, o por lo menos acomodado, el médico se esforzará en *interesarle en cualquier obra de beneficencia,* llevarle a abrir la bolsa y demostrarle con esto que es bueno para algo, puesto que, atacado de muerte, puede todavía sembrar en su derredor beneficios y dar la vida.

3.° *Queda un tercer medio,* que es el alma de todos los demás, y que tomado en sí mismo es un poderoso confortante: el *celo afectuoso e incansable* del médico; he aquí lo que calienta el corazón y levanta la moral. «Sentirse amado es vivir la mejor parte de la vida; y nos encaminamos menos dolorosamente hacia la muerte por una vía sembrada de beneficios y consuelos» (1).

ARTICULO II

ENFERMOS IMAGINARIOS

Hay razones para distinguir *tres clases* de enfermos de imaginación: los *enfermos imaginarios* propiamente dichos, que se creen enfermos sin estarlo en modo alguno; los *niños grandes,* que miran con lente de aumento y exageran excesivamente los mil pequeños malestares diarios de toda persona sana, sobre todo si es de constitución algo débil; por último los *neuróticos,* que de ordinario están afectos a la vez de enfermedad nerviosa muy real y de enfermedad imaginaria, puesto que muy a menudo exageran su impotencia y se desarman a sí mismos.

El papel del médico será diferente en el primero, en el segundo y en el tercer caso.

§ 1. — Enfermos imaginarios *propiamente dichos*

137. Tarea del médico. — El médico no tratará a los enfermos imaginarios como a los verdaderos enfermos realmente afectos. Actuará principalmente sobre la moral.

1. Una doble acción concurre a curar de una *enfermedad real* a un enfermo susceptible de curación: una *acción sobre lo físico,* es decir, sobre el organismo mediante remedios apropiados, reposo y un buen régimen; una *acción sobre la moral,* es decir, sobre el alma, para que el enfermo, lleno de esperanza en su curación, dirija hacia el restablecimiento de la salud todos los recursos de su voluntad, de su deseo de vivir.

(1) Dr. Dechambre, pág. 220.

Mas, puesto que hay enfermedad real, puesto que tal o cual órgano está afecto, o por lo menos el organismo ha perdido el equilibrio de sus fuerzas y funciones, es necesario que en la curación de una enfermedad realmente existente predomine la acción sobre el organismo.

2. En el tratamiento de las enfermedades imaginarias debe ocurrir *lo contrario.* Puesto que el asiento del mal es la imaginación, debe predominar la acción sobre lo moral, y convertirse en nula, o por lo menos secundaria, la acción sobre lo físico. Pero como el enfermo se cree realmente afecto, el médico deberá a menudo *simular* que actúa sobre el organismo: así influirá sobre lo moral.

3. Vamos a demostrar *cuál debe ser* prácticamente esta acción sobre lo moral, y *por qué etapas* el médico, después de haber ganado la confianza del enfermo, se encaminará, con firmeza y paciencia, a la curación.

138. I. Condición previa: ganar la confianza. — La condición *esencial* para hallarse en disposición de actuar eficazmente sobre la moral de un cliente es la de *ganar su confianza.*

El médico se esforzará, pues, en ganar la confianza del enfermo imaginario, quien, temiendo ser objeto de burla, como tal vez lo ha sido ya, es más propenso que otro a la desconfianza.

1. Dará sus primeros pasos en esta vía por medio de una acogida benevolente, de muestras de interés, de una gran atención a la exposición prolija de los males que el enfermo cree sufrir: en resumen, *una bondad* que tenga su origen en una *compasión verdadera* por los hombres dignos de lástima, pues si bien sus enfermedades son ficticias, sus sufrimientos no son sino demasiado reales.

2. Pero la puerta del corazón, que se entreabría a estas demostraciones, *se cerraría bruscamente* si el médico tuviera la desgracia de emitir *una duda* sobre la realidad de la enfermedad. Para ganar la confianza de un enfermo imaginario es indispensable *tomarle en serio,* aparentar que se cree en su mal y que se está determinado a todo para curarle.

3. Hecho esto, el médico se *insinuará cada vez más en la confianza* del enfermo, ingeniándose en suprimir lo más pronto posible, mediante una medicación apropiada, algunas de estas afecciones reales que, como las palpitaciones por ejemplo, se mezclan a menudo con las afecciones imaginarias.

139. II. Acción sobre la moral: primeros cuidados. — Después de haber ganado *plenamente* la confianza del enfermo, el médico *se dirigirá* a la curación por las *demostraciones de hecho,* que el enfermo percibirá palpablemente y no podrá por lo tanto recusar.

Una de las demostraciones más simples consiste en hacer ejecutar al enfermo, sin que éste experimente daño alguno, *actos inofensivos* que hasta entonces ha reputado imposibles o grandemente nocivos. He aquí, por ejemplo, a un enfermo imaginario que declara *no poder alimentarse* como conviene. Inducidle a tomar, en condiciones excelentes, una buena comida y quedará sorprendido de no experimentar ningún mal efecto (1). Inútil es decir que la familia puede ser a menudo un precioso auxiliar en esto.

140. III. Acción sobre la moral: golpe decisivo. — El médico caritativo tratará también, por *demostraciones de hecho,* de descargar el *golpe decisivo:* el que llevará a la curación.

Al parecer puede seguir, según las circunstancias, una de las *tres vías* siguientes.

1. PRIMERA VÍA. — Algunas veces, pero *raramente,* el médico, *cambiando súbitamente de táctica,* demostrará al enfermo *por un hecho irrecusable* que su mal no tiene relación alguna con la realidad, y es puro efecto de la imaginación.

Esta primera vía, que de ordinario no conduce al objeto, ha sido seguida por Max Simon. El mismo narra su éxito. «Un joven sacerdote está convencido de que va a contraer la rabia y me persigue con sus lamentaciones... Cierto día, cansado de sus jeremiadas, y no sin experimentar una profunda piedad por las terribles angustias de este pobre hombre, le digo que todos estos terrores *no son más que vanas fantasmagorías* de una imaginación turbada; y *para demostrárselo* me quité la bata, me armé de una lanceta y añadí que si quería estaba dispuesto a inocularme inmediatamente una gota de su sangre, *a vacunarme con su pretendida rabia.* Al oír estas palabras pronunciadas con aire decidido el enfermo me detuvo y me dijo a su vez: «Doctor, *estoy curado.*» Vive todavía, y es hoy el decano respetado de una parroquia de Rúan» (2).

2. SEGUNDA VÍA. — No siempre, aunque sí algunas veces, es posible persuadir a un enfermo con hechos sensibles de que *su mal ha desaparecido* por haberse radicalmente suprimido la causa: se le muestra por ejemplo en el orinal el gusano solitario o incluso la rana que torturaba sus entrañas; la moneda o la aguja que él imaginaba haber tragado, etc. Encontramos un procedimiento análogo en «la historia del príncipe de Weimar, que se creía enfermo de fiebre terciana y se mostró encantado de no sufrir acceso el día en que *Hufeland* tuvo el cuidado de adelantar la hora del reloj» (3).

3. TERCERA VÍA. — La primera y la segunda vía están de ordinario cerradas al médico, pero la tercera queda abierta.

Consiste en emplear remedios sin eficacia alguna, certificando y *garantizando de antemano* que tendrán un efecto infalible, a condición, sin embargo (lo que es difícil y necesario), de que el enfermo tenga suficiente valor y perseverancia para someterse a un largo y fastidioso tratamiento.

(1) Dr. Dechambre, págs. 224 y sigs.
(2) Citado por Dechambre, pág. 229.
(3) Dr. Dechambre, págs. 225 y sigs.

«El efecto de esta forma de tratamiento *es más seguro* rodeándola de *formalidades particulares,* como el fijar las horas precisas y los minutos en que deberán tomarse las píldoras de *mica panis,* y llamar de antemano la atención del enfermo sobre los *síntomas que pueden provocar,* como borborigmos (1), pesadez de cabeza, etc. Se eligen estos síntomas entre los que cualquier persona comprobaría en sí misma si en ellos se fijara. Aparte de ellos, puede tenerse la seguridad de que el enfermo señalará otros, atribuyéndolos al pretendido medicamento» (2).

Asimismo, no hay motivo para tener escrúpulos sobre la licitud de un tratamiento semejante que, a primera vista, parece tener relación con el charlatanismo. Al obrar de tal suerte el médico no emplea remedios *aptos para engañar* a una persona prudente y avisada, sino que, para una causa muy justa, administra medicamentos inofensivos que en aquel caso serán realmente eficaces y llevarán, por su acción sobre la moral, a la curación tan deseada. Así pues, el enfermo no es engañado, puesto que obtiene lo que quiere. Unicamente el médico *permite su error.*

141. IV. Complemento de la tercera forma de tratamiento. — El médico *completa felizmente* y utiliza, del mejor modo para los intereses del enfermo, *la tercera forma de tratamiento* si, indirecta o directamente, persuade a su cliente de que el remedio prescrito es el *último esfuerzo de la medicina* para librarle de su mal, y que después de ello no queda más que soportar en la impotencia el peso de la enfermedad, o incluso esperar en plazo breve una muerte desde entonces inevitable.

Para aclarar este modo de proceder vamos a narrar *dos hechos auténticos,* callando, sin embargo, el nombre de los actores. De estos dos hechos el primero aclara el punto preciso que señalamos en este momento; el segundo ilustra todo la teoría que hemos expuesto en este artículo y suscita por añadidura una cuestión de justicia bastante interesante.

1. PRIMER HECHO. — El primer hecho tiene por testigo a N., hijo de un doctor en medicina e interno en Lille.

Cierto día que acompañaba a uno de sus profesores en la visita a los hospitales vió al maestro detenerse ante un lecho, auscultar con el mayor cuidado al enfermo que en él yacía y mover la cabeza con aire desesperado. A media voz, pero de modo que le oyera el paciente, enfermo de imaginación, dijo con tono desanimado a la hermana enfermera: «Se ha terminado. Sólo le quedan algunos días» Luego, reaccionando, añadió: «Voy a ensayar un último remedio. Si no se declara mejoría dentro de poco, la muerte es segura.» Y seriamente: «hermana, hágale tomar cada hora una pildorita de *mica panis* con un vasito de una poción H_2O».

(1) *En términos de medicina* se llaman *borborigmos* a estos ruidos sordos producidos en el abdomen por el desplazamiento de los gases intestinales a consecuencia de las contracciones del intestino.
(2) Dr. Dechambre, pág. 226.

Ocho días más tarde el enfermo, curado, abandonaba el hospital.

2. Segundo hecho. — El testigo del segundo hecho es el farmacéutico que suministró los remedios y que, por invitación expresa del médico, los vendió muy caros a fin de hacerlos apreciar en extremo.

Hacia el año 1895, una gran dama, venida expresamente de Rusia, acudió en París a uno de nuestros prácticos más célebres. Desde hacía varios años iba de médico en médico, gastando sumas considerables en viajes, consultas y tratamientos sin otro provecho que el recrudecimiento de su mal. Habiendo oído por casualidad ensalzar los méritos del doctor francés, no vaciló en emprender un nuevo viaje, más largo que los precedentes, y suplicó al ilustre médico que le devolviera la salud a cualquier precio.

El doctor la escuchó con la máxima benevolencia. A continuación se aseguró, por medio de hábiles preguntas y un examen minucioso, de que tenía ante sí a una enferma imaginaria. Y tomando inmediatamente una resolución le dijo gravemente que su caso era muy serio, que tenía razón para inquietarse y que no había tiempo que perder, pero que aun no existían motivos para desesperar.

La gran dama, poseedora de una inmensa fortuna, abrió su corazón al médico al verse finalmente comprendida, y le explicó que los médicos anteriores no habían sabido reconocer nunca la gravedad de su estado, y que se consideraba muy feliz por haber encontrado, después de tanto buscar, un hombre de ciencia que viera claro y osara decirle la verdad.

«¿Está Vd. decidida, preguntó el doctor, a seguir puntualmente y con perseverancia el largo y fastidioso tratamiento que voy a prescribirle? Si tiene Vd. este valor, estará completamente curada antes de seis meses. Ahora bien, no es necesario que vigile yo mismo la aplicación del tratamiento. Puede Vd. seguirlo en su casa y nada se opone a su regreso inmediato a Rusia.» Y ante las seguridades dadas por su rica cliente, conmovida y al mismo tiempo confortada por el diagnóstico, le hizo enviar, por un farmacéutico debidamente advertido, toda una serie de frascos de un precio muy elevado que contenían líquidos de color y gusto variados, todos ellos, por lo demás, parientes inmediatos del agua clara.

La dama partió llevándose su preciosa colección. Algunas semanas más tarde escribió al doctor que los remedios producían su efecto y que se sentía mucho mejor. Después de varios meses se declaró completamente curada.

Mas hubo un epílogo. El farmacéutico, hombre de una escrupulosa probidad, concibió inquietudes. Se preguntó si no habría infringido la justicia al vender a precio muy elevado, ante la petición formal del médico, un agua diversamente coloreada que nada le costaba. Aunque había obrado de buena fe, consultó a jueces competentes. Se le respondió que para curar a la pretendida enferma había sido *necesario* hacerle creer que se llevaba remedios excepcionalmente eficaces, lo que no habría podido conseguirse si el precio de los medicamentos no hubiera sido muy elevado: la dama los hubiera estimado demasiado simples y de efecto nulo. La riquísima señora no resultaba perjudicada, puesto que se la libraba así, y en resumen a buen precio, de sus costosas imaginaciones. Aun dado el caso de que pudiera ser puesta al corriente de la verdad, abandonaría voluntariamente al farmacéutico los beneficios que habían sido el instrumento necesario de su salud. Podía decirse, pues, que ella *consentía* a todo y ratificaba lo ocurrido.

No sintiéndose todavía seguro, el digno hombre consultó a su sobrino, sacerdote de virtud y de saber; le preguntó lo que cabía pensar del papel que él había desempeñado en aquel asunto y lo que valía la solución dada a sus dudas. Es de suponer la respuesta.

§ 2. — Niños grandes

142. Papel del médico. — Es posible asemejar los enfermos imaginarios a los *niños grandes* que, demasiado ensimismados, constantemente ocupados en vigilar el funcionamiento de sus órganos, y, como se dice vulgarmente, en tomarse el pulso, extraños a todo lo que no sea su preciosa salud, exageran las mil pequeñas sensaciones, penosas o menos agradables, a costa de las cuales prosigue la vida, sienten «*el pliegue de una rosa*», se escuchan con exceso y se vuelven tan pusilánimes como si fueran de cristal o de azúcar.

El médico digno de tal nombre, *lejos de explotarles,* como haría un charlatán, en extremo feliz con una presa tan rica, debe enseñarles *a prescindir de él* y de la medicina, a dejar en paz a los farmacéuticos, a atreverse a vivir.

Su papel consiste en virilizarlos. Que les enseñe a olvidarse de sí mismos, a no lamentar más sus ruinas ficticias, a dejar poco a poco de ser cabezas sin pensamiento, corazones sin empleo, voluntades sin efecto, y, para emplear la expresión tan justa de Francklin, «*sacos vacíos*» que por consecuencia no pueden tenerse derechos. El día en que su horizonte se extenderá más allá de la sensación del momento estarán curados o casi curados.

El médico contribuirá a esta curación con su paciencia, su dulzura, su firmeza y sus buenos consejos: que recomiende el trabajo, pero un trabajo intenso, un trabajo que absorba al hombre por entero, un trabajo que llene el saco; éste será el mejor de los medios (1).

(1) Dr. Dechambre, págs. 227 y sigs.

Inútil es decir que *algunos* de estos «*niños grandes*» se convierten en verdaderos enfermos imaginarios, «con ocasión de un tratamiento local *del que no tienen la menor necesidad*... Una vez les hayáis reconocido, escuchadles fríamente, en silencio; luego, con una cortesía firme, les despedís inmediatamente...

«Acababa de conducir así hasta la puerta a un joven neurasténico, caso típico. Recientemente se había hecho operar eléctricamente de un pólipo de la vejiga, sin duda imaginario; y esta intervención de complacencia, de éxito muy feliz, le había costado muy cara. Ahora le inquietaba la próstata (casi siempre es la próstata lo que tienen en la cabeza estos desdichados). Reclamaba una dilatación y cauterizaciones; yo me negué con buenas palabras, incluso a la más simple exploración.

Algunos instantes después entra bruscamente en mi despacho, forzando la puerta, después de haber lanzado una rápida ojeada en el salón de espera vacío, un hombre de edad, de buenas maneras, y de aire inquieto y apresurado. — ¿No ha visto usted a mi sobrino, doctor? — me pregunta de repente. — En realidad, lo ignoro, caballero. — Sí, sí, doctor. Un joven alto y rubio, delgado, pálido y agitado; ha debido hablarle de su próstata. — ¡Ah! sí.

§ 3. — Neuróticos o neurópatas

143. Doble acción. — Aquí la cuestión es *más compleja*. El neurótico está afecto *de ordinario* de enfermedad real y de enfermedad imaginaria a la vez: de *enfermedad real*, puesto que hay, si no lesión del sistema nervioso, por lo menos perturbación de las funciones nerviosas; de *enfermedad imaginaria*, pues el enfermo exagera casi siempre sus sufrimientos y su impotencia.

Al médico corresponde discernir lo que puede ser curado, o mejorado, por una *acción directa sobre lo físico*, y lo que reclama una *acción sobre lo moral*.

«*Una sola observación es necesaria*. En los episodios de la vida íntima es donde se encuentra *con la mayor frecuencia* el punto de partida de todas las alteraciones de la sensibilidad moral y física que tienen sobre el carácter y los actos una influencia tan profunda y a veces tan nociva. El médico conducirá, pues, sus investigaciones por este lado con toda la prudencia y la delicadeza posibles. Dirigirá mejor su tratamiento cuando conozca la *causa primera* de los accidentes, que es tal vez una decepción, una tristeza habitual resultante de un matrimonio mal avenido, o hasta simplemente el vacío y la fatiga de una vida puramente mundana» (1). «Solamente *debe desconfiar de las declaraciones falsas* y de las exageraciones. En el mundo femenino no faltan estas naturalezas sensibles a las que la maternidad desilusionada o *evitada deliberadamente* ha trastornado en el seno del matrimonio; o estas víctimas, inseguras y descuidadas, que no se encontrarán bien casadas hasta haber hallado el esposo ideal. No es inútil advertir al médico joven que este ideal lo buscarán a veces en él mismo...» Si es honesto, no se verá embarazado para declinar toda insinuación impropia (2).

Acaba de salir de aquí y me asombra de que no le haya encontrado usted al entrar. — Doctor, ¿me permite usted que le pregunte lo que ha hecho con él? — Nada, caballero, sino tratar de calmarle antes de despedirle sin haberle examinado. — ¡Gracias!, ¡gracias!, veo que me hallo ante un hombre honrado —, y me toma calurosamente las manos. — Ah, caballero, no puede usted imaginarse lo que es mi vida siempre en pos de este desdichado. Pasa el tiempo corriendo de médico a cirujano y de cirujano a especialista. En este momento consulta a los urólogos, quienes le explotan. Creo que desde hace un mes ha visitado a todos los de este barrio. Se ha hecho explotar ya gravemente y quedará arruinado. Pero no son más que las cuatro: ¿dónde puede estar todavía? Gracias, gracias, doctor, me voy. — Y el pobre señor sale corriendo» (Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, pág. 194).

(1) *Si la neurastenia* es debida *únicamente* a la emoción persistente, puede haber tal vez motivo para emplear exclusivamente la *psicoterapia* (Dr. Vincent: *La médecine*, páginas 156 y sigs).

(2) Dr. Dechambre, págs. 226 y sigs.; véase en Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, hasta qué extremo la mujer sola, y aun acompañada, puede ser un peligro para el médico que la recibe en su despacho: arreglarse de modo para tener una «asistente pronta a convertirse en testigo» (págs. 194 y sigs.).

ARTICULO III

FALSOS ENFERMOS O ENFERMOS SIMULADOS

144. Triple papel del médico. — El falso enfermo *difiere grandemente* del enfermo imaginario. Este se cree enfermo *sin serlo*. El falso enfermo se dice que lo está *sin creerlo*. Por lo demás, tanto el uno como el otro se encuentran bien y éste es el único punto de semejanza entre ellos.

Se comprende que el falso enfermo no simula tal o cual enfermedad *sin algún interés*. En la clientela civil, única que consideramos; será por ejemplo una persona joven; una mujer que quiere hacerse prescribir por el médico lo que ella desea; vengarse, por las inquietudes que inspira, de las severidades, reales o pretendidas, de sus padres; sembrar los remordimientos en el alma de un marido que no se doblega a su voluntad; o simplemente, hacerse interesante.

Para alcanzar sus fines se queja de dolores de cabeza, de estómago, dolores viscerales; acusa un dolor de costado que le arranca una tos persistente; llega a veces hasta a fingir una enfermedad prolongada, e incluso, lo que es más grave, accesos de delirio o de locura: todo ello en detrimento, más o menos grande, de la familia, que se inquieta, se alarma, manda llamar al médico y está obligada a gastos inútiles.

El médico llamado para cuidar a estos falsos enfermos tiene un *triple papel* que desempeñar. Debe *reconocer* con seguridad la superchería; *obligar* al enfermo, si es posible, a cesar en sus engaños; y, en caso de fracaso, *advertir* a la familia, si es que puede hacerlo sin inconveniente grave.

Reconocer, deshacer y, si es necesario, *revelar* la impostura: éste es el triple papel que vamos a estudiar en los tres párrafos siguientes.

§ 1. — Reconocer la impostura

La *primera tarea* del médico es la de reconocer con certidumbre, y por lo tanto por medios científicos, la superchería más o menos hábilmente disfrazada. Podemos distinguir los casos en que es *fácil* y aquellos en que es *más difícil* descubrir el fraude.

145. I. Casos ordinarios. — En los casos ordinarios el médico perspicaz que sepa poner en juego los medios de que dispone adivina pronto la impostura.

Sin recurrir al empleo de los anestésicos, que al suprimir el libre ejercicio de la voluntad suprimen las manifestaciones fraudulentas, pero tienen el inconveniente de ser un tanto peligrosos y de llamar la atención de la familia, el médico puede, con toda seguridad para el cliente, asegurarse, por una *observación paciente*, de que los síntomas acusados no responden

a los tipos conocidos, o bien son intermitentes en lugar de continuos, como lo serían si no fueran ficticios: hay en efecto ciertos síntomas que no pueden ser simulados largo tiempo sin fatiga.

Es, pues, *generalmente* fácil reconocer la impostura y evitar, en esto, cualquier error.

II. Casos especiales. — Es a veces difícil descubrir el engaño si se trata de una *enfermedad nerviosa* diestramente simulada.

«*Tal es* — dice Max Simon — el artificio de algunas mujeres, tal es su habilidad en fingir los *accidentes histéricos,* que los médicos a la vez más probos y más sagaces, que se avergonzarían de explotar en su provecho esta patología lucrativa, son a menudo engañados por esta comedia morbosa. *Mientras dudan,* tienen que combatir seriamente el mal cuyos síntomas por lo menos tienen ante sus ojos. Pero si *la máscara cae* en medio del juego, el deber les prohibe servir de comparsas a estas heroínas de *salón*. Después de simulados, estos accidentes pueden acabar por dominar la misma voluntad y crear una especie de *hábito patológico*. El médico que cae en la trampa de estos espasmos estudiados contribuye con sus cuidados a convertir en una afección real esta mascarada nerviosa» (1).

Por lo demás, es inútil insistir sobre una cuestión que es más bien del dominio de la patología (2).

Supongamos, pues, que el médico se ha ingeniado como debía para descubrir el fraude y ha reconocido *de hecho* con toda seguridad una enfermedad simulada. *¿Cuál debe ser* desde el punto de vista moral su *línea de conducta*? Es lo que queda por determinar.

§ 2. — Deshacer la impostura

Una vez seguro de que la enfermedad es simulada, el médico se esforzará en inducir al falso enfermo *a cesar en sus fingimientos,* y con ello deshacer la superchería, hacerla fracasar, impedir que logre sus fines.

(1) Max Simon, citado por Dechambre, pág. 245.

(2) *En realidad hay en eso una doble cuestión:* una que depende de la deontología y otra que se refiere a la patología. La *deontología* establece que el médico, para no ser cómplice de una impostura, debe esforzarse en reconocer el fraude en cuanto lo sospeche. La *patología* enseña al médico *cómo* puede distinguir una enfermedad verdadera de una enfermedad simulada. De este modo, la deontología asigna el *fin* obligatorio y la patología los *medios.*

La deontología recuerda también al médico que debe tomar con las mujeres *histéricas* las mayores precauciones.

«Las *histéricas,* que a menudo son también desequilibradas en lo moral, son particularmente difíciles y peligrosas de tratar.

He conocido a una de estas perturbadas que ha causado a su médico todas las torturas que la sospecha puede procurar a un hombre honrado. Tenía la manía de escribir, y redactaba un diario de los sueños que creía vivir. Naturalmente, este diario cayó en manos del marido, y como en cada página se maseaba el adulterio, hubo proceso de divorcio. En el fondo todo ello no era más que una novela creada enteramente por una alucinada irresponsable, lo que se demostró claramente en el curso del proceso...; pero el inocente calumniado se vió en los mayores apuros» (Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 66, páginas 66 y sigs.).

A este efecto lo pondrá todo en juego: primero la persuasión; luego, si es preciso, la intimidación, y si uno de estos dos medios tiene éxito, la promesa de la impunidad.

146. I. La persuasión. — El médico comenzará de ordinario *hablando razonadamente* al falso enfermo, que muy a menudo será, como hemos dicho, una jovencita o una joven casada.

1. Sin vacilación, y con un tono que prevenga toda negación, le declarará que, gracias a medios científicos por él conocidos, *ha descubierto su juego.* Añadirá que su conciencia de médico le prohibe absolutamente *hacerse cómplice* de una mala acción semejante. Después de esta entrada en materia insistirá sobre los graves *inconvenientes* que resultan de la simulación, y sobre todo de una simulación prolongada. Inconvenientes *para la familia;* es cruel sumirla así, sin motivo alguno, en la inquietud. Inconvenientes a veces *para el pretendido enfermo:* es imprudente jugar con la enfermedad; se corre el riesgo de contraerla, si es una afección nerviosa, o por lo menos de no ser tomado en serio cuando se queje de un mal real.

Si una mujer joven, casada o no, se pretende enferma para hacerse prescribir un viaje bastante largo, una estación de baños de mar o una cura de aguas termales, el médico aprovechará *los menores incidentes de su salud* para describirle lo fatigoso y contraindicado que sería para su mismo estado el costoso tratamiento a que aspira.

2. Es posible que el enfermo *comprenda las razones* al verse descubierto y se resigna a contentarse con sus pequeños malestares reales, sin hacer ostentación, o más bien comercio, de las enfermedades que no padece. En este caso, como diremos en el número 148, el médico le ayudará a entrar de nuevo, suavemente y sin ruido, en el orden y la verdad.

3. Es posible también que el falso enfermo *rehuse dejarse convencer,* y renunciar a una enfermedad que tiene el propósito de explotar. El médico deberá recurrir entonces a los procedimientos morales, y tal vez físicos, de intimidación.

147. II. Intimidación. — Bajo el nombre de *procedimientos de intimidación* entendemos todo lo que, moral o físico, puede inspirar un *temor saludable* o *causar un dolor* que haga reflexionar.

1. Procedimientos morales. — De ordinario el médico ensayará primero los *procedimientos morales* de intimidación.

Anunciará, especialmente si se trata de un caso más grave, por ejemplo de una locura simulada, su propósito de pedir una *consulta* y de unirse a un especialista, quien seguramente no se dejará engañar. Podrá añadir que el médico consultante, menos cuidadoso del honor del enfermo, no se creerá indudablemente obligado a tantas consideraciones y denunciará el fraude sin vacilar.

Si el enfermo resiste y mantiene todavía cierto orgullo, le amenazará con *abandonarle,* o por lo menos con *advertir a sus padres* y convencerles de que en todo aquello no hay más que una comedia indigna.

2. Procedimientos físicos. — Si los procedimientos morales de intimidación no obtienen resultado, el médico puede, como veremos en el párrafo 3, poner en ejecución sus amenazas.

Sin embargo, puede emplear igualmente con prudencia los *procedimientos físicos* de intimidación adecuados a la naturaleza de la pretendida enfermedad: *por ejemplo* las ventosas secas, los vejigatorios, y especialmente las aplicaciones eléctricas, que permiten graduar bastante fácilmente la intensidad del dolor: en resumen, medios que sin comprometer la salud *produzcan un sufrimiento más o menos vivo.*

Para poner en obra estos procedimientos físicos de intimidación *no parece necesario* (1), como pretende Dechambre, que el médico «aparente desechar sus sospechas frente a la persistencia de los síntomas y *parezca* convencido de la existencia real de la enfermedad» (2). Basta con que declare al enfermo: puesto que persiste en declararse afecto de tal o cual enfermedad, voy a aplicarle con todo su rigor el tratamiento normal.

Confesamos, sin embargo, que sólo tenemos una confianza mediana en estos procedimientos físicos de intimidación. No podrán ser continuados largo tiempo, y serán a menudo impotentes para vencer a una voluntad obstinada que ha resuelto de una vez no rendirse.

148. III. Promesa de impunidad. — Nos encontramos de nuevo frente a la doble hipótesis que ya se ha planteado (núm. **146**): hipótesis de éxito; hipótesis de fracaso.

1. Exito. — Si el falso enfermo, vencido por la persuasión o la intimidación, se muestra dispuesto a *dejar de fingir* y a despedirse de la enfermedad, el médico hará todo lo posible por atizar la pequeña llama renaciente, es decir, para alentar a la buena voluntad. *Prometerá el secreto* más absoluto, y *ofrecerá «su ayuda* y sus consejos para la transición, a veces embarazosa, del mal simulado a la curación (3).

2. Fracaso. — Si por el contrario todo fracasa, persuasión e intimidación, queda por lo menos, en ciertos casos, el recurso supremo de advertir a los padres o al marido, es decir, revelar la superchería. El médico no faltará a su deber por penoso que sea.

§ 3. — Revelar la impostura

El secreto profesional parece, *a primera vista,* oponerse a que el médico, como último recurso, advierta a la familia y desenmascare así la impostura de su cliente. *En realidad,* como veremos bien pronto, no hay nada de esto; y hay motivo para considerar mucho más *los inconvenientes* que pueden resultar de la denuncia; el médico hablará si su silencio ha de

(1) *Es sin embargo muy útil.* Si el médico parece «convencido de la existencia real de la enfermedad», no entra abiertamente en lucha con una voluntad rebelde, y por el mismo hecho no la provoca a la resistencia.

(2) Dr. Dechambre, pág. 163.

(3) Dr. Dechambre, pág. 163.

ocasionar más inconvenientes que los que origine la advertencia; en caso contrario, se callará.

Por esto es útil distinguir, especialmente desde el punto de vista de los inconvenientes posibles o probables, *tres categorías* de falsos enfermos: los niños, los jóvenes o las jóvenes solteras, las mujeres casadas.

149. I. Los niños. — Si se trata *de un niño* que no ha alcanzado la edad de la pubertad, y pretexta dolores de cabeza para hacer novillos, el médico no está obligado a grandes consideraciones ni a sabios rodeos.

Puede incluso, sin ensayar la vía de la persuasión y de la intimidación, *recurrir desde el primer momento a la autoridad de los padres,* y revelar, según los casos, al padre o a la madre una superchería infantil que un buen padre de familia, si tiene el sentido de la educación, juzgará a menudo digna de azotes.

En esto *no hay violación alguna del secreto profesional.* El mismo doctor Morache, que tiene cierta tendencia a llevar demasiado lejos el secreto profesional, lo reconoce así. «¿En qué límites — dice — hay que guardar con los padres el secreto de las enfermedades por las que sus hijos se nos confían? Evidentemente, no puede haber discusión más que para los adolescentes, en cuya edad se ha adquirido ya la personalidad moral», o mejor, se ha acentuado fuertemente «aun antes de mayoridad legal» (1).

Además no hay en esta manifestación *ningún inconveniente grave* por poco razonables que sean los padres y no tengan por sus hijos una admiración sin límites.

150. II. Muchachos y solteras. — 1. Conviene tomar más precauciones con un *joven* que vive con sus padres o una jovencita *soltera.*

La discreción exige que el médico, antes de denunciar a sus clientes, de quienes es confidente, *agote los medios de persuasión o incluso de intimidación,* por lo menos de intimidación moral (2).

(1) Dr. G. Morache, pág. 228.

Parece útil marcar las *etapas* de la personalidad, sobre todo según el derecho natural. Hablamos de la personalidad *física,* que es propia de *todo* hombre y no podría pertenecer al animal. Pero todos saben que la persona *física,* considerada como sujeto de los derechos y de los deberes, puede denominarse, en sentido amplio, persona *moral.* La personalidad *moral* está sometida a la ley del crecimiento.

1.° *El niño* es persona física desde que existe. Desde que el alma razonable ha sido creada por Dios y unida al cuerpo, la persona física, y por lo tanto la persona moral, está constituída. El niño de un día es sujeto de *derechos:* tiene por ejemplo el derecho de vivir y el derecho de heredar. Es además sujeto de la *ley natural,* pero no teniendo todavía uso de razón y de la libertad, no puede observar inmediatamente esta ley.

2.° *Tan pronto como el niño posee,* hacia la edad de siete años, el uso de la razón y del libre albedrío, se halla no solamente de derecho, sino de hecho, sometido a deberes.

3.° *Es natural* que la responsabilidad del *impúber* sea considerada menor. Hasta la pubertad la inteligencia es escasa y la voluntad débil.

4.° *Según la ley eclesiástica,* «el hombre no tiene el pleno ejercicio de sus *derechos* sino a partir de su mayoría de edad» (Can. 89): a los veintiún años cumplidos (Can. 88, 1).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 162 y sigs.

2. Pero si fracasa, no debe creerse *ligado por el secreto profesional hasta el punto* de no poder en modo alguno hacer a los padres la advertencia de que tienen necesidad para no ser víctimas de la impostura.

Primero, si es médico de todos los miembros de la familia que habitan bajo el mismo techo y dependen del mismo jefe, *es ante todo el médico de los padres* que le honran con su confianza. No podría, pues, estar obligado a un secreto que redundaría en perjuicio grave del padre y de la madre.

Luego, el secreto profesional tiene, como veremos en el capítulo XXII, *límites* bastante fáciles de determinar. No obliga, por ejemplo, con respecto a un cliente que, después de previo aviso, persiste en querer causar *injustamente* a un tercero daños muy graves. He aquí lo que ocurre en la cuestión que nos ocupa. Por esto el médico está plenamente autorizado a revelar a los padres la superchería que se desarrolla a sus expensas y de la que él no puede hacerse cómplice en modo alguno.

3. La mayoría de las veces se hallará en condiciones de advertirles *sin correr el riesgo* de perder su confianza o de desunir a la familia.

No obstante, si teme encontrarse, a causa de una ternura ciega, con la *incredulidad que no quiere ver nada* para no hacer nada, está autorizado a no dar una advertencia inútil que puede serle grandemente perjudicial. Por lo demás, no podría prolongar indefinidamente sus cuidados a un falso enfermo, y asociarse a una comedia harto prolongada. Por lo tanto, si no juzga a propósito retirarse, no tiene a su disposición más que un *doble recurso:* pedir una *consulta* o conducir el asunto con tanta habilidad que los padres *abran por fin los ojos* y descubran por sí mismos la impostura.

Solamente en este sentido, y a condición de no exagerar el secreto profesional, pueden aprobarse las líneas siguientes de Dechambre: «En los casos más graves y que llenan de inquietud el corazón de los padres, como es el caso de la locura simulada, el médico no debe tampoco *apresurarse* a revelar la superchería; es mejor que la familia la reconozca espontáneamente, pero declarando aquél que no había sido engañado» (1).

151. III. Joven casada. — Al parecer, el caso más espinoso es el de una *mujer casada* que se dice enferma sin estarlo y engaña a sabiendas a su marido. *El médico debe su apoyo al marido* así engañado, pero un *apoyo inteligente*. «No deberá — escribe con razón Dechambre — introducir la discordia en un matrimonio al denunciar al marido las pequeñas intrigas y las invenciones patológicas tramadas contra él» (2).

Por lo menos no debe *apresurarse* a recurrir a este medio extremo que es la denuncia. Agotará primero todos los demás medios y no se resolverá a desenmascarar el fraude sino cuando, después de considerarlo todo, estime que, dado la prudencia del marido, hay todavía *menos inconvenientes* en hablar que en callarse.

(1) Dr. Dechambre, pág. 162.
(2) *Ibid.*, pág. 162.

CAPITULO XI

CONSULTAS MEDICAS

152. Objeto y división. — En el curso, y a veces al principio de una enfermedad grave que puede arrebatar al paciente, o por lo menos acarrear consecuencias funestas o duraderas, es algunas veces un *deber,* y, si bien no una obligación, puede ser *prudente* pedir una consulta, necesaria o útil, es decir, llamar a la cabecera del enfermo a otro médico que una sus luces y su experiencia a las del médico habitual. Igualmente la familia pedirá a menudo, y tal vez más a menudo de lo razonable, esta consulta médica. «Dos opiniones valen más que una», sobre todo si se confirman mutuamente.

Importa, pues, determinar con precisión los deberes del *médico de cabecera* en materia de petición, aceptación o aplicación de consulta; los deberes del *médico consultante;* el *modo de proceder,* o lo que se ha llamado el ritual, el protocolo de las consultas. De ahí los *tres artículos* de este capítulo, que completa la cuestión de las visitas.

ARTICULO PRIMERO

DEBERES DEL MEDICO DE CABECERA

153. Principio general. — El médico *de cabecera* es de ordinario o por esta vez el *médico de la familia.* Es el médico al que la familia se dirige *habitualmente,* o por lo menos al que ha llamado al principio de una enfermedad y al que ha confiado, *en aquel caso particular,* los intereses del enfermo y sus propios intereses.

En el curso, o incluso desde los primeros días de la enfermedad, este médico puede estimar la consulta moralmente necesaria, simplemente útil, nociva en sus resultados, es decir, nociva por considerar el diagnóstico hecho o el tratamiento sugerido por el médico consultante.

Debemos señalar cuáles son, *en estas diversas hipótesis,* los deberes del médico de cabecera, o, en otros términos, cuál debe ser su línea de conducta. ¿Está a veces obligado a *pedir* una consulta, es decir, a llamar, por lo menos una vez, a la cabecera del enfermo a otro médico y a conferenciar con él sobre el diagnóstico y el tratamiento? Cuando no está obligado a pedirla, ¿está obligado a *aceptarla* si la familia la exige? ¿Hay *siempre* obli-

gación para él de someterse al veredicto del médico consultante, o sea tener por exacto el diagnóstico formulado, o cuando menos aplicar el tratamiento indicado?

Si se recuerda que *el interés del enfermo es la ley suprema,* se reconocerá sin trabajo que conviene sentar este *principio general:* el médico de cabecera está obligado a *pedir* una consulta que juzga *moralmente necesaria* y que de hecho puede tener lugar; puede pedir y debe *aceptar,* ante la demanda de los parientes, una consulta útil, e incluso, después de la debida advertencia, está obligado a aceptar una consulta inútil de todo punto; *en cambio* no puede ni ratificar un diagnóstico que estima ciertamente erróneo ni aplicar un tratamiento que cree nocivo o menos seguro.

Los *cuatro párrafos* siguientes demostrarán lo bien fundado de este principio y lo aclararán.

§ 1. — Consulta necesaria

154. I. Definición. — Una consulta es necesaria *en dos casos:* PRIMERO, si el médico de cabecera *no ve claro* y piensa que habría grave inconveniente en permanecer más tiempo en la incertidumbre; LUEGO, si el médico ordinario ve claro, pero se *siente impotente* para aplicar, con la seguridad que exige el estado del paciente, el tratamiento conveniente.

1. Primer caso. — Hablando de manera más precisa, una consulta es moralmente necesaria si el médico de cabecera tiene, sobre la naturaleza exacta de la enfermedad o sobre el tratamiento que debe seguirse, *dudas graves* que posiblemente no disipará en tiempo oportuno la marcha de la afección morbosa.

Es manifiesto *que no es ésta una hipótesis quimérica.* Nada más práctico, por el contrario. «El médico más experimentado», y con mayor razón el médico joven, «está expuesto a encontrarse con *casos obscuros* en los que le será imposible formarse una idea exacta de la naturaleza de la enfermedad» (1). Igualmente podrá dudar en casos difíciles, en los que, después de haber establecido con seguridad su diagnóstico, se preguntará si el *enfermo* está en condiciones de soportar el tratamiento enérgico que parece imponrse en aquel caso.

2. Segundo caso. — El médico de cabecera no tiene duda alguna. Reconoce por ejemplo la necesidad de una intervención quirúrgica particularmente delicada. Pero esta operación *sobrepasa a su competencia* y exige un especialista que reúna a los conocimientos especiales un golpe de vista seguro y una destreza manual poco ordinarios. También en este caso es necesaria la consulta.

155. II. Deber del médico de cabecera. — Siempre que sea moralmente necesaria una consulta *no hay que vacilar.* El médico de cabecera *debe pedirla* con tal que sea practicable: dispuesto a tomar las *precauciones requeridas* para salvaguardar su reputación y su autoridad.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 56.

1. Obligación. — *Obligado a atenerse a lo más seguro,* tanto como sea posible, el médico de cabecera *está por lo mismo* obligado, *primero* a ver claro, a no marchar a tientas, a disipar una duda cuyas consecuencias podrían ser graves; *luego,* a no aplicar un tratamiento ni a intentar una operación que exijan una habilidad profesional de la que se sabe desprovisto.

Debe por consiguiente *pedir* en estos dos casos una consulta, con tal que sea factible, es decir, con tal que haya en los alrededores algún práctico competente, y que el cliente se halle en situación de soportar este nuevo dispendio.

Así pues, comunicará al enfermo o la familia la necesidad de una consulta. *Si su proposición es aceptada,* elegirá al médico consultante entre los colegas vecinos mejor calificados, y, en ciertas circunstancias, «entre aquellos cuyos estudios y escritos les designen como más aptos para juzgar el caso particular» (1). Si por el contrario su proposición es *rechazada con conocimiento de causa,* aunque él declare necesaria la consulta, inútil es decir que su responsabilidad está plenamente a salvo, y que puede seguir adelante, haciendo lo mejor que pueda.

Obrará, sin embargo, con más prudencia y caridad si, *a título de amigo,* toma consejo del colega al que hubiera llamado a la cabecera del enfermo. Nada le impide exponerle el caso y pedirle un consejo, que, entre colegas, no se rehusa jamás.

2. Precauciones. — El médico de cabecera tiene el pleno derecho de tratar de conciliar su propio interés con el del enfermo, y de no descuidar, para salvaguardar su autoridad, *ninguna de las precauciones legítimas.* Lo logrará declarando al cliente y a su familia que si considera necesaria una consulta es *debido a la dificultad singular y a la complejidad del caso.* Nadie criticará a un médico que proponga recurrir a las luces y a la habilidad de un colega, particularmente si se trata de un especialista muy conocido y universalmente apreciado.

§ 2. — Consulta útil

156. Tres casos. — Sin ser moralmente necesaria, una consulta puede ser *útil en tres casos:* cuando el médico de cabecera, aunque seguro de

(1) Dr. Dechambre, pág. 215.

En igualdad de competencia, indicará «más bien un consultante cuyos honorarios no sean desproporcionados a los recursos del enfermo... Es un estricto deber de conciencia tener en cuenta los intereses de nuestros clientes modestos o pobres...

Es preferible, *en los casos ambiguos,* dirigirse a personas de espíritu ponderado y crítico más bien que a aquellas cuyas opiniones son intransigentes y están dominadas por prejuicios doctrinarios» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 399 y sigs., 1931.

Decimos «*en igualdad de competencia*». «Designar al práctico cuyo trato os es más agradable, sería escoger, y hacer acto de camaradería, no de equidad... Descartar al hombre competente por no ser *persona grata* o porque vería mejor las faltas cometidas, sería una indignidad. *Unicamente debe guiaros* el interés del enfermo y que vuestra elección recaiga sobre el colega cuya superioridad o conocimientos *indican* como el más útil» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 163, págs. 162 y sigs.).

la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento que debe seguirse, juzga conveniente, a causa de la gravedad de las circunstancias, *poner a cubierto* su reputación y su responsabilidad; cuando prevé que el paciente y su familia no tardarán, para mayor seguridad, *en pedir* una consulta; y con tanta mayor razón cuando la familia inquieta solicite una consulta cuya inutilidad objetiva no sea manifiesta; por último, cuando espere *reanimar* por este medio *la energía de un enfermo* decididamente perdido, y, al levantar la moral, prolongar la vida.

Es fácil probar que, en estos tres casos, el médico de cabecera tiene el *derecho,* si no el deber, de *provocar* una consulta. Añadiremos que *está obligado a aceptarla* si es pedida por la familia.

157. I. Primer caso. — El primer caso *no ofrece grandes dificultades.* Al poner a cubierto su responsabilidad con la demanda de una consulta, es decir, al servir *legítimamente* a sus propios intereses, el médico de cabecera sirve también a los intereses del enfermo y a los intereses de la familia.

1. Sirve legítimamente a sus intereses. — Aunque no tenga ninguna duda sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre el tratamiento que debe seguirse, *no está obligado* a soportar él solo la carga de una responsabilidad tan pesada y de comprometer una reputación bien merecida, habiendo un *medio normal* de ponerla a cubierto. «Sin duda debe tener el valor de soportar todas las responsabilidades a que le exponga un deber profesional; pero no está obligado a cargar con las que puede evitar, o a arriesgar sin motivo su reputación» (1). Así pues, si no tiene el derecho *de imponer* a la familia una consulta, le está en cambio permitido *proponerla,* tanto más cuanto al hacerlo sirve a los intereses del enfermo.

2. Sirve a los intereses del enfermo. — Aunque se crea seguro, el médico ordinario tiene siempre el derecho de decirse *que puede estar equivocado* respecto a algún detalle al que no concede importancia suficiente, o por lo menos solicitar de un colega, incluso más joven, *algún dato* del que pueda beneficiarse seriamente el enfermo. También está autorizado a pensar que la consulta tendrá una feliz influencia *sobre la moral* de su cliente, más seguro de estar en buenas manos.

3. Finalmente sirve a los intereses de la familia. — Puede prever a menudo que en caso de desgracia la familia *lamentaría* no haber pedido una consulta, y *reprocharía* tal vez al médico ordinario por no haberla motivado. Al proponerla previene, pues, del mejor modo para los intereses de la familia, futuros y estériles lamentos. Gracias a su iniciativa, la familia tendrá *siempre* el consuelo de decirse: hemos hecho cuanto hemos podido.

(1) Dr. Dechambre, pág. 216. *Queda como cierto,* así lo nota el Dr. Le Gendre, que el médico no debe «apelar, *por cualquier motivo,* aun en las familias acomodadas, a las luces de otro: dudando demasiado de sí mismo se pierde poco a poco la confianza de los clientes» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 398, 1931).

Después de conclusiones análogas, Dechambre concluye con muy buen sentido: «El médico obrará *según el grado de confianza* de que se sienta rodeado» (1).

158. II. Segundo caso. — El segundo caso es *aún más fácil.* Es manifiesto en efecto que el médico de cabecera *puede,* en materia de consulta, adelantarse a los deseos de la familia, y *debe* acceder de buen grado a sus votos formalmente expresados, *por lo menos* siempre que una consulta no sea clara y ciertamente inútil.

1. Puede adelantarse a los deseos *de la familia.* — Adivina que la familia, inquieta, tiene necesidad de obtener seguridades y está del todo dispuesta a pedir una consulta, la idea de la cual acaricia. Con entera abnegación de todo amor propio *puede* adelantarse a estos deseos. Por lo demás, éste es al parecer el *mejor* partido que puede adoptarse, y el médico que sabe proponer las cosas *nada tiene que perder* si en estas circunstancias pide una consulta. «Sin duda comprometería su propia autoridad si propusiera la consulta con el aire azorado de quien se ha extraviado. Pero será muy diferente si se la funda sobre la inquietud tan natural del enfermo y de los parientes» (2).

2. El médico debe aceptar siempre, sin dificultad y sin preocuparse por su amor propio, una consulta pedida por el paciente o su familia y que no sea manifiestamente inútil (véase el n. **160** sobre las consultas de todo punto inútiles).

Primero, la familia, al pedir una consulta, *hace uso de un derecho estricto* que el médico ordinario debe respetar.

Igualmente, el médico no podría con razón ofenderse por una demanda dictada muy a menudo *menos por la desconfianza personal* hacia el médico de cabecera que por la angustia o incluso el azoramiento, una vaga conciencia de las incertidumbres, o por lo menos de los límites del arte médica, y, si todo parece perdido, una esperanza tenaz contra toda evidencia (3).

(1) Dr. Dechambre, pág. 216.

El obstáculo que generalmente se opone a la consulta puede apartarse de ordinario si se sigue el consejo del Dr. *Henri Verger.*

«Parece que algunos vacilan demasiado a menudo en recurrir a la consulta por temor de causar a sus clientes gastos excesivos.

En realidad, «este motivo no tendría a menudo razón de ser si algunos médicos no se creyeran obligados a llamar *solamente* en consulta a los médicos de grandes ciudades, cuyos títulos y notoriedad se pagan naturalmente con grandes honorarios. La consulta *con colegas vecinos,* entre los cuales es siempre posible escoger a los más calificados, se practica *muy raramente.* Ella ofrece a menudo a los enfermos las necesarias garantías, y la opinión de los demás colegas, aun iguales en saber y en reputación, nunca es desdeñable.

Si se generalizara la práctica de tales consultas poco costosas, no sería únicamente el interés del enfermo el que se aprovechara de ello. *En los médicos* produciría cierta emulación científica, y además serviría mejor que cualquier otro procedimiento para establecer buenas relaciones entre los colegas. Nunca se aconsejaría demasiado a los jóvenes médicos que siguieran este camino» *(Précis de déontologie médicale,* págs. 184 y sigs.).

(2) Dr. Dechambre, pág. 216.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 58; Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 163, página 162.

Finalmente «puede haber en el fondo de los espíritus *cierta desconfianza* hacia el médico, e importa que éste no deje que tal sentimiento se desarrolle» (1).

3. La única cuestión que se plantea es la siguiente: ¿está el médico ordinario obligado a aceptar al *médico consultante* que la familia desea llamar, aunque se trate de un práctico modesto?

A quien considere a la vez la necesidad de respetar por una parte los derechos de la familia a la elección del médico, y por otra la dignidad profesional del médico de cabecera, *no ofrecerá dudas la respuesta.* El médico ordinario debe aceptar a *cualquier colega* que no sea indigno de toda estima porque abuse a sabiendas de la credulidad pública, *o* plenamente rebelde, a causa de un sistema especial de medicina, a *todo cambio de opiniones* (2). Si, pues, el consultante que la familia se propone invitar no es ni un charlatán notorio, ni un médico regular de práctica charlatanesca, ni un partidario de la homeopatía, con el cual *falta todo campo de acción común* (3), el médico de cabecera está, sin discusión, obligado a aceptarla, después de haber presentado, si hay motivo, sus observaciones: en este caso la familia usa de su derecho y no hiere en nada la dignidad del médico ordinario (4).

(1) Dr. G. Morache, pág. 169.

(2) *Henri Verger* excluye igualmente a los «*malos colegas*», a los que define en estos términos: «Conviene considerar como tales a los médicos que practican *notoria* y *habitualmente* el desprecio a las reglas de la deontología interconfraternal, sean cuales fueren por lo demás su valor técnico y su reputación. La puesta en el índice por un sindicato profesional es desde este punto de vista un impedimento dirimente» (*Précis de déontologie médicale*, página 183).

(3) No es éste siempre el caso.

Si no pudiera haber acuerdo sobre el tratamiento, es posible sobre el diagnóstico y el pronóstico, sobre todo si el consultante homeópata es médico de valor.

«Se puede, y en mi opinión se debe, aceptar a un consultante conocido como perteneciente a una escuela médica completamente diferente. Así un alópata no debe rehusar encontrarse con un homeópata *después de haber prevenido a la familia* o al enfermo que la consulta *sólo podrá ser sobre el diagnóstico y el pronóstico,* pero que el desacuerdo será inevitable en cuanto al tratamiento. *He sido llamado más de una vez por colegas homeópatas.* Redactamos *en común* las conclusiones relativas a los puntos sobre los cuales estamos de acuerdo, incluso la higiene y el régimen. Respecto al tratamiento, formulo mi opinión *personal* por escrito. Por lo demás, a las familias que tienen confianza en la doctrina homeopática, es evidente que los dos únicos puntos que les interesan son el diagnóstico y el pronóstico del consultante alópata llamado» (Dr. Le Gendre, pág. 399).

Estas líneas, y el ejemplo dado, establecen sin embargo una *sola* cosa: muestran que un alópata puede y debe en ciertos casos acudir al llamamiento de un tratante homeópata deseoso de tenerle por consultante (Prim. sesión del Congr. de 1900, pág. 331).

(4) Moureau y Lavrand, págs. 58 y sigs.; Dr. G. Morache, págs. 167 y sigs.; Dr. Dechambre, págs. 323 y sigs.

Dechambre nota con razón que el llamamiento de un médico homeópata no motiva, por parte del médico ordinario, una *ruptura definitiva.* Cita un hecho personal que tiene su interés.

«Sabía que la familia de un cliente, llegado al último término de una afección orgánica del corazón — familia animada hacia mí de una gran afección a la que correspondía —, era fuertemente aconsejada por otras personas de poner el enfermo *en manos de un homeópata* que designaban. Provoqué amistosamente una explicación, y se me propuso, en efecto, que me encontrara con este homeópata; rehusé, como también continuar mis visitas sin la presencia de éste, segunda propuesta que me hicieron. Pero prometí dos cosas: *primero,* enterarme de las novedades del enfermo en garantía de mi amistad persistente; y *segunda,* volver a la casa si salía el homeópata de ella. Este último caso se ha realizado antes de la muerte del pobre paciente, y se han renovado las antiguas relaciones, tan fieles como siempre» (Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 325; véase sobre la homeopatía al Dr. Vincent: *La médecine...,* págs. 275 y sigs., y sobre todo al Dr. Léon Vannier: *La doctrine de l'homœopathie française,* 1931).

(1) Dr. Dechambre, pág. 331.

(2) Dr. G. Morache, pág. 169.

4. La solución sería diferente si la familia, *a espaldas del médico ordinario,* consultara a otro médico. No habría desde entonces unidad en el tratamiento y no le quedaría al médico de cabecera otro recurso que retirarse (1).

159. III. Tercer caso. — El tercer caso *se justifica por su mismo enunciado.*

Indudablemente el enfermo está decididamente perdido: esta es la hipótesis. Pero la consulta no es inútil si se tiene una serie esperanza de levantar con ella el ánimo del paciente, de reanimar su confianza, de llevarle a reaccionar más vigorosamente contra la enfermedad, y de esta forma *prolongar su existencia.*

Sólo que, para evitar una decepción, es necesario hacer entender a la familia que nada se espera de la consulta propuesta.

§ 3. — Consulta plenamente inútil

160. Definición y principio. — I. Definición. — Una consulta es plenamente inútil cuando no puede tener *ningún* buen resultado, lo que ocurre *en dos casos:*

1. Si la enfermedad *no está todavía suficientemente declarada* para que el médico más experimentado pueda establecer un diagnóstico serio y fijar un tratamiento racional.

2. Si una consulta no puede servir, ni directa ni indirectamente, para salvar la vida del enfermo o prolongar sus días, o por lo menos disminuir sus sufrimientos.

II. Principio. — 1. El médico de cabecera no puede *pedir* nunca una consulta inútil desde todos los puntos de vista.

Hablando de semejantes consultas, «el público ha podido decir», con bastante justicia, «que con tal pretexto los médicos se prodigan amabilidades remuneradoras» (2).

2. Pero si la familia insiste para el consuelo del enfermo y el suyo propio, puede y debe aceptar la consulta *expresamente exigida,* después de haber advertido claramente a la familia su completa inutilidad.

Sin embargo «hay que tener en cuenta en este caso el estado de fortuna. Ciertos enfermos no vacilan en introducir la penuria en sus hogares para correr tras las opiniones más desilusionantes. El médico *hará bien en mo-*

derar su fantasía, en el grado que le sea posible sin causarles demasiado pesar, particularmente si entra en cuenta el charlatanismo» (1).

§ 4. — Consulta nociva

161. Cuestión que debe resolverse. — Si el médico consultante no carece, como suponemos, de ciencia ni de habilidad profesionales, el médico ordinario no puede nunca o casi nunca prever que la consulta será nociva para el enfermo.

Mas la consulta puede *de hecho* ser perjudicial al enfermo por el método demasiado teórico, la imprudencia o la presunción del consultante.

¿Cuál debe ser entonces la actitud del médico ordinario, al que suponemos dispuesto a no obstinarse en sus propias ideas, pero, en aquel caso, seguro de sí mismo?

Conviene distinguir tres casos, según la consulta prescriba un tratamiento *gravemente dañoso* para los intereses del enfermo, *menos seguro* por sí mismo o a causa de la naturaleza del cliente, *o tan sólo molesto* y propio para dificultar la justa libertad de acción que debe dejarse al médico de cabecera.

El principio director es necesariamente esta verdad indiscutible: el interés del enfermo ante todo; por consiguiente el médico está obligado, en su medicación, *a atenerse a lo más seguro.*

162. I. Primer caso. Error de diagnóstico y de tratamiento. — El médico consultante *no ha tenido bastante en cuenta* los antecedentes del enfermo, los síntomas observados en el curso de la enfermedad por el médico de cabecera, pero entonces desaparecidos, el orden en que se han desarrollado y encadenado los diversos fenómenos patológicos. Por esta razón, por considerar *demasiado exclusivamente* el estado presente del individuo, *se ha equivocado gravemente* en su diagnóstico, lo que ocurre más

(1) Dr. Dechambre, pág. 217.

Para *ampliar la cuestión* citaremos las líneas siguientes del Dr. *Eug. Hubert.* Se oirá la palabra de un hombre honrado y la expresión del más puro buen sentido.

«La *probidad* más vulgar prohibe abusar de las consultas, que motivan siempre grandes gastos.

El objeto es iluminar, y una vez hecha la luz, es inútil rehacerla a cada momento. El objeto es también determinar la dirección del tratamiento, y, encontrada la dirección, incumbe al médico tratante hacerla seguir. Volver diez veces cuando una sola basta es la explotación y la rapiña: el práctico honrado no hace estas extorsiones y ahorra al cliente gastos superfluos.

Las consultas multiplicadas *sólo* tienen *razón de ser* — he estado a punto de decir excusa — *cuando* el enfermo empeora, *o* está sujeto a cambios de aspecto caprichoso, *o* si la familia o el enfermo las exigen expresamente» *(Le devoir du médecin,* núm. 169, página 167).

Noël Hallé lo resume todo en esta fórmula feliz: «La *buena consulta* sólo tiene por objeto al enfermo con utilidad inmediata; *la mala* consulta, inútil, sirve sólo a los intereses del médico» *(De l'éducation médicale,* pág. 190).

de una vez (1). Además *ha persistido en su error* a pesar de las observaciones del médico ordinario, y, antes de abandonar la habitación del enfermo, ha *redactado una prescripción* en consecuencia, es decir, un tratamiento *nocivo.*

¿Qué hará el médico de cabecera después de haber rehusado firmar, como es justo, la prescripción de su colega?

1. *No puede,* en modo alguno, *ratificar las ideas del médico consultante,* puesto que las considera *ciertamente* falsas.

2. *Tampoco puede* consentir en vigilar el empleo de medios que estima *perniciosos* o *plenamente ineficaces,* cuando se impone y es posible una medicación eficaz.

3. *En consecuencia «debe* declarar abierta y francamente a la familia la imposibilidad en que se halla de compartir la opinión de su colega» (2).

4. *Hecho esto, queda en libertad* de pedir una segunda y en caso necesario una tercera consulta.

(1) «*Uno de los más ilustres* representantes de la medicina contemporánea confunde un cáncer del pulmón con un hidropericardio; *otro,* una fiebre tifoidea incipiente con una tifoidea en su declinación; *un tercero,* un reblandecimiento cerebral que comienza con una dificultad de la lengua producida por un diente malo. Si nombrara a mis autores se vería que no es calumniar a nadie desconfiar algo de los asertos de los consultantes» (Dr. Dechambre, pág. 215).

Si se estima que esto es historia antigua, he aquí un hecho más reciente contado por *Noël Hallé* y calificado de *error magistral* por abuso de autoridad.

Se trata del profesor U., y la escena ocurre en el hospital, donde acaba de ingresar «una niña enclenque y encantadora...: paliducha, flaca, con un tumor voluminoso en el flanco derecho.

El primer diagnóstico del maestro y de los discípulos fué: *Sarcoma del riñón.* Como nada había que perder, fué decidida la operación, supremo recurso, y por vía abdominal a causa del volumen del tumor.

La víspera del día fijado, hice un examen minucioso de la pequeña para redactar la observación, y me asaltaron algunas dudas: «¿No se trataría más bien de un *quiste hidatídico del hígado?,* me dije.» Al día siguiente por la mañana llega a su hora el profesor seguido de dos candidatos a la Agregación de la que era el juez.

Como era mi deber, le participé mis dudas y mi nuevo diagnóstico. El maestro sonrió, siempre indulgente, y repitió: «Sarcoma, sarcoma, sarcoma».

Incisión de laparotomía lateral superior derecha. El hígado abomba, tenso, con adherencias. U., algo nervioso, desprende el borde superior, y de pronto un chorro de líquido cristalino le salta a la cara. El maestro pierde completamente su serenidad, y el final de la operación, apresurado, se resiente de ello.

Aplicado el apósito, se retira el operador entre sus dos acólitos. Al pasar por la puerta le oigo decir imprudentemente: «Nunca más escucharé a mis internos; sólo me hacen hacer porquerías.»

El maestro no volvió en ocho días. La niña tuvo reacción peritoneal, local al principio, luego general; complicación amenazadora de la que triunfó gracias al hielo (y a la Hermana), después de varios días en los que la temperatura rebasó los 40 grados y los vómitos fueron incesantes. Pero el peritoneo de la niña tenía recursos defensivos insospechados.

A la vuelta del maestro la pequeña operada estaba fuera de peligro. «¡Ah! ¡Ah! ¡He ahí curada a la muñeca!», dijo aproximándose a la cama. Le di cuenta de los accidentes acontecidos presentándole la hoja de la temperatura. «¡Peritonitis! ¡Jamás esta niña ha tenido reacción peritoneal!» Y así me recompensó.

Por lo demás, esto poco importaba: la pequeña se había librado de una intervención, mal conducida *a consecuencia de un diagnóstico erróneo.* A cualquier otro que no hubiese sido un maestro le habría sido fácil evitar la falta por una punción.

El error magistral por abuso de autoridad puede llevar más lejos todavía» *(De l'éducation médicale,* págs. 161 y sig.; véase también págs. 173 y sig., en las que otro maestro, consultante, yerra el diagnóstico, y, a pesar de la opinión del tratante, que había acertado el diagnóstico, opera una pleuresía purulenta inexistente y mata al cliente).

(2) Dr. Dechambre, pág. 329.

«Conozco — dice Dechambre — una circunstancia en la que el médico resistió a dos consultantes sucesivos de alto renombre; el tercero (era Andral) le dió la razón, y más aún el curso de la enfermedad, que acabó por hacerse característico» (1).

5. *Si la familia no acepta* una segunda consulta y quiere obligar a su médico a vigilar el empleo de un tratamiento que estima *gravemente perjudicial* o *peligrosamente ineficaz*, el médico ordinario no tiene otro recurso que *retirarse*. No tiene derecho a emplear una medicación que considera claramente contraria a los intereses del enfermo.

Es decir, que la consulta no podría ser *imperativa*. «Un médico honorable puede consentir en tomar un consejo; pero no obligarse a seguirlo. Su responsabilidad personal es predominante» (2).

163. II. Segundo caso. Tratamiento menos seguro. — El médico consultante ha querido dejar huellas de su paso con *prescripciones nuevas* que, naturalmente, parecen al paciente y a la familia una *rectificación*, o por lo menos un *feliz complemento* del tratamiento seguido hasta entonces, pero que en realidad no son ni lo uno ni lo otro. Como es justo, la familia quiere apresurar la ejecución de estas nuevas prescripciones, de las que espera la salud. *¿Qué hará el médico de cabecera?*

Sólo tendrá en cuenta el mejor bien del enfermo. Si la nueva medicación es *menos segura* que la antigua, ya por sí misma, ya a causa del cliente, lo comunicará con claridad a los interesados y no la empleará: en materia parecida la consulta no podría ser *imperativa*, puesto que el médico de cabecera está obligado a aplicar los remedios *más apropiados* a la enfermedad y al enfermo.

164. III. Tercer caso. Tratamiento igualmente seguro y práctico. — Si la nueva medicación es *tan segura* como la antigua, igualmente apropiada al enfermo, de un manejo tan poco peligroso e igualmente práctico, el médico de cabecera, sin cuidarse de su amor propio, pondrá todo su celo en aplicarla.

En efecto, sin ser preferible, tendrá, en aquel caso, *la ventaja* de que suministra un medio de actuar más eficazmente *sobre la moral* del enfermo y de calmar más fácilmente las aprensiones de la familia.

Sin embargo, nada impide al médico ordinario, si no teme disminuir la confianza del enfermo, declarar a la familia que la nueva medicación no tiene en sí ninguna ventaja apreciable.

(1) Dr. Dechambre, pág. 329.
(2) *Ibid.* — El Dr. Eug. Hubert cita estas líneas de Dechambre y las hace suyas (*Le devoir du médecin*, núm. 167, pág. 166).

ARTICULO II

DEBERES DEL MEDICO CONSULTANTE

El médico consultante tiene, a la vez *hacia el enfermo y hacia el médico ordinario*, deberes que pueden resumirse en esta breve *fórmula*: debe, a título de *justicia*, cuidar los intereses del enfermo y, a título de *caridad*, los del colega, es decir, la reputación del médico de cabecera, que se esforzará en salvaguardar tanto como le sea posible.

Sin embargo, conviene enunciar este principio en términos menos generales y explicarlo.

165. Principio. — Después de haber inquirido cuidadosamente del médico ordinario los antecedentes del individuo, los síntomas patológicos entonces desaparecidos, su encadenamiento, el tratamiento empleado y los resultados obtenidos, el médico consultante examinará por sí mismo con la mayor atención y mucho tacto el estado presente del enfermo.

1. *Hecho esto, y si su parecer coincide* con el de su colega, aprobará plenamente el diagnóstico establecido por el médico ordinario y el tratamiento seguido hasta entonces.

2. *Si comprueba que se ha incurrido en error grave*, lo rectificará; pero lo rectificará en secreto y con mucha prudencia, para no perjudicar, si es posible, la buena reputación de su colega y despertar las susceptibilidades del amor propio.

3. *Finalmente, si estima* que puede *completarse* ventajosamente la medicación, indicará, con la misma discreción y caridad, los felices complementos que juzgue oportunos y practicables.

166. Orden que debe seguirse en la explicación. — Acabamos de ver que el médico consultante tiene, por decirlo así, una *tarea múltiple*: debe interrogar al médico de cabecera y examinar minuciosamente al enfermo; luego, según los casos, *aprobar, rectificar* o *completar* el diagnóstico y el tratamiento.

Por consiguiente, *para explicar* con método el principio enunciado antes, tenemos que exponer y aclarar *cinco cuestiones*.

167. I. Encuesta. — Una vez reunidos los consultantes con el médico ordinario en una habitación separada de la del enfermo, «el médico habitual expone la *historia del caso*, su comienzo, su curso, la medicación empleada, sus efectos, etc.

Esta conferencia preliminar tiene gran importancia, porque, lejos del paciente, está permitido *explicarse libremente* sobre la naturaleza y la gravedad del caso, y también porque los consultantes pueden plantear *cuestio-*

nes de hecho, cuya solución prepara el interrogatorio, al aclarar ya el examen al que se procede a continuación» (1).

168. II. Examen del enfermo. — El examen del enfermo por el consultante o consultantes consiste en el *interrogatorio del paciente,* y, si hay motivo para ello, en la *inspección corporal,* por ejemplo la auscultación (2).

Las *dos cualidades* que deben brillar aquí en primer término son la atención concienzuda y una prudencia llena de tacto. La atención concienzuda salvaguarda los intereses del enfermo, y la prudencia, los del médico ordinario.

1. Atención concienzuda. — «En el caso en que han sido llamados varios consultantes, nunca se recomendará demasiado que *aporten todos* una atención igual al interrogatorio y al examen. No es raro ver que, dejando la iniciativa a uno de ellos, parecen los demás *extraños a la escena* y contemplan el techo o los cuadros» (3). Sin duda el personaje más calificado, y en su defecto el médico de más edad, es quien hace las preguntas. Pero «los demás consultantes completan, si hay lugar a ello, el examen, y practican siempre ciertas investigaciones de carácter personal, como la auscultación: esto es esencial; por lo demás es bien comprensible» (4).

2. Prudencia y tacto. — Precisa al médico consultante mucha prudencia, tacto y dominio de sí mismo, con cierto grado de finura, para no decir nada en este momento, no demostrar nada en el rostro, no manifestar por el gesto, no aprobar o parecer aprobar nada que *comprometa,*

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 326.

Sin embargo, «algunas veces es preferible — a menudo es el tratante quien lo reclama — que *no tenga lugar* esta conversación preliminar.

Por una parte, la familia no podrá temer que el tratante influya sobre la opinión del consultante — temor frecuente en ciertos medios — respecto al diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, para ciertos diagnósticos difíciles, por ejemplo cuando ha habido ya opiniones divergentes expresadas por varios médicos, el nuevo consultante conservará mejor su libertad de apreciación, y su opinión tendrá un mayor peso sobre la familia» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 400 y sig., 1931).

Añadamos, sin embargo, que estas líneas señalan la *excepción,* y no la regla.

(2) «*Hay que recordar* a los jóvenes consultantes que, en los medios modestos y en un paciente que no está hecho a los exámenes médicos, la entrada en escena de un médico nuevo ansiosamente esperado ejerce una impresión muy viva sobre el sistema nervioso. Si se quiere que el interrogatorio dé todos sus frutos, *hay que darle tiempo para que se tranquilice* y se acostumbre al aspecto y palabras del recién llegado, del que tanto espera, y cuya intervención es a menudo un importante sacrificio pecuniario para él y su familia» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 401, 1931).

(3) Dr. Dechambre, pág. 327.

Se pueden ver dos tipos de consultantes. Uno, trazado por *Noël Hallé (De l'éducation médicale,* pág. 191), es de una falta de tacto llevada al cinismo. El otro, finamente dibujado, con el nombre de *Wenceslas,* por *Maurice de Fleury (Le médecin,* pág. 65), es demasiado artista, demasiado enamorado de las obras de arte.

(4) Dr. G. Morache, pág. 168.

«El de mayor edad o el más elevado en la jerarquía profesional examina primero al paciente, y los otros *siguen atentamente* el examen para no tener que fatigar demasiado al enfermo obligándole a sufrir varias veces exploraciones de fácil comprobación. Sin embargo, si tienen necesidad para documentarse con precisión de hacer a su vez investigaciones — lo que es indispensable para la palpación y auscultación — deben hacerlo con todas las precauciones posibles» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 402 y sig., 1931).

a los ojos vigilantes del enfermo y más aún de la familia, la autoridad, tal vez ya quebrantada, del médico habitual.

Nunca se meditarán demasiado los sabios consejos del doctor Dechambre a este respecto.

1.° «*El interrogatorio* del enfermo en estas condiciones exige, desde el punto de vista confraterno, *tacto y moderación*... No es raro que las familias den entonces curso a su prevención, mezclando sus respuestas con las del enfermo o pidiendo explicaciones al consultante. Si éste tiene finura, podrá malograr su táctica *sin aparentar comprenderla.* Si no lo logra, la combatirá *directamente,* desviando o contrarrestando las observaciones.

2.° *El examen físico* da lugar a las mismas observaciones. Los parientes inteligentes están atentos a los signos de la percusión: no pudiendo seguir el oído o la mano del consultante en la auscultación o la palpación, espían su rostro y recogen sus menores palabras. El médico consultante debe obrar de suerte que los resultados del examen no aparezcan, a los ojos de los asistentes, contrarios a los que había declarado el médico habitual» (1).

Terminado el examen, el consultante conferencia *secretamente* con el médico habitual, y, *según los casos,* aprueba, rectifica o completa.

169. III. Aprobación. — Si el médico habitual es un hombre instruído, concienzudo y experimentado, el médico consultante *de ordinario* sólo tendrá que aprobar pura y simplemente cuanto se ha hecho ya.

Esta aprobación, plena y completa del médico consultante, es fecunda en resultados felices: afirma la autoridad del médico habitual y excita su celo del mejor modo para los intereses del enfermo y de la familia. Conviene, pues, que el consultante, después de haber entrado nuevamente con su colega en la habitación del enfermo, ponga esta aprobación en conocimiento de los interesados. Pero «en lugar de proclamar por sí mismo la conformidad, es preferible llevar a *la familia a comprobarla* como una consecuencia de la exposición hecha ante ella. En esta exposición se procurará especialmente no dejar sospechar la menor crítica del diagnóstico anteriormente establecido y del tratamiento que de él se ha derivado» (2).

(1) Dr. Dechambre, págs. 326 y sig.

«Bajo ningún pretexto *debe* llamar la atención del médico tratante sobre tal o cual punto que habría podido escapársele, o si lo hace en interés del enfermo, que sea con mucho tacto y sin molestar para nada al tratante.

La dificultad es a veces grande, y si el médico tratante ha descuidado el examen de ciertos órganos, o ha anunciado un estado morboso inexistente, a pesar del mayor deseo de obrar con corrección absoluta, el consultante se expone a hacer al colega tratante una afrenta involuntaria.

Era yo todavía un consultante novicio cuando, llamado por una enferma a la que un colega había diagnosticado un tumor de la pelvis, comprobé en primer término una vejiga distendida. No se me ocurrió absolutamente que hubiese podido desconocer esta retención, y considerándola como un episodio reciente, dije: «Vaciemos primero la vejiga para explorar mejor los órganos pélvicos.» Mi colega cambió de color y balbuceó con tan poca fortuna algunas palabras que la enferma y la familia se dieron cuenta inmediatamente de su error. Yo no estaba menos confundido que mi colega, y desde entonces ya no me he sorprendido de nada» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 401 y sig., 1931).

(2) Dr. Dechambre, págs. 328 y sig.

Esta manera *indirecta* de aprobar al médico habitual ofrece una *doble* ventaja.

1.° En primer lugar es *más persuasiva:* a los juicios ya hechos e impuestos por otro, preferimos los juicios que deducimos nosotros mismos a manera de conclusiones.

2.° Luego *no compromete el futuro:* si el consultante tiene el hábito de no declarar jamás *directamente* que comparte en todo la opinión de su colega, le será más fácil disimular su verdadero pensamiento el día en que, no compartiendo esta opinión, no querrá por caridad manifestar sus sentimientos íntimos.

170. IV. Rectificación. —Si el médico habitual ha cometido *algún error importante,* el consultante «tiene el deber estricto de decírselo y de no firmar la consulta mientras no haya logrado convencerlo» y salvaguardar con ello los intereses del enfermo (1).

Pero lo rectificará *en secreto* y con todas las consideraciones debidas a la ciencia, a la experiencia, a la edad, etc.

Después de haber conferenciado secretamente con su colega, *procurará,* en la exposición del caso que hará ante el enfermo y la familia, que éstos *no lleguen a sospechar.* «Si la diferencia es evidente y debe además manifestarse en el tratamiento ulterior (como la aplicación de un vejigatorio sobre determinada parte del pecho), debe presentarla *como un efecto natural de la marcha de la enfermedad*» (2).

De todos modos, no hay que considerar como imposible o *demasiado difícil* la práctica de esta delicada caridad hacia los colegas. Muchos médicos dan el ejemplo; y tenemos el placer de citar las líneas siguientes que trazan, desde este punto de vista, el retrato del *doctor Charruau.*

«Si llamado a consulta no compartía la opinión del médico ordinario, *no se lo comunicaba más que a él,* guardándose mucho de dejar sospechar a la familia que sustentaba un parecer contrario. Si a veces no encontraba la misma delicadeza en los procedimientos de un colega, sufría sin duda, pero no guardaba rencor. Siempre amable para con los *jóvenes* principiantes en la carrera, procuraba ayudarles a darse a conocer, a riesgo de perder a veces algunos clientes. Se dirá que esto no es una virtud muy elevada. Seguramente; pero esta manera de obrar es el efecto por lo menos de una caridad sincera y de una verdadera modestia. ¿Son muy comunes estas cualidades?» (3).

171. V. Complemento. —Para no debilitar el resorte intelectual y moral del médico habitual, y disminuir tal vez su autoridad, el médico consultante no debe permitirse *nuevas prescripciones* más que cuando las juzgue *verdaderamente útiles* para completar y activar el tratamiento seguido hasta entonces, y apropiadas, como lo suponemos, a la naturaleza del mal.

Si las estima oportunas desde este punto de vista, explicará a la familia, o más bien la inducirá por su exposición a convencerse de que no se trata de una rectificación del tratamiento anterior, sino de un feliz complemento *que el curso de la enfermedad exige naturalmente* y habría sugerido sin duda el médico ordinario.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 59.
(2) Dr. Dechambre, pág. 327.
(3) *Mes parents,* pág. 33.

172. Conclusión. —Siguiendo estas reglas de buen sentido, que requieren para ser observadas algún olvido de sí mismo, y, digamos la palabra, una *real abnegación,* el médico consultante *conciliará* los intereses del enfermo con las legítimas exigencias de la confraternidad médica. Cumplirá a satisfacción de todos su *doble deber* de justicia hacia el enfermo y de caridad para su colega (1).

La manera práctica de servir los intereses del enfermo sin minorar la autoridad del médico habitual *resalta aún mejor* de lo que nos falta decir sobre el *modo de proceder.*

ARTICULO III

MODO HABITUAL DE PROCEDER

El encadenamiento de las ideas nos ha llevado ya a indicar parcialmente, en los artículos que preceden, el *modo habitual* de proceder.

Vamos a *completar esta exposición* y a describir cómo se ejerce *de ordinario* la acción común del médico consultante y del médico de cabecera, *antes, durante y después* de la junta. Claro está que muchos detalles variarán según las circunstancias. *Lo esencial* es salvaguardar el principio de

(1) Dos celebridades médicas fueron en su tiempo *modelos de consultantes.*

«He tenido la buena suerte, al principio de mis estudios, de ver operar de acuerdo, como consultantes, a dos de los mejores maestros del pasado siglo: *Potain* y *Guéneau de Mussy.* Les he oído discutir sabiamente durante una hora sobre las indicaciones terapéuticas a propósito de un viejo diabético en el período de acetonemia, en el que el delirio onírico alternaba con un semicoma. Todos los detalles de régimen y de tratamiento fueron reglados por escrito *con el menor detalle,* como si hubiera sido posible la curación. Antes de separarse, estos dos maestros se preguntaban si lo habrían previsto todo, y hecho todo lo posible: eran en verdad dos modelos de las más altas virtudes profesionales.

Tal era la reputación de *Potain* como consultante, que no podía acudir a todas las demandas. En un cierto mundo era necesaria, en los casos desesperados, la intervención de Potain. Su consulta *in extremis* se había convertido en una especie de último sacramento médico; en su administración aportaba verdaderamente una dignidad sacerdotal» (Noël Hallé: *De l'éducation médicale,* pág. 191).

Maurice de Fleury añade algunos rasgos a este bosquejo de Potain consultante. «Creo que ningún médico fué más llamado en consulta ni asistió a más moribundos. Se le llamaba en los casos graves, a menudo en los desesperados, deseando de él algún milagro. Se recurría a su diagnóstico, que se sabía seguro, a su terapéutica, que se sabía llena de recursos, a su bondad, que era para todos. No tenía por costumbre pedir honorarios: tímidamente, casi vergonzosamente, sin mirar, tomaba lo que se le daba y lo metía torpemente en el bolsillo» (*Le médecin,* págs. 72 y sig.).

que la opinión emitida por los médicos reunidos en junta es una *opinión colectiva,* y no una serie de opiniones *individuales.*

§ 1. — Antes de la consulta

173. Prepararlo todo. — La consulta, hemos dicho, ha sido *provocada,* o por lo menos *aceptada,* por el médico de cabecera, que ha designado él mismo al consultante o ratificado la elección hecha por el enfermo y la familia.

Falta *prevenir* y *decidir* al consultante, quien, libre en principio de aceptar o rechazar la proposición, no podría en la práctica, sin razones graves, rehusar un servicio de esta naturaleza (1).

«*Las familias* tienen una propensión marcada a encargar a su médico habitual que se concierte directamente con el colega o colegas designados. Es un servicio que se puede prestar convenientemente, pero que expone a desplazamientos, pérdida de tiempo, sobre todo si el número de consultantes hace complicada la negociación. Lo mejor es *hacer por escrito* proposiciones del día y la hora, que uno de la familia irá a presentar. El momento escogido *por el más antiguo* debe ser el preferido en general, pero no tan obligatoriamente como en el tiempo de las antiguas facultades» (2).

En la carta de invitación dirigida al médico consultante *será a menudo ventajoso* hacer una exposición luminosa del caso: el consultante tendría así todo el tiempo para reflexionar y sentar de antemano las bases de un juicio motivado.

§ 2. — Durante la consulta

174. I. Recapitulación de lo dicho *sobre la conferencia preliminar y el examen del enfermo.*

1. Conferencia preliminar. — Hemos hablado ya (núm. **167**) de la *conferencia preliminar,* muy importante, celebrada en una pieza separada del cuarto del enfermo y que para que tenga frutos exige: por parte del *médico de cabecera,* brevedad y precisión en la exposición del caso, y por parte del *consultante,* flexibilidad de espíritu, exenta a la vez de confianza ciega y de incredulidad presuntuosa.

2. Examen del enfermo. — Hemos dicho también *cómo* conviene proceder al interrogatorio del enfermo y a la inspección corporal (núm. **168**).

175. II. Deliberación subsiguiente. — La deliberación *que sigue al examen del enfermo,* y se hace en la pieza separada de que hemos hablado, *motiva algunas observaciones útiles.* Recae sobre las precauciones que deben tomarse, sobre el objeto de la reunión y el orden de las opiniones, sobre las cualidades requeridas, sobre la advertencia que precede a la entrada en la cámara del enfermo.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 59.
(2) Dr. Dechambre, págs. 325 y sig.

1. Precauciones. — En la pieza a la que se retiran los médicos «las puertas tienen a menudo oídos, y es una *precaución útil* asegurarse materialmente de su discreción, y aun esto no siempre basta: sé de juntas que han tenido testigos secretos detrás de un piano o debajo del mantel de una mesa» (1).

Si la familia está alojada con estrechez, puede ocurrir que no haya ninguna pieza libre donde puedan hablar el médico consultante y el de cabecera. Se han dado casos en que se han visto obligados a deliberar en un rellano de la escalera o en la misma calle.

2. Objeto de la reunión y orden de las opiniones. — *El objeto de esta segunda reunión* es determinar, después del cambio de ideas, la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, la medicación que debe seguirse y lo que conviene decir a la familia y al enfermo.

Por esto cada uno de los médicos presentes expone su idea, comenzando *por el más joven.* «No se tiene en cuenta ya como en otro tiempo el orden de recepción al grado de doctor» (2).

3. Cualidades. — Las cualidades que deben presidir este consejo de vida y salud son una fecunda *libertad de palabra,* una perfecta *cortesía,* un *espíritu eminentemente práctico.* Cada uno de los asistentes debe, con toda sencillez, presentar las observaciones que el caso le sugiere y dar libremente su opinión; pero con la cortesía, la modestia y la deferencia para los demás que son el más bello florón del verdadero saber; sin vagar en discusiones teóricas que serían estériles, sino adaptándose de cerca al hecho y con la vista siempre fija en el único objeto que es la curación, o por lo menos el alivio, del enfermo.

4. Notificación. — «Cuando, después de la discusión, se ha podido *establecer una línea de conducta,* se ávisa generalmente a uno de los miembros de la familia, pero esforzándose en no dejar ver, más tarde, al enfermo que se ha hablado de él en particular a uno de los suyos» (3).

176. III. Explicación. — Terminada la deliberación, se vuelve al cuarto del enfermo, o, si éste se halla demasiado fatigado, se reúnen en el salón de familia para las conclusiones. En nuestros días el más calificado o el de más edad es quien tiene la palabra para dar cuenta al enfermo o a su familia «de lo que se ha determinado... *o de lo que puede y debe conocer*» (4).

Hemos ya hablado bastante del espíritu de caridad y de qué manera debe realizar su tarea particularmente delicada (núm. **169** y sig.).

(1) Dr. Dechambre, págs. 327 y sig.
(2) Dr. Dechambre, pág. 328.
(3) Dr. G. Morache, págs. 168 y sig.
(4) Dr. G. Morache, pág. 169.

«Si hay que *redactar una consulta escrita,* lo hace el más joven (1), que oficia de secretario, y es firmada por todos los consultantes» (2).

Finalmente «de la consulta puede derivar, y así ocurre con frecuencia, la necesidad de una *intervención quirúrgica.* Como esta perspectiva espanta particularmente, hay que dar cuenta de ello al enfermo con infinitas precauciones, pero también con la mayor firmeza. Hay que exponer claramente *que no hay otra solución posible,* y que cuanto más se aguarde tanto más inseguras serán las probabilidades de éxito» (3).

§ 3. — Después de la consulta

177. I. Prudencia y discreción. — Hemos dicho ya que los médicos, al retirarse, *deben* evitar en la conversación entre ellos, o con un miembro cualquiera de la familia, hablar del enfermo, por lo menos mientras éste puede percibir, sin oír lo que se dice, de que es el objeto de la conversación (núm. **106**).

Si hay motivo para advertir al paciente de la gravedad de su estado, el médico consultante dejará de ordinario este encargo *al médico de cabecera,* que lo cumplirá según las reglas establecidas antes (**129**). Naturalmente *podrá y deberá intervenir* si el médico habitual ha tratado ya en vano de ilustrar al enfermo y ha chocado con una persistente incredulidad (4).

178. II. Honorarios del consultante. — «La costumbre quiere que el *médico de cabecera* se encarge de los honorarios del consultante, siempre que la familia, con el consentimiento de aquél, no los satisfaga ella misma.

(1) *De ordinario, antes de volver al cuarto del enfermo,* «es prescrita la receta por el *médico habitual,* firmada por él *primero,* y *luego* por el o los consultantes» (Dr. Dechambre, pág. 328; Dr. Le Gendre, pág. 320).

(2) Dr. G. Morache, pág. 169.

(3) *Ibíd.,* pág. 170.

Noël Hallé *resume así* lo que acabamos de exponer en los dos primeros párrafos.

«La *técnica general* es la siguiente: El *consultante* es el que fija el día y la hora. El acto *comienza* por una conversación privada entre el médico tratante y el maestro», entiéndase el consultante. «Conversación puramente médica durante la cual hay que desconfiar de las paredes y de las puertas, que tienen oídos. *Prosigue* en la cabecera del enfermo por un interrogatorio y examen en partida doble. *De nuevo* los médicos hablan reservadamente, luego redactan la prescripción. Vuelven a ver al paciente para comunicarle lo que han resuelto y darle los ánimos de costumbre. Antes de partir el consultante debe decir a la familia la verdad sobre el diagnóstico y el pronóstico.

Para que no sea estéril, la consulta debe terminar por un *acuerdo perfecto.* Después de este acuerdo, el médico tratante sólo tiene que seguirlo, conformándose sin comentarios con lo prescrito (*De l'éducation médicale,* pág. 191).

(4) «Hay consultantes que son sistemáticamente de un optimismo *que ellos mismos saben excesivo,* pero que les produce la satisfacción de verse acompañados por las gracias y las sonrisas de la familia, aun en los casos en que la muerte acecha. Este egoísmo profesional es de *mala confraternidad.* Si antes de su llegada el colega había hablado ya de la terminación fatal, su situación frente a la familia se hace a veces muy difícil hasta que su pronóstico se comprueba, y aun así está expuesto, si transcurre cierto plazo, a que este término sea atribuído a una mala ejecución de los consejos del consultante» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 310, 1931).

Es natural que dichos honorarios sean *más elevados* que los del médico ordinario. El consultante ha sido llamado a causa de su *gran reputación,* o también de una *especialidad* que suponemos justificada por conocimientos especiales, lo que quiere decir que está autorizado a percibir mayores honorarios.

Puede ocurrir, sin embargo, que el consultante tenga pretensiones excesivas. En este caso el deber del médico de cabecera, que es el mandatario de su cliente, es «*de colocarse entre el enfermo y el consultante* para proteger al primero de la rapacidad del segundo» (1).

Por lo demás es posible *prevenir* cualquier dificultad por una *doble precaución: antes de la consulta,* el médico de cabecera advertirá a la familia de que debe pensarse en tal suma como honorarios convenientes en aquella circunstancia; *después de la consulta,* el consultante seguirá el consejo del de cabecera, que conoce el estado económico del enfermo, y fijará, antes de reaparecer ante la familia, la tasa de sus honorarios. «Por regla general los honorarios son satisfechos inmediatamente bajo sobre en las familias al corriente de los usos» (2).

(1) Dr. Dechambre, pág. 330. — El médico tratante tiene el derecho, y hasta el deber si es necesario, de pleitear en favor de su cliente para protegerle en ciertos casos contra asperezas excesivas. — «He ahí un bonito bronce de arte y un paisaje holandés de valor... Voy a pedir 100 francos de más.

—No, no, querido colega, ¡fíjese en que el bronce es cinc, y el cuadro es copia solamente!...»

¡Esto lo he oído, y me hubiera gustado que el propietario de los objetos lo hubiese oído también! (E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 168, pág. 167).

(2) «*Más controvertida* es la cuestión de los honorarios del médico *tratante* en la consulta. La costumbre más extendida es que sea el doble o triple de la visita ordinaria; pero a menudo esto es insuficiente. En efecto, la consulta es causa para el tratante de una pérdida de tiempo y de múltiples inconvenientes: ha debido escribir al consultante o visitarle, hacer una visita más larga y a una hora determinada, que perturba la organización de su día de trabajo...

Ocurre que una familia, que ha pagado sin protestas al consultante, se disgusta por la elevación del precio de la visita del tratante el día de la consulta cuando éste envía la nota. Para evitar este disgusto e injusticia es deseable que se generalice la costumbre del uso de la *nota común.* Al terminar la consulta, el consultante dice a la familia: «Según nuestras reglas profesionales nos deben ustedes tal suma, que comprende tanto para mí y tanto para mi colega» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 404 y sig., 1931; véase sobre esta *nota común,* muy bien adaptada a un *acto colectivo:* H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* págs. 188 y sig.).

SECCION SEGUNDA

REMEDIOS Y CONSEJOS MORALES

En esta segunda sección, colocándonos en el punto de vista del derecho natural y de las conclusiones que de él derivan (1), *examinamos* lo que *debe ser:* la acción sobre lo físico por los remedios (cap. XII); la acción sobre lo moral (cap. XIII); el hipnotismo en terapéutica, que obra poderosamente sobre el psiquismo inferior por la sugestión (cap. XIV); todo consejo médico que se relacione con las costumbres (cap. XV). Completaremos con la exposición del *freudismo* el capítulo XIV.

El enlace entre estas cuestiones aparece ya, y resaltará mejor aún de la breve introducción al capítulo XII.

(1) *En otros términos,* nos situamos *exclusivamente* en el punto de vista *moral,* que nunca debe confundirse con el punto de vista *médico.* Entre los dos puntos de vista, si bien hay distinción, hay también estrecha conexión y fácil acuerdo.

1.º *Hay estrecha conexión.* — La moral *ordena* al médico emplear los remedios que, en relación con la enfermedad y con el enfermo, *son de todo punto los mejores,* sin tener nada de *deshonesto...* Si es necesario, completa esta primera tarea señalando los medios de curación que el derecho natural reprueba.

A su vez la *terapéutica aplicada* indica con mayor o menor certidumbre *cuáles son* en cada caso los remedios *mejores.*

Es decir, que el práctico derivará de una y de otra, *de la terapéutica y de la moral,* su regla práctica de acción.

2.º *Hay fácil acuerdo.* — La moral prohibe muy raramente lo que prescribe la terapéutica... Y si condena tal procedimiento, permite de ordinario otro que dará el mismo resultado. Demos un ejemplo. Para establecer científicamente las secuelas de la blenorragia, y para curarla en lo que es posible, un médico quiere cultivar el esperma de su cliente. Para ello no puede prescribir la masturbación ni el empleo de un condón (S. C. S. O., 2 agosto 1929; A. A. S., pág. 490, 1929). Pero nada se opone en cambio a que extraiga directamente el semen de los testículos del enfermo.

CAPITULO XII

ACCION SOBRE EL FISICO POR LOS REMEDIOS

179. Objeto y división. — I. OBJETO. — En sus visitas, en sus consultas, en todas sus relaciones con el enfermo, y *especialmente en su medicación,* el médico que pretenda no ser veterinario, debe recordar que el hombre no es un *puro animal,* sino un *animal razonable,* un *compuesto substancial* de dos partes, materia ciega y alma consciente, unidas, por un lazo misterioso y frágil, en la unidad de una misma naturaleza humana y de una misma persona física, *obrando sin cesar y reaccionando* una sobre otra.

Convencido de esta acción constante del alma sobre el cuerpo y del cuerpo sobre el alma, el médico, para llegar a su objeto, que es la curación del organismo, se esforzará en obrar SOBRE EL HOMBRE EN CONJUNTO: *sobre el cuerpo* para devolverle la salud; *sobre el alma* para que ésta ejerza sobre el cuerpo, por su vigor moral y su confianza, una acción favorable al restablecimiento de las fuerzas físicas.

En el capítulo siguiente trataremos de la acción del médico *sobre la moral* del cliente, sobre el alma.

En el presente capítulo sólo nos ocuparemos de la acción *sobre el físico,* sobre el cuerpo, sobre el organismo, acción que se deja sentir *principalmente* por los remedios. Examinaremos cuál es, desde el punto de vista terapéutico y profiláctico, *el deber de estado* del médico.

II. DIVISIÓN. — Es manifiesto que el empleo de los remedios debe *estar siempre subordinado* al objeto esencial, al que toda buena medicación ha de apuntar, cuando no alcanzar.

Por esto en un *primer artículo* comenzaremos por recordar que el *objeto primero y esencial* de toda intervención médica que no va dirigida a *prevenir* la enfermedad, y particularmente de toda intervención terapéutica, es la curación, o por lo menos el alivio del enfermo. De este objeto primero y esencial, si no único, deduciremos esta importante *consecuencia:* el médico no puede permitirse comprobar, *a expensas de su cliente,* una hipótesis científica, aunque sea de alcance extraordinario.

El *segundo artículo* establecerá el *principio fundamental* que rige, conforme al objeto que se persigue, el empleo de los remedios, e ilustrará, en relación a las *cuatro clases de remedios* que es posible distinguir, las consecuencias de este principio.

El *tercer* artículo y el *cuarto* tratarán de la acción preventiva.

ARTICULO PRIMERO

DEL OBJETO ESENCIAL DE LOS REMEDIOS

§ 1. — Principio y explicación

180. I. Principio. — El objeto primero y esencial de toda intervención médica o quirúrgica que llega demasiado tarde para *prevenir* el mal, y por consiguiente el objeto de todo remedio administrado a un enfermo, es *devolver la salud* a este enfermo; y, si es imposible curarle plenamente, *mejorar su estado*, prolongar su vida o por lo menos *disminuir sus sufrimientos*, ora directamente obrando sobre el organismo, ora indirectamente procurándole, a falta de remedios mejores, el dulce consuelo de no sentirse abandonado.

Una vez más prevenir la enfermedad, curarla, aliviar, consolar: es toda la *razón de ser* de la medicina y de la terapéutica (1).

181. II. Explicación. — El principio que acabamos de enunciar es tan claro y evidente que las *explicaciones largas* harían el efecto de nubes delante del sol. *Algunas palabras* bastarán.

1. El objeto primero y esencial es el fin al que debe *constantemente tender* la medicina, que es el arte de curar, y por consiguiente el médico, so pena de renunciar a su misión y dejar de ser.

Es el objeto al que *deben estar subordinados* todos los demás fines: progreso de la ciencia, mejoría de la raza, bien futuro de la humanidad, etc.

2. Este objeto, que es la curación, el alivio, el confortamiento, ha sido ya descrito por *el autor del Eclesiástico*: «Rinde al médico para tus necesidades los honores que le son debidos: pues el Señor es quien le ha creado. Es de Dios en efecto de quien viene la curación... El Señor hace producir a la tierra sus medicamentos, y el hombre sensato no los desdeña. Por ellos el hombre *procura la curación y mitiga el dolor*. El farmacéutico hace con ellos mixturas, y apenas ha acabado su obra cuando por él el bienestar se extiende sobre la tierra» (2).

§ 2. — Consecuencia: la experimentación para comprobar una hipótesis científica

Puesto que el deber del médico es el de curar o por lo menos aliviar al enfermo, se ve lo que hay que pensar de *todo experimento* ciertamente nocivo o gravemente peligroso.

(1) Nada decimos aquí de las intervenciones radioterápicas hechas con un objeto *puramente estético*. Claro está, sin embargo, que un médico prudente no se expondrá al peligro de convertir en un *mal grave* una ligera imperfección física.

(2) Eccli. 38, 1-9.

La experimentación en el sentido general de la palabra puede tener por *objeto* comprobar la eficacia de un remedio todavía poco conocido o el fundamento de una hipótesis científica (1).

Sólo hablaremos aquí de la *segunda* forma de experimentación. La *primera* encontrará su lugar naturalmente en el artículo segundo que trata de los remedios (núm. 189 y sig.).

182. Principio. — *Si se exceptúa* el caso de un culpable regularmente condenado a muerte, y que consienta en la experimentación, un médico *nunca puede*, por el mayor bien de la ciencia y de la humanidad, comprobar una hipótesis científica, ora a expensas de la vida y de la salud de un enfermo, ora incluso a expensas de la propia vida y de su propia salud.

Naturalmente, se supone que la experiencia de esta pura hipótesis *es realmente peligrosa* (2). Si sólo puede tener un inconveniente *ligero o pasajero*, nada se opone a que el médico la experimente en sí mismo o hasta sobre un enfermo si éste consiente.

Para explicar este principio vamos a exponer la única excepción y la doble prohibición que contiene.

183. Unica excepción. — Comenzaremos por descartar *la única excepción*, por lo demás *poco práctica*, que conviene hacer al principio.

(1) Importa grandemente *distinguir* estas dos formas de experimentación. Esta es la condición esencial *para no interpretar falsamente* el verdadero sentido de los principios morales que sentamos en este párrafo, en el que consideramos la experimentación *en su acepción más estricta*, y reglas morales enteramente diferentes que enunciaremos en el artículo segundo, en el que estudiaremos el experimento en una *acepción más amplia*.

Aquí (núm. 182 y sig.) *no hablamos* del médico que, en el sentido menos técnico, experimenta, es decir, emplea un remedio *no ensayado todavía* en el hombre, *con miras* a prevenir para largo tiempo una enfermedad, por ejemplo la viruela, o a impedir que se declare cuando, como la rabia, está en el período de incubación, o a curar una enfermedad ya declarada, y si en estos diversos casos el remedio tiene éxito, a hacer progresar la ciencia médica con gran beneficio de la humanidad doliente. El artículo II *del empleo de los remedios* resolverá esta cuestión.

Hablamos únicamente del médico que, en el sentido preciso de la palabra, experimenta, y que por lo tanto *se propone ante todo*, sin excluir la curación de su enfermo, la comprobación de una hipótesis científica *no establecida todavía de modo suficiente*, y con ello el progreso del arte médica.

He aquí, entre otros, un ejemplo que aclara mejor nuestro punto de vista. En una enfermedad grave, un práctico tiene a su disposición un remedio *bastante seguro*, pero que implica algunas veces para el porvenir, *si bien muy raramente*, consecuencias lamentables. Por lo demás cree haber descubierto un remedio que curaría al paciente y no daría lugar en el porvenir a ninguna consecuencia desfavorable. Pero *no ha comprobado todavía* en el animal la eficacia y la innocuidad de su descubrimiento mediante una serie de experiencias bien conducidas. Los principios que sentamos aquí demuestran que no puede administrar *su* medicamento, cuya virtud es *pura* hipótesis terapéutica: el bien de la humanidad, a que el inventor aspira en primer lugar, no legitima el experimento.

(2) Así el acto del *Dr. Nic. Chervin*, que hemos recordado en el núm. 74, no le hacía correr *en realidad* peligro alguno.

La *fiebre amarilla* es debida únicamente a la picadura del mosquito *stegomia*, que inocula el virus. El doctor español Ch. Finlay lo afirmó *ya en 1879* después de numerosas experiencias. *Más tarde* la comisión americana de la fiebre amarilla estableció nuevamente la prueba de ello, sin hacer al parecer justicia al médico español.

Pero en tiempo de Chervin, muerto en 1843, la ciencia no estaba tan avanzada. Por esta causa hemos podido hablar de imprudencia heroica.

Si importa al progreso de la ciencia, y por consiguiente al bien de la humanidad, comprobar en el hombre una hipótesis científica que no ha sido todavía establecida, el médico puede, con el *doble asentimiento* de la autoridad pública y del paciente, experimentar la hipótesis en cuestión sobre un sujeto justamente condenado a muerte.

Por esta razón Moureau escribe *con derecho:* «La experiencia, que se ha hecho célebre, intentada por M. Van Beneden (de Lovaina) se libra de toda reprobación. Se trataba de elucidar las migraciones de la *taenia solium*. Se tomó por sujeto a un condenado a muerte, a quien se prometió la vida si consentía. Dueña de esta vida en virtud de una justa condenación a muerte, la sociedad podía proponer este *negocio* al criminal y le estaba permitido a éste consentir, pues en ello encontraba probabilidades de vida en lugar de la muerte inevitable que le estaba reservada» (1).

184. III. Experimentación sobre el enfermo. — Fuera del caso que acabamos de citar, el médico *no puede nunca* comprobar una hipótesis científica *a expensas* de la vida o de la salud de uno de sus clientes. No teniendo otra misión que curar o aliviar, carece absolutamente del derecho de exponerse a dar la muerte, y tampoco puede inocular una enfermedad. Obrero de vida por profesión, no le está permitido abusar de su ciencia para hacerse artífice de perdición.

Nada podría excusarle: ni el estado desesperado del enfermo, ni el libre consentimiento del sujeto, ni el interés mayor de la ciencia y de la humanidad.

1. *El estado desesperado del enfermo* no le excusa: no tiene el derecho de acelerar la muerte *ni* de infligir nuevos sufrimientos que no tiendan a la curación del cliente o a la prolongación de su vida.

2. *No podría prevalerse del consentimiento* dado, aun con entera libertad, por el paciente.

No teniendo derecho de propiedad sobre su vida ni sobre su salud, el enfermo no puede en ningún caso otorgar un consentimiento válido. Sin duda está permitido exponerse a la muerte por un motivo *urgentemente* muy grave, por ejemplo para arrancar a uno de sus semejantes de un peligro *actual* e inmediato. Con mayor razón puede hasta sacrificar un miembro de primera importancia para salvar su vida. Pero le está prohibido, en

(1) Moureau y Lavrand, pág. 90.

El caso del arquero franco de Meudon se resuelve según los mismos principios.

«Este desdichado había sido condenado a la horca. Ahora bien, estaba afecto de litiasis del riñón o del hígado. Los operadores de París pidieron al rey Luis XI la autorización de operarle vivo *para hacer el examen* (ahora decimos la biopsia) de las lesiones correspondientes a los síntomas: *comprobaciones de gran interés* por el hecho de que varias personas de la villa estaban «muy trabajadas» por la misma enfermedad, entre ellas Monseñor de Bouchaigue. Se dió la autorización real, y el arquero fué operado y luego recosido «una vez se hubo visto el lugar de las tales enfermedades». Por gran suerte, el arquero curó: obtuvo la remisión de su pena e incluso recibió algún dinero.

Por esta aventura bastante trágica se inauguró en 1474 la historia de la nefrotomía en los cálculos del riñón, o de la colecistotomía para cálculos de la vesícula biliar, pues la naturaleza exacta de la intervención practicada es discutida» (Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, págs. 33 y sig.).

vista de un bien *futuro* de la humanidad, prestarse a una experiencia peligrosa, que va, cierta o probablemente, a infligirle, *sin necesidad inmediata y directamente*, la muerte o una afección muy grave (1).

3. Finalmente el médico no puede invocar el *interés de la ciencia y de la humanidad*.

Nunca está permitido tender a un buen fin por malos medios: el fin no los justifica.

Es necesario, pues, condenar las inoculaciones practicadas por algunos médicos, indignos de este nombre, sobre niños, enfermos de hospital, sujetos privados de conocimiento y por lo tanto sin defensa, moribundos: «aquella del cáncer hecha a mujeres cloroformizadas, aquellas... cuya revelación suscitó la indignación en el seno del Landtag prusiano, estupefacto de oír que en Breslau y en otras partes se había inoculado el mal venéreo a niños y adultos» para asegurarse de que los accidentes secundarios

(1) Moureau y Lavrand, págs. 89 y sig.

A muchos médicos, y no a los menos honestos, les costará indudablemente admitir esta manera de ver. Admiran voluntariamente la devoción a la ciencia de un estudiante de medicina, por ejemplo, que, *en plena libertad*, se deja inocular un germen mortal y que por el sacrificio de su vida permite *experimentar*, del mejor modo para los intereses de la humanidad, la identidad de dos enfermedades que hasta entonces se habían creído muy diferentes.

Por esto no es inútil hacer observar que exponemos la opinión *de todos los moralistas* de *profesión*, y que este sentimiento se apoya en principios indiscutibles.

1. *Autoridad.* — Según S. Liguori, que reproduce la doctrina de sus predecesores, *no hay un solo moralista* de profesión que no prohiba, *a título de experiencia*, todo lo que, cierta o probablemente, producirá para la vida o la salud consecuencias *graves* e *irreparables*. Según declaración de todos, una *experiencia* semejante está prohibida al médico y al enfermo, «aunque fuera muy útil para el progreso de la ciencia: el consentimiento del interesado no podría legitimarla en modo alguno» (S. Liguori, l. 1, núm. 46; 1, 4, núm. 291; Lehmk.[11], tomo I, núm. 1.183, V).

2. *Razón.* — Los moralistas de que hablamos pretenden derivar una conclusión *cierta* de los dos principios siguientes, que son principios de derecho natural.

Nunca está permitido matarse *directamente* y por la propia autoridad, es decir, darse o dejarse dar una muerte violenta querida *a título de fin* o buscarla *a título de medio*. Está igualmente prohibido matar *directamente a un inocente* que no es en realidad un injusto agresor. Además, gran número de moralistas no permiten sino la muerte *indirecta* del agresor injusto. Pero siempre que un *doble efecto*, uno bueno y otro malo, resulta *inmediatamente* de una causa buena moralmente o indiferente, y el efecto bueno compensa el malo, es lícito proponer la causa, teniendo por objeto el efecto bueno y permitiendo el malo.

El *primer principio* parece tener aquí su aplicación: indudablemente el *fin* que se proponen el médico y el estudiante de medicina es el progreso de la ciencia y el bien de la humanidad; pero, puesto que la inyección *sólo* puede matar o causar un grave achaque, el *medio* querido y empleado para alcanzar el fin es la muerte violenta o el achaque grave.

De nada sirve, por lo demás, invocar el *segundo principio:* en el caso que nos ocupa, el efecto bueno y el malo no proceden *inmediatamente* de la misma causa, la inyección de un germen de muerte o de grave impotencia; sino que el efecto bueno, que es el progreso de la ciencia, no es obtenido sino *por intermedio* del malo, la pérdida *irreparable* de la vida o de la salud.

Por esto los doctores de Salamanca han podido escribir antes que S. Liguori: «No está permitido a nadie... adquirir *por vía de experimento* la ciencia *a costa* de la vida humana» (Salmantic., trat. 25, cap. I, punto 6, núms. 148 y sig.).

Más cerca de nosotros, se expresa así un teólogo de gran valor. «Es cosa *intrínsecamente mala* intentar en un hombre, *por vía de experimento*, una experiencia que *pone en gran peligro* su vida o su salud: es cometer un *acto de propietario* con respecto a la vida humana. Una experiencia de este género no es legitimada en modo alguno por la esperanza de salvar, gracias a ella, a gran número de enfermos: siempre es falta grave quitar la vida a uno solo para salvar a mil» (Lehmk.[11], tomo I, núm. 1.184, 4.º).

de la sífilis eran realmente contagiosos (1). «Se rehusaría creer en tales aberraciones si estas faltas no se hubiesen condenado públicamente» (2).

185. Experimentación sobre su propia persona. — El médico no puede, *a expensas de su vida o de su salud,* comprobar sobre sí mismo una hipótesis científica. Dueño como todo hombre de sus actos, y en cierto límite de su reputación y de su honor, no es más que cualquier otro *dueño y propietario de su propia vida y de su propia salud:* no tiene sobre una ni otra el poder discrecional que el derecho natural le concede sobre la parte de fortuna de que puede disponer sin lesionar a su familia, o por lo menos sin faltar a ninguna de sus obligaciones (3).

«*Se dirá:* Sin embargo, si el médico es digno de admiración cuando se expone cuidando ciertas afecciones contagiosas, ¿por qué criticarle cuando, en interés de los enfermos, se libra sobre sí mismo a *experimentos peligrosos?* La razón se ha dado antes. *Por un lado* hay una necesidad *grave y urgente,* aquella en que se encuentran los enfermos a los que se cuida: esta circunstancia es la que permite y a veces impone al médico el desprecio al peligro, pero tomando las precauciones para evitarlo. *Por el otro lado* se arrojaría al peligro sin necesidad alguna, a ciegas las más de las veces, y todo ello para un resultado problemático: la diferencia entre los casos es muy manifiesta» (4).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 90; Dr. Dechambre, pág. 213; Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* pág. 119.

(2) Dr. G. Morache, pág. 173.

(3) *De nuevo,* y más aún que en la cuestión precedente, tememos ir en contra de sentimientos muy honorables.

Más de un médico de alma generosa se cree tal vez autorizado a intentar, *en ciertos casos,* una experiencia *peligrosa* en sí mismo: por ejemplo, para poner en su punto una demostración largo tiempo acariciada, o establecer, por una prueba experimental, la nocividad de un microbio dado, y su papel en la etiología de determinada enfermedad. Puesto que experimenta en su propia persona, *no para disponer de su vida,* sino para llevar a buen término una demostración importante y fecunda en frutos de salvación, estima en conciencia que puede adelantarse y exponerse a un *grave* achaque, *incluso a la muerte.* Son los gajes del oficio, y nunca seducirán sino a las almas muy elevadas (véase, por ejemplo, E. Forgue, págs. 119 y siguientes).

En este razonamiento hay, a juicio de los moralistas, más noble orgullo que verdad.

En realidad, el médico *no tiene más* derecho sobre su propia vida y su propia salud que sobre la vida o la salud de un cliente, dispuesto a una experiencia peligrosa con conocimiento de causa. Desde el punto de vista moral, ambos casos son idénticos y exigen la misma solución. Habría, pues, motivo para reproducir el argumento de autoridad y de razón que hemos bosquejado en el núm. **184** (nota 1). Indudablemente el fin es bueno, y hasta excelente, pero el médico *dispone de su vida* porque quiere, a título de medio, un *grave* achaque, si no la muerte violenta. Cuando menos no obtiene el efecto bueno sino *por el malo como intermediario,* lo que está prohibido por la ley moral.

Muy distinta es la situación del práctico que se expone, para cuidar a un enfermo, a contraer una enfermedad contagiosa. De la visita y de los cuidados prestados deriva *inmediatamente* un *doble efecto:* uno bueno, que es querido: el alivio del enfermo; otro malo, que es permitido: el peligro de muerte. Por consiguiente nada más legítimo.

Así pues, el médico sólo puede experimentar en sí mismo cuando el daño, cierto o probable, *no es grave o no es en absoluto irreparable* (Lehmk., tomo I, núm. 1.184, 4.º).

(4) Moureau y Lavrand, págs. 91 y sig.

En otros términos, el peligro de muerte al que se expone el médico no es el *medio* que salva al enfermo contagioso. Por el contrario, el *medio* es el que transforma tal vez en certidumbre una hipótesis científica.

ARTICULO II

EMPLEO DE LOS REMEDIOS

186. Objeto y división. — Al hablar de la firmeza, suave pero tenaz, que es necesaria al médico, hemos dicho *con qué secuencia, perseverancia, autoridad* debe aplicar los remedios que prescribe (1).

Aquí investigamos *los remedios* que el médico está obligado *a escoger* para no faltar a sus deberes de estado.

Inútil es decir que la cuestión es de *primera importancia.* Pero en cambio las consecuencias prácticas, que son numerosas, *se deducen sin trabajo de este* PRINCIPIO EVIDENTE: el médico debe tender al mayor bien del enfermo por la vía más segura, más corta y más económica.

Después de haber enunciado más completamente y explicado este *principio* de buen sentido derivaremos las *consecuencias* que contiene.

§ 1. — Principio y exploración

187. I. Principio fundamental. — Puesto que la *única* razón de ser del médico, sembrador de vida y de salud, es curar, y, si no puede curar, aliviar al enfermo, está estrictamente obligado, *en justicia,* a escoger los medios que después de serio examen estime los mejores de todos, es decir, los medios terapéuticos — remedios u operaciones — más seguros en su opinión, los más prontamente eficaces, los más económicos posible.

No hay que demostrar este principio, que es por sí mismo luminoso: basta con *explicarlo.*

(1) «*Es negación* de toda terapéutica cambiar una *medicación fundamental* siempre que el enfermo o sus próximos lo requieren so pretexto de que el resultado no es aparente todavía. Esto es dejar creer que no tenemos *ninguna confianza* en lo que hemos prescrito, y los médicos lo bastante débiles para dejarse sugerir o imponer así cambios frecuentes pierden *toda la autoridad.* Los enfermos son los primeros en decir: «El médico no parece estar muy seguro de lo que prescribe, puesto que cambia su tratamiento cada vez que se lo proponen» (Dr. Le Gendre, pág. 313).

Volvemos casi al gentil doctor, tan bien descrito por *Eug. Hubert.* ¡Oh! el flexible y buen tallo, siempre dispuesto a inclinarse bajo el peso de las voluntades del enfermo o de la familia.

«*Dr. Quiensabe,* ¿y si aplicáramos cataplasmas a los pies? — Es una buena idea — ¿O a las pantorrillas? — También está bien. — ¿O a los músculos? — Quizá será mejor así. — ¿No cree Vd. que un laxante iría bien? — Sin duda. — ¿Y la limonada? — Iba a proponerla.

No os dejéis nunca sugerir así una medicación: pareceríais necesitar la sugestión. Bien seguros de las indicaciones que hay que cumplir, *ordenad:* es el término admitido y la palabra propia. ¿Cómo queréis que se dé importancia a consejos que vosotros mismos parecéis no sostener?... Sin firmeza no hay autoridad» (*Le devoir du médecin,* pág. 32).

188. II. Explicación. — *El médico está obligado,* en virtud de un contrato o de un cuasicontrato, a prescribir los medios terapéuticos que juzga, tras de estudio proporcionado a la gravedad del caso, *los más apropiados* a la enfermedad y *al enfermo,* y por lo tanto, desde este doble punto de vista, los más seguros, los más rápidos, los menos caros.

En efecto, «para establecer un tratamiento racional y eficaz se debe estudiar y comprender», no sólo la enfermedad, si no el enfermo (1).

1. La dificultad es que en medicina hay relativamente *pocos remedios seguros,* es decir, pocos medios que, sin inconvenientes apreciables, alcancen su objeto y por consecuencia devuelvan en realidad la salud al enfermo o mejoren ciertamente su estado (2). Y menos todavía se encuentran al parecer remedios a la vez seguros, rápidos y baratos.

Por esto nos limitamos a establecer que el médico debe elegir los medios *más seguros,* y, a igualdad de seguridad, los *más rápidos* y *lo menos dispendiosos* que sea posible. Hacer el mayor bien al enfermo y el menor mal a su bolsillo: tal es la consigna del médico.

Si, como ocurre a menudo, sólo tiene a su disposición remedios más o menos probables, más o menos lentos, más o menos caros, que escoja los más probables, los menos lentos y, en igualdad de circunstancias, los menos costosos.

2. Existe, sin embargo, una excepción que se justifica por sí misma. Si ocurre que un enfermo *no quiere* o *no puede* sufragar los gastos de un remedio más seguro, pero muy caro, el médico, que debe ordenar remedios prácticos y *accesibles a su cliente,* estará plenamente autorizado para prescribir un remedio menos ciertamente eficaz (3).

3. Se comprende que en esta materia la certidumbre o la probabilidad, mayor o menor, sólo podría depender de la *experiencia* personal o no personal y de la *comprobación científica,* confirmada por la práctica: «de la experiencia anterior, decimos, pero no de la que se intentaría en el enfermo; de la comprobación científica y no de este reclamo que lanza casi cada día, a veces sin probidad, demasiado a menudo apresuradamente, las llamadas producciones terapéuticas» (4).

Es imposible contradecir razonablemente este principio así explicado. Podemos, pues, *apoyarnos* en él con toda seguridad y deducir las consecuencias que contiene.

§ 2. — Vista general de las consecuencias

189. Cuatro clases de remedios. — Desde el punto de vista estrictamente moral, que es el nuestro, encontramos *cuatro clases de remedios:*

(1) Dr. Surbled: *La morale,* tomo III, págs. 196 y sig.; Dr. Léon Vannier: *La doctrine de l'homœopathie,* especialmente pág. 200.

(2) *Si bien hay cierta exageración* en reducir a veinte el arsenal medicamentoso, como han propuesto Huchard y Ch. Fiessinger, cierto es que *no hay muchos más* que constituyan el fondo de una terapéutica racional y de una eficacia demostrada» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 312, 1931).

(3) Lacroix, l. 4, núm. 1.534.

(4) Moureau y Lavrand, pág. 82 y sig.

los que el médico no puede emplear nunca, so pena de violar gravemente la justicia; los que puede emplear, pero con el consentimiento formal, tácito, o por lo menos presumido, de los interesados; los remedios que puede y debe emplear a falta de otros; por último, los que puede emplear, pero con la mayor circunspección.

1. Obligado en efecto a tender a su objeto por los medios *más seguros,* el médico debe evitar forzosamente, no sólo los remedios *nocivos,* sino también los remedios *totalmente desconocidos,* es decir, aquellos cuyos efectos ignora *por completo.*

2. Obligado a seguir la vía *más económica,* no puede, sin cierto consentimiento del enfermo o de la familia, prescribir remedios consoladores, pero *completamente inútiles* desde el punto de vista terapéutico.

3. La obligación, que le incumbe, de proveer del mejor modo a los intereses del enfermo, regula el empleo de los remedios *dudosos:* no los prescribirá sino a falta de remedios más seguros.

4. Por último, y por la misma razón, no usará remedios *peligrosos* sino con la mayor prudencia.

En los *cuatro párrafos* que siguen examinaremos estas cuatro clases de remedios.

§ 3. — Remedios que deben evitarse

El médico está obligado, en justicia, a evitar los remedios *nocivos* y los *absolutamente desconocidos* (1). Encargado de la salud; no puede, sin injusticia, exponerse, por una medicación seguramente *perniciosa o ciega,* a agravar la enfermedad o tal vez a causar la muerte.

Es de toda evidencia, y con esto habría bastante, si no fuese útil precisar *primero* cuál es, en relación a los remedios nocivos, la responsabilidad del médico según haya falta grave o error involuntario; y *luego* lo que conviene incluir en la denominación algo vaga de remedios desconocidos: ¿se pueden calificar así los experimentados en animales, los remedios secretos, los remedios nuevos?

190. I. Remedios nocivos. — Puede ocurrir que el médico prescriba, si no a sabiendas, por lo menos a causa de una *negligencia gravemente culpable,* un remedio grandemente nocivo.

Pero ocurre con mayor frecuencia que comete un *error involuntario* y daña así, muy a pesar suyo, la salud de su cliente (2).

(1) En el lenguaje de los moralistas, el estado de espíritu del médico con relación a los remedios *totalmente* desconocidos, es la *duda negativa,* es decir, la ignorancia absoluta. No sabe si el remedio puede tener buen resultado, e ignora asimismo si puede o no ser gravemente nocivo. ¿Qué práctico sensato prescribirá un remedio semejante?

(2) Los remedios pueden ser nocivos *de muchas maneras:* por su *naturaleza* primero; por su *profusión,* que acarrea «efectos medicamentosos imprevistos, tales como: intolerancia gástrica o intestinal, eritema, vértigos, etc.»; por su estéril *antagonismo,* que impide a cada uno de ellos alcanzar su objeto; por su *poca adaptación* al enfermo, que es incapaz de soportarlos.

Un práctico advertido tendrá en cuenta todos estos factores en la redacción de su receta (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* 1931, págs. 312 y sig.).

Desde el punto de vista moral, su *responsabilidad* es muy distinta en ambos casos.

1. FALTA GRAVE. — El médico que, con conocimiento de causa, o a consecuencia de un descuido, ignorancia o inadvertencia *gravemente culpable,* ha prescrito un remedio *verdaderamente nocivo,* está obligado, en estricta justicia, a retractar lo más pronto posible su receta, y, si llega demasiado tarde, a compensar, aun con dinero, los daños que ha podido prever y de hecho ha previsto suficientemente.

Traiciona en efecto los intereses de su cliente, y es *más culpable* que si hubiese omitido *voluntariamente* prescribir tal o cual remedio moralmente necesario o seriamente útil: *caso en el cual* estaría obligado, en conciencia, a reparar su culpable omisión, y si no la reparara, a compensar el daño que de ella resultaría.

2. ERROR INVOLUNTARIO. — El médico que, sin ser *directa* o *indirectamente* culpable, ha prescrito un remedio gravemente nocivo, está obligado como el primero a retractarse, si puede hacerlo sin grave inconveniente; pues todo hombre está obligado a impedir en lo posible las malas consecuencias de sus errores e imprudencias, aunque fueran completamente involuntarias.

Si omite, pues, corregir su error, aunque pueda hacerlo, falta gravemente, según la opinión común, a la justicia, y se hace responsable de los daños que prevé.

Pero si a pesar de su buena voluntad no logra prevenir a tiempo el daño, no es responsable ante su conciencia de los desgraciados efectos que no ha querido de ningún modo.

De un modo general, el médico no está obligado absolutamente, *antes de la sentencia del juez civil,* a compensar con dinero los daños que en el ejercicio de su profesión cause *involuntariamente,* es decir, sin que haya por su parte, ni directa ni indirectamente, ni antes ni después de la fatal equivocación, falta en conciencia y ante Dios.

Sólo estaría obligado a una compensación pecuniaria si fuese condenado, por un hecho real, *por los tribunales civiles*; en este caso debería someterse a una sentencia, dictada en virtud de una ley, que, en interés del bien general, no puede tener en cuenta las buenas intenciones desconocidas de los hombres, sino que debe contentarse con *visar el hecho exterior,* único accesible a los medios de investigación de que disponen los poderes civiles (1).

191. II. Remedios ya experimentados en animales. — Un remedio cuya acción benéfica ha sido determinada por experimentos, metódicos y múltiples, sobre animales, o por felices ensayos sobre un enfermo desesperado, *no es remedio totalmente desconocido.* Es posible, sin temeridad, ensayarlo en el hombre con la condición de comenzar, en caso necesario, por una dosis tan débil que ningún inconveniente serio pueda producirse, y aumentarla en seguida con la debida vigilancia. Sería dañar,

(1) Génicot-Salsmans, I, núms. 539, 520, 513.

sin motivo, el progreso de la ciencia y privar a los enfermos de un nuevo recurso el proscribir el empleo de estos remedios (1).

Como ejemplo propio para ilustrar este principio reproducimos el relato que nos hace el *paciente* de la primera aplicación en Francia *del clorhidrato de emetina* en el tratamiento de la disentería amibiana.

«Doce tratamientos consecutivos no habían podido vencer mi *disentería amibiana,* contraída en Shang-hai e inveterada. Las úlceras del intestino permanecían abiertas siempre, y había el continuo peligro de un absceso hepático que sin duda habría sido fatal.

El Dr. Ernesto Marchoux, encargado en el Instituto Pasteur del Laboratorio de las enfermedades del Extremo Oriente, que me había tratado durante ocho meses y había podido estudiar enteramente mi caso se concertó con el Dr. Ed. Laval, mi médico de cabecera, y, de acuerdo con él, me propuso un día las inyecciones de clorhidrato de emetina.

Este tratamiento no se había ensayado todavía en ningún europeo, y el Dr. Rogers de Calcuta era quien lo había señalado en una revista médica inglesa. Lo había ensayado como último recurso en dos indios que no había podido salvar, pero en los que la autopsia reveló que las inyecciones habían matado a la mayoría de amibas que infectaban el hígado.

Después de haber consultado acepté este último remedio, que, presentado por tales autoridades, ofrecía serias garantías. El Dr. Ed. Laval quiso encargarse de todo y operar él mismo. Compró el polvo, esterilizó la solución y me dió en el brazo las inyecciones, comenzando por la *dosis muy débil* de 1 centigramo, dosis que *aumentó poco a poco* hasta 6 centigramos. No se descuidó *ninguna precaución.* El Dr. Ed. Laval me visitaba varias veces al día y se enteraba con cuidado de lo que sentía. Por su parte el Dr. Marchoux hacía en su laboratorio nuevos y minuciosos análisis bacteriológicos.

El resultado fué maravilloso. Veinte días después de la primera inyección, llegado a Cannes para pasar el invierno, me encontraba completamente curado: era el 9 de diciembre de 1912.

A mi vuelta a París en mayo del año siguiente se hicieron nuevos análisis. Fueron todos negativos. Este nuevo tratamiento no tardó en ex-

(1) Dr. Dechambre, pág. 211.

En los *Etudes,* tomo I, págs. 417 y sig., 1923, describe el P. Roure *el cuidado concienzudo* con que Eduardo Jenner estableció, antes de llegar a la práctica, la eficacia y la innocuidad de su vacuna contra la viruela; así como Pasteur su tratamiento de la rabia.

Escuchemos al mismo Pasteur: «Creer que se ha descubierto un hecho científico importante, tener el deseo febril de anunciarlo, y contenerse durante días, semanas, a veces años, para combatirse a sí mismo, para esforzarse en arruinar sus propios experimentos y no proclamar el descubrimiento sino cuando se han agotado todas las hipótesis contrarias, sí, es una tarea ardua. Pero cuando después de tantos esfuerzos se ha llegado finalmente a la certidumbre, se experimenta una de las mayores alegrías que pueda sentir el alma humana, y el pensamiento de que se contribuirá al honor de la patria hace aún más profunda esta alegría» (Citado por el Dr. Pierre Mauriac, *Aux confins de la médecine,* págs. 117 y sig.).

Las diferencias que separan al hombre del animal explican los fracasos que la vacunación antirrábica, aplicada por Pasteur en persona, ha sufrido y sufre todavía en nuestros días (Dr. P. Mauriac, págs. 215 y sig.).

tenderse, y gracias a él pudieron ser curadas cerca del 80 por 100 de las disenterías del Ejército de Oriente. Hoy es, como se sabe, de uso corriente.»

192. III. Remedios secretos. — En el sentido propio un remedio *secreto* es un remedio «*cuya verdadera composición ignora*» el médico tratante: no lo conoce ni «en cuanto a sus ingredientes» ni «en cuanto a sus dosis» (1).

Pero puede saber con certidumbre que este remedio, cuya composición ignora, es inofensivo y *tiene una ficacia* reconocida por autoridades científicas, o comprobada por experiencia. Nada falta para que esté autorizado a prescribirlo (2). «*La única precaución,* a la que está obligado si el remedio es secreto, es la de asegurarse de la autenticidad de la muestra que emplea» (3).

Si el médico puede emplear un remedio cuya composición ignora, pero cuya eficacia conoce, con mayor razón puede *a veces* prescribir una *especialidad farmacéutica,* es decir, un remedio cuyos ingredientes y dosis conoce, pero que no está preparado en la farmacia por una receta por él prescrita y no entra «en las fórmulas *oficinales* que el *Codex* ha determinado» (4).

193. IV. Remedios nuevos. — Es conocida la frase del vaudevillista sobre el remedio nuevo que, por un tiempo, está en boga: «*Apresúrese a usarlo mientras cure*» al obrar fuertemente sobre la imaginación. El médico debe usar una prudente reserva en relación con los *remedios nuevos,* y no parecerse, por su entusiasmo inconsiderado, «a la caballería ligera de la medicina que se place en correr la terapéutica de aventura» (5). Ante estas novedades, *la regla es desconfiar* mientras las experiencias demostrativas o testimonios autorizados no los hayan demostrado *superiores,* o por lo menos *equivalentes,* a los remedios hasta entonces clási-

(1) Dr. Dechambre, pág. 108.

(2) *El Dr. Le Gendre prohibe* el empleo de los remedios secretos *porque* los considera poco eficaces y *susceptibles de perjudicar,* si no siempre, por lo menos en ciertos casos. Ya se ve que en esto hay una *pura cuestión de hecho,* que debe discutirse entre médicos. Pero ningún *principio de moral* impide a un práctico prescribir un remedio secreto, que *sabe* inofensivo en el caso, y propio para curar o aliviar (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 319, 1931). Queda por ver si hay remedios secretos que *realicen estas condiciones:* nos falta competencia para resolver este problema.

(3) Dr. Dechambre, págs. 108 y sig. — El Dr. Hubert ve en los remedios secretos «los maravillosos descubrimientos... de los incompetentes» *(Le devoir du médecin,* núm. 174, pág. 173).

(4) Dr. Dechambre, págs. 109 y sig. — A la pregunta «en qué medida pueden prescribirse las *especialidades farmacéuticas*», responde el Dr. P. Le Gendre:

«Puede prescribirse una especialidad si la *naturaleza* y las *dosis* de los principios activos están indicadas sobre el frasco o la caja, no habiendo mantenido secretos el fabricante sino ciertos detalles de preparación, la elección del excipiente o de los correctivos inofensivos...

Mas la prescripción de las especialidades deberá evitarse siempre que no esté legitimada, ora por la imposibilidad de encontrar el principio activo de otro modo que especializado, ora porque se tema no poder obtenerlo de perfecta calidad en una farmacia ordinaria» *(La vie du médecin,* pág. 319, 1931).

(5) Dr. Dechambre, pág. 213.

cos. Este es sin duda el *lenguaje de la razón;* cualquier otro es *el de la vanidad* en estos médicos que, incapaces de llegar honradamente a la reputación, abandonan intencionadamente los caminos trillados. Sus enfermos pagan doblemente los gastos de estas aventuras, y ellos mismos incurren en responsabilidad (1).

Por lo demás, los remedios *menos modernos* y *los más sencillos* logran el éxito a veces de modo completamente inesperado.

Permítaseme con este motivo una *breve anécdota* que tiene por lo menos el mérito de ser auténtica.

El hecho ocurrió en 1888 en una pequeña parroquia llamada Les Corvées-les-Ys, en el cantón de Thiron (diócesis de Chartres). Un buen cura anciano ejercía allí desde hacía mucho tiempo la medicina. Su excusa era que estaba alejado de todo médico: se le dejaba en paz.

A su muerte, Monseñor le reemplazó por un joven sacerdote, quien, no entendiendo nada del arte médica, y no teniendo segura la misma tolerancia, no quiso ya desde el principio tratar a ninguno de los enfermos que a él acudían. Pronto debió resignarse a tratar los casos sencillos y a instruirse en medicina elemental. Fué un nuevo *Médecin malgré lui;* pero el Dr. Vincent pretende que hay otros de ellos entre los más auténticos (2).

Un día recibió la visita de una campesina en muy mal estado: un ojo le salía de la órbita y caía sobre la mejilla. Esta vez rehusó netamente encargarse de semejante cura. Insistencia de la buena mujer, que había consultado médicos y especialistas, incluso de París. De buen o mal grado fué forzoso dejarla explicar. Le contó que aquello procedía de una coz de caballo recibida en el hombro. Más para desembarazarse de su clienta que por confianza en su arte, el cura le aconsejó un *vulgar vejigatorio* en lo alto del pecho del lado del ojo perdido. El remedio es algo doloroso, pero sin peligro.

Ocho días más tarde volvía la campesina. Perfectamente curada, llevaba a su médico improvisado un conejo como honorarios.

El autor del relato añade: «He sabido el hecho por el mismo cura muy poco tiempo después del suceso, un mes, una semana tal vez.»

§ 4. — Remedios inútiles

194. I. Principio. — En una enfermedad real el médico no puede prescribir remedios *inútiles,* es decir, inofensivos, y tal vez consoladores, pero *sin acción física sobre el mal.* Por lo menos no puede prescribir seme-

(1) Moureau y Lavrand, pág. 83; Dechambre, págs. 221 y sig.; P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 313, 1931; especialmente, págs. 122 y sig.

«Existe actualmente un abuso de seroterapia y de vacunoterapia que hace estremecer... Para un resultado problemático, y apenas estudiado, se introducen en el organismo microbios, albúminas extrañas, substancias no asimiladas, sin preocuparse de las modificaciones impuestas así a nuestros humores, a nuestras células, a nuestra personalidad biológica. En pos de un efecto inmediato, que con excesiva frecuencia no es el que se esperaba, se consideran despreciables los accidentes que estallarán más tarde... En estos monstruos no reconocería Pasteur a sus hijos...» (Dr. Pierre Mauriac: *Aux confins de la médecine,* pág. 217).

(2) *La Médecine,* págs. 181 y sig.

jantes remedios *sin el consentimiento* presumido del enfermo, y, si el enfermo no es plenamente independiente, sin el consentimiento formal o tácito de la familia, que debe siempre o casi siempre ser puesta al corriente de la situación, y saber a qué atenerse respecto a la eficacia de los medicamentos.

A quien no consienta no puede el médico imponer *gastos* que no tengan ninguna razón de ser.

195. II. Explicación. — 1. CONVIENE EN PRIMER LUGAR *determinar el sentido preciso* de los términos que empleamos.

Entendemos por remedio inútil un remedio incapaz de dañar, pero también igualmente incapaz de hacer bien. Desprovisto de toda *acción física* sobre el mal, no puede curar la enfermedad, ni mejorar el estado del paciente, ni disminuir sus sufrimientos. Añadamos, sin embargo, que puede influir sobre la moral, y de este modo tener cierta *utilidad indirecta.*

2. LA OCASIÓN de prescribir remedios inútiles se presenta bastante a menudo, sin hablar de las enfermedades imaginarias.

1.° *Hemos mencionado ya* al enfermo que «pide con insistencia drogas renombradas, pero tan desprovistas de acción como de peligro»; hemos observado que el médico «se guardará de contrariarle» si su estado no exige, sin dilación, una medicación enérgica (1).

2.° *Otro enfermo* es un caso desesperado, o por lo menos incurable. Se entristecerá y deprimirá si el médico no deja una receta. En cambio se consolará y estará *moralmente más fuerte* contra la enfermedad si el excelente doctor prescribe algún remedio anodino. La línea de conducta es trazada entonces por las circunstancias; se sostendrá la moral del cliente por remedios físicamente inútiles.

3.° *En estos dos ejemplos* el consentimiento del enfermo es formal o puede presumirse legítimamente. Bastará, pues, advertir a la familia de que se obra así por condescendencia. Si la fortuna es mediana, se arreglará el médico de modo que el gasto sea mínimo.

4.° A los remedios inútiles *se pueden referir* ciertos remedios que tienen sin duda una acción bienhechora, pero casi superflua. La enfermedad es tan benigna que desaparecería casi igualmente bien y tan pronto sin medicamentos.

En este caso, bastante frecuente, el médico seguirá las reglas que acabamos de trazar. Para dar gusto al enfermo y a la familia, que no suele comprender una visita sin receta, y por consiguiente para conservar su crédito, prescribirá algunos remedios poco caros.

§ 5. — REMEDIOS DUDOSOS

196. Tres clases de remedios dudosos. — Llamamos *remedios dudosos* a aquellos cuya eficacia es *probable pero incierta,* si no en general,

(1) Dr. Surbled, *La morale,* 3, págs. 198 y sig.

por lo menos *en el caso actual,* en relación al enfermo que se trata de curar o aliviar (1).

A falta de remedios ciertos, *a menudo* el médico *puede* y debe emplear estos remedios dudosos; está obligado, en efecto, a procurar, *del mejor modo* que pueda, el mayor bien para su cliente.

Pero la cuestión que se propone es ésta: ¿qué reglas debe seguir el médico en la aplicación de estos remedios?

Para responder con exactitud y claridad es oportuno distinguir *tres clases de remedios dudosos:* los de efecto *único* y bueno, pero incierto; los de *doble efecto,* bueno o malo, sin poner la vida en peligro; los *de doble filo,* es decir, decisivos en un sentido u otro, que es la curación o la muerte. Los primeros pueden ser útiles y no podrían dañar. Los segundos pueden tener un feliz resultado, pero también malas y graves consecuencias. Los terceros salvan o matan al enfermo.

Se comprende, por consiguiente, que es necesario proponer *tres reglas* perfectamente distintas. Tienen, sin embargo, *de común* que suponen realizada la misma condición. Y el simple buen sentido indica que esta condición es la proporción entre el riesgo y el bien esperado.

197. I. Primera regla. — A falta de remedio cierto, que en el caso no existe, o no se podría dar al enfermo, o se ha administrado ya en vano, el médico está *siempre autorizado* a emplear un *remedio inofensivo,* que sin duda puede ser de efectos nulos, pero que igualmente puede dar buenos resultados sin acarrear nunca consecuencias lamentables. Además, obligado a no descuidar nada para lograr la curación o el alivio, *debe* usar este único recurso que tiene a su disposición.

El buen sentido popular proclama la legitimidad de este principio al repetir el dicho: Si esto no hace bien, tampoco daña (2).

198. II. Segunda regla. — El médico no puede, *salvo en caso de necesidad y bajo ciertas condiciones,* suplir la falta de remedio cierto por un remedio dudoso *de doble efecto,* es decir, por un remedio susceptible de producir excelentes resultados o de acarrear malas y graves consecuencias para el momento presente o para el porvenir, sin que no obstante comprometa la vida.

Después de haber equilibrado bien la importancia y la urgencia del efecto útil que espera, con la gravedad y la probabilidad mayor o menor de los inconvenientes que teme, *expondrá netamente el caso a los interesados, a* menos que pueda, a causa de las circunstancias, *presumir* su consentimiento. Si el enfermo, o los que tienen autoridad para decidir en su lugar, le

(1) Los *antiguos autores* designan con el nombre de *dudosos* los remedios cuya eficacia es desconocida (supra, núm. 189) y con el nombre de *probables* los remedios que nosotros llamamos dudosos. Consideran, pues, en la cuestión ya tratada (núm. 189) la duda *negativa,* y, en la cuestión presente, la duda *positiva,* que es una verdadera probabilidad.

(2) Hay motivo para aplicar esta primera regla *en otros dos casos:* si el inconveniente que se teme es ligero y pasajero; igualmente si es más grave, pero sólo *posible,* sin ser probable. En moral está permitido hacer caso omiso de la *simple posibilidad.*

dejan en completa libertad, escogerá para su cliente el partido que escogería para su mejor amigo, para uno de sus hijos, para sí mismo.

Si se trata de un enfermo que no está en situación de dar, personalmente o por sus próximos, un libre asentimiento, podrá presumir este consentimiento y se contentará con observar las otras condiciones que acabamos de enumerar, y que se reducen a reflexionar maduramente, a fin de optar, con conocimiento de causa, por el mal menor, o si se quiere, por el bien mayor.

La solución sería diferente si el medio empleado produjera naturalmen *uno u otro de estos efectos:* establecer seguramente el diagnóstico si el sujeto está afecto; o, si está indemne, comunicarle la enfermedad. El doctor Capellmann *reprueba justamente* el empleo de semejante medio.

«Por diferentes motivos — dice — se ha vacunado con las secreciones de úlceras sifilíticas. Se ha vacunado así por razones diagnósticas entre otras. *En la duda* de si un individuo era o no sifilítico *(sífilis latente)*, se le vacunaba con la secreción reciente de un chancro sifilítico. *Si el sujeto era sifilítico,* la vacunación no producía ningún resultado; *si estaba sano,* se producía una úlcera sifilítica en el punto de vacunación. *En el primer caso* la experimentación no producirá verosímilmente ningún mal resultado en el sujeto. *Pero en el segundo* le perjudicará grandamente, pues la vacuna le comunica la sífilis, de la que estaba libre hasta entonces. Así pues, la vacunación por secreción de úlceras sifilíticas, etc., *no es lícita como coadyuvante diagnóstico.* Es un procedimiento excepcional y generalmente condenable» (1).

199. III. Tercera regla. — A falta de otra medicación más segura, el médico, en un caso absolutamente desesperado, con el *consentimiento formal o presumido* del enfermo previamente advertido de que ponga en orden sus asuntos, *puede* ensayar, como recurso supremo, *un remedio de doble filo,* es decir, un remedio capaz de producir la curación o la muerte. Si corre el riesgo de abreviar la vida de su cliente es con la probabilidad de salvarla por el único medio de que dispone, y con esta sola intención: ayuda, pues, del mejor modo a su paciente (2).

(1) *La médecine pastorale,* trad. francesa, pág. 49, nota 1; véase en la edición de 1926, pág. 79, nota 1, una redacción más corta.

(2) Se comprenden, en estas circunstancias, las angustias del buen médico. Si es *creyente,* hará bien en imitar al Dr. Charruau.

«Cuando un enfermo le inquietaba, oraba mucho y le placía especialmente recitar el *Veni Creator.* Le vi un día preguntarse con ansiedad si debía emplear un remedio que podía salvar a una persona muy gravemente enferma, o producir tal vez una muerte inmediata. En aquella circunstancia no podía apelar a colega alguno en consulta. Se arrodilló, recitó el *Veni Creator* y administró el remedio. Dios bendijo su confianza y la crisis terminó felizmente» *(Mes parents,* pág. 47.)

En la práctica, el médico se impondrá el deber de intentar el remedio o la operación de doble filo. Se aplicará el noble precepto de Hufeland: «Cuando el enfermo esté en peligro, arriésgalo todo para salvarlo, incluso tu reputación.» *Trousseau* cuenta cómo salvó a un pequeño moribundo conformándose a este precepto.

«Me hallaba, con varios médicos, en casa de un escultor renombrado de París cuyo hijo moría del crup. Este niño se encontraba en tales condiciones que ninguno de nosotros, aun

Igualmente, el *enfermo* está autorizado a dar el consentimiento que se le pide formal o virtualmente; pues para salvar su vida, todo hombre tiene derecho a exponerse a una muerte no cierta.

¿Qué hará, pues, el médico en el *caso siguiente,* en el que se trata de un cliente en regla con Dios y con los hombres?

El remedio de doble filo ofrece *buenas esperanzas* de curación. Pero el enfermo es de carácter *tímido e irresoluto.* Si el práctico le pide su consentimiento, lo rehusará o tergiversará y dejará pasar el momento propicio. Creemos, con Gen.-Salsm. (caso 476), que en estas circunstancias el médico puede *suponer* el consentimiento.

§ 6. — Remedios peligrosos

200. Dos clases de remedios *de aplicación peligrosa.* — Comprendemos bajo el nombre de *remedios peligrosos,* o de aplicación peligrosa, *dos clases* de medicamentos: *los tóxicos,* que, administrados a una dosis demasiado elevada, pueden ser mortales; los *anestésicos* o narcóticos, que, empleados a dosis demasiado fuertes, o con demasiada frecuencia, engendran un *hábito tiránico,* casi imposible de desarraigar, grandemente funesto al cuerpo y al alma. Así los primeros son peligrosos para el presente y los segundos principalmente para el porvenir. Unos y otros no deben, pues, prescribirse sino con *la mayor circunspección.*

Por consiguiente conviene determinar con precisión las *precauciones que deben adoptarse* en el uso de los tóxicos y anestésicos.

201. I. Tóxicos. — Cuando se trata de *tóxicos,* es decir, de *venenos,* el médico debe rodearse de precauciones que preserven de todo error a su persona, al farmacéutico, al enfermo y a su familia. Ya las hemos señalado en otro lugar (núm. 84, sig.). Parece útil recordarlas en pocas palabras.

1. Para evitar personalmente cualquier error, debe saber de memoria, o consignar en un carnet que llevará siempre consigo, las dosis *a la vez útiles e inofensivas.* Además volverá a leer, con cuidado, su prescripción para asegurarse de que no ha confundido por inadvertencia una substancia con otra, una dosis bienhechora con otra nociva.

2. Para prevenir cualquier error del *farmacéutico* y de la *familia* escribirá y firmará de modo muy legible su receta; enunciará la dosis con todas sus letras; indicará solamente la dosis única que deberá tomarse de una vez.

los más osados, quería intentar una operación: teníamos la certidumbre casi completa de que el niño moriría a pesar de todo. Fuí encargado por mis colegas de comunicárselo a la madre. Le dije que el peligro de su hijo era extremo; me comprendió perfectamente. Añadí, a instancias suyas, que no creía que la medicina pudiera intervenir útilmente, que había una operación, pero que, en aquel caso particular, tal operación presentaba cuanto más *una probabilidad contra mil.* A estas palabras la desgraciada madre se abalanzó hacia la puerta, la cerró, se apoyó en ella y, volviéndose hacia nosotros con acento de sublime cólera, dijo: «¡No saldrán de aquí sin hacer la operación!» Trousseau la hizo y salvó al niño» (Profesor E. Forgue, *Au seuil de la chirurgie,* pág. 117).

202. II. Anestésicos. — El médico, cuidadoso del cumplimiento de su deber, no debe perder jamás de vista algunas verdades de experiencia, propias para dirigir su conducta. A la luz de estas verdades empleará los anestésicos para el bien de sus clientes, pero siempre *con las mayores precauciones,* y, si se trata de moribundos, con reserva y circunspección mayores todavía.

1. VERDADES DE EXPERIENCIA. — El médico debe tener presente en su espíritu que los anestésicos (opio, morfina, cocaína, cloral, éter, etc.) (1) tienen de momento grandes ventajas, pero pueden conducir, en un porvenir próximo, a terribles inconvenientes; que la morfina, tan rápida en calmar el dolor, es un anestésico muy potente y de empleo muy fácil, pero en cambio muy peligroso; que la cocaína «destruye los cuerpos y las inteligencias mucho más rápida y tristemente que la morfina...», puesto que «los cocainómanos profieren gemidos, lamentos, sufren depresión de la energía, desmoralización, y pasión por los excitantes que no se observa en los morfinómanos más declarados» (2); que los anestésicos, aun a pequeñas dosis, tienen frecuentemente sobre los moribundos «una acción potente que les sume en un coma absoluto y les arrebata la posibilidad de reconocerse en el último momento» (3).

No somos nosotros los que debemos establecer estos hechos. Conviene, sin embargo, insistir algo sobre las ventajas y los inconvenientes de los anestésicos.

1.° *Ventajas.* — Los anestésicos calman el dolor, y, a una dosis algo más elevada, lo suprimen casi instantáneamente. Además producen «un dulce torpor, una especie de bienestar, una tregua a las preocupaciones y penas de la vida» (4).

2.° *Inconvenientes.* — Pero si las inyecciones de morfina, por ejemplo, son demasiado fuertes, o tan sólo demasiado frecuentes, el enfermo pierde toda fuerza de resistencia al dolor, y contrae un hábito casi invencible que tiene las más funestas consecuencias sobre los centros nerviosos, los órganos de nutrición, la salud, las facultades intelectuales, e incluso sobre la libre voluntad. «Los enfermos no escuchan la razón y reclaman siempre, con un ardor creciente, el socorro de la morfina. El uso crea la necesidad, y la necesidad, transformándose en pasión violenta, crea a su vez la *morfinomanía,* especie de locura que aumenta cada día en el mundo y mina los temperamentos y las inteligencias» (1).

(1) *Nada decimos aquí* del cloroformo: hablaremos de él en el capítulo XVI al tratar de las operaciones (núm. **360**, 2). Sobre los peligros de la morfina, consúltese al Dr. Paul Rodet, *Morphinomanie et morphinisme,* 1897.

(2) Capellmann...: *La médecine pastorale,,* págs. 84 y sig.

(3) Dr. Surbled: *La morale,* tomo III, págs. 203 y sig.

Remitimos al número siguiente lo referente a los *moribundos.*

Hacemos observar sin embargo desde ahora que las inyecciones de morfina pueden, según el Dr. Le Gendre, *prolongar* algunas veces la vida. «No hay que olvidar — dice — que ciertos crónicos que parecen llegar al límite de su resistencia pueden seguir manteniéndose de modo sorprendente si se les somete a la acción de la morfina en inyecciones subcutáneas *prudentemente graduadas*» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 371, 1931).

Si el hecho es real, nada se opone a que el médico recurra a este medio con tal que con ello no arrebate para siempre al enfermo el uso de razón.

(4) Dr. Surbled: *La morale,* 3, pág. 206, 202.

El morfinómano «está unas veces descolorido, apático, otras enervado... Tiembla como un alcohólico hasta que toma su morfina. El insomnio, la inapetencia, la falta de digestión, le debilitan cada vez más. Si se intenta suprimir la morfina, los fríos, los dolores generales, una diarrea violenta, las molestias, angustias, un insomnio absoluto, las llevan a veces hasta la locura completa...» (2).

Se ve por este cuadro que si el uso de los anestésicos es lícito en terapéutica, no puede eximírsele de toda regla.

2. USO PERMITIDO. — Los inconvenientes que acabamos de señalar *no son inherentes* al empleo de los anestésicos, y particularmente de la morfina. No derivan necesariamente de ellos y a pesar de las precauciones más prudentes. Por esto su empleo no se hace ilícito sino cuando hay abuso.

Encargado por oficio de curar a su cliente, o por lo menos de aliviarle, con la *condición de no comprometer el porvenir,* el médico puede hacer uso de los anestésicos, y especialmente de las inyecciones de morfina, para *apaciguar los dolores* demasiado intensos, o también para procurar un *sueño artificial* que repare las fuerzas. «Nadie duda de que los calmantes están permitidos en tanto no retarden la curación, no dañen o expongan, ora la salud, ora la vida» y no engendren hábitos perniciosos (3).

3. PRECAUCIONES NECESARIAS. — El uso de los anestésicos, y particularmente de la morfina, debe ser regulado por el médico con tanta cordura y prudencia que el organismo no se acostumbre a ellos, que el sistema nervioso no se debilite grandemente, *que el enfermo no contraiga un mal hábito,* una necesidad irresistible, una pasión. El médico debe recordar siempre «que el efecto bueno pasa, mientras que a menudo el efecto malo, si se trata de un hábito adquirido, persiste y puede perder a su enfermo» (4).

Si la enfermedad es violenta, muy dolorosa, *pero corta,* no es demasiado difícil aplicar este principio fundamental. «En las enfermedades agudas no demasiado largas las inyecciones son raras si el médico es prudente, y por lo mismo el efecto malo desaparece pronto» (5).

Pero la aplicación de este principio es muy delicada en las enfermedades largas y muy penosas. «El primer ensayo del anestésico es tan feliz, aporta al mal un alivio tal y al paciente un reposo tan dulce, que se vuelve a él fatalmente a la menor sensación viva, o hasta para prevenir el dolor, y así se adquiere gradualmente el funesto hábito. A medida que el efecto tarda en producirse bajo la influencia de la costumbre, se aumentan progresivamente las dosis; se las toma elevadas, luego enormes, y se envenena lentamente la inteligencia y el cuerpo» (6).

(1) Dr. Surbled: *La morale,* pág. 207.
(2) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* pág. 82.
(3) *Ibid.,* pág. 80.
(4) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* pág. 120.
(5) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* pág. 81.
(6) Dr. Surbled: *La morale,* 3, pág. 202.

Especialmente en las enfermedades largas y dolorosas, o crónicas e incurables; el médico debe observar con la máxima fidelidad las *reglas siguientes:*

1.° *En primer lugar sólo permitirá* las inyecciones de morfina, por ejemplo, *en los casos de verdadera necesidad,* es decir, para hacer soportables los dolores casi intolerables, o procurar un reposo indispensable a la feliz evolución de la enfermedad (1).

2.° *No rebasará la dosis débil* absolutamente necesaria para alcanzar el objeto que se propone.

3.° *Espaciará* las inyecciones tanto como sea posible, y tendrá incluso la bienhechora crueldad de *interrumpirlas* cuando con su continuación tema dar origen al hábito y suministrar con ello un remedio peor que la enfermedad.

4.° *Practicará por sí mismo,* o por un intermediario absolutamente seguro, las inyecciones de morfina, etc. Nunca y bajo ningún pretexto dejará al paciente, con el frasco de morfina, la pequeña jeringa de Pravaz.

¿No ocurre desgraciadamente lo contrario con excesiva frecuencia, particularmente en las enfermedades crónicas de accesos dolorosos?

«De grado, o impulsado a ello por los lamentos del enfermo..., el médico repite la fatal operación. El enfermo pierde de día en día su fuerza de resistencia al dolor, y reclama cada vez más la inyección. Si el médico, dando el último paso en esta vía fatal, da al enfermo o a su familia la funesta jeringa o el frasco de morfina, llega entonces la catástrofe a pasos agigantados» (2). «La condescendencia excesiva del médico habrá hecho un morfinómano más, es decir, un desgraciado con excesiva frecuencia irrevocablemente perdido; tal es la dificultad de lograr una curación de la cual el mismo paciente será el enemigo más encarnizado» (3).

203. III. Anestésicos y moribundos. — Se impone una reserva *mayor todavía,* a título de *deber estricto,* hacia los moribundos, que deben

(1) «*Nunca se recomendará demasiado la prudencia* en la administración del opio, y sobre todo de la morfina, de la heroína y de la cocaína. Es preciso, en tanto sea posible, no recurrir a ellas, salvo para los dolores intolerables, sino *después del fracaso* de los agentes físicos y de los demás analgésicos. Cuando han sido aliviados por estos tóxicos, los predispuestos al morfinismo y a toda toxicomanía no experimentan alivio con ningún otro sucedáneo. Tienen necesidad de dosis *cada vez más elevadas,* pues el hábito es rápido. Cuando ya no se hallan bajo la influencia analgésica del tóxico, les invade una serie de *molestias dolorosas,* y sólo difícilmente se les hace admitir que estos dolores son mantenidos por el medicamento que les había aliviado al principio. Especialmente la inyección hipodérmica de morfina, y en menor grado de heroína, o de extracto de opio, lleva al hábito y al morfinismo. La cocaína es rápidamente nociva y tiránica por la introducción intranasal» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 316, 1931).

(2) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* págs. 81 y sigs.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 87.

«*La experiencia* exige, como primera condición para la posibilidad de una curación, que el médico tenga *pleno poder* sobre el enfermo. Es increíble la obstinación con que el morfinómano, *aun deseoso de curarse,* multiplica las quejas y las amenazas, los engaños incluso y las astucias para hacerse administrar el veneno codiciado.» (Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* págs. 83 y sigs., que concluye con la necesidad de un internamiento en un establecimiento especial).

poder aprovechar sus últimos instantes para arreglar sus asuntos temporales; preparar si es necesario, con un arrepentimiento sincero, su eternidad; o por lo menos adquirir, con un generoso sacrificio de su vida, méritos inapreciables.

El médico está autorizado a concederles calmantes ligeros que moderen la aspereza de sus dolores.

Pero no les privará *en ningún caso* del uso de los sentidos y de la razón antes de que hayan tomado, en lo temporal y en lo espiritual, sus últimas disposiciones. Si obrara de otro modo, se haría culpable de una falta muy grave.

Hay que decir, sin embargo que, «el dolor que se pretende combatir, se embota y disminuye a menudo con el fin de la vida» (1).

2. Incluso cuando los moribundos, desde todos los puntos de vista, se habrán *puesto en regla con Dios* y *los hombres,* el médico, sumiéndoles en el coma por una inyección de morfina o cualquier otro medio, les arrebatará la posibilidad de adquirir en aquel trance, con la ofrenda reiterada de su vida, la paciencia en los sufrimientos, el ejercicio de todas las virtudes, *méritos tan preciosos* que ninguna ventaja temporal podría compensar su pérdida. También en este caso sería faltar a un *deber riguroso* el atenerse, por una compasión mal entendida, a otra conducta (2).

3. ¿No hay, sin embargo, una *excepción?*

Supongamos un moribundo que ha cumplido todos sus deberes para con Dios y los hombres. Es presa de torturas intolerables, y sus parientes temen a cada instante graves impaciencias que pondrían directamente en peligro su salvación. *En este caso excepcional* ¿puede el médico, con el consentimiento formal o presumido del enfermo, darle una dosis de morfina que calme sus sufrimientos, pero le prive también hasta el fin de todo sentimiento?

Así lo creen algunos moralistas. Otros añaden incluso que el médico puede obrar de este modo si el enfermo está atormentado por sufrimientos muy crueles, *sin hallarse, sin embargo, en peligro* de abandonarse a impaciencias gravemente culpables (3).

Sin querer condenar esta opinión, aconsejamos al médico no aplicar este medio sino cuando el pobre enfermo, en el límite de su paciencia, está en gran peligro de comprometer con faltas graves su salvación eterna (4).

Desde luego, sólo una razón de gravedad muy excepcional autorizaría al médico a administrar, *en estas circunstancias,* una dosis de morfina que, sin matar directamente, lo cual está siempre prohibido, tuviera por efecto acelerar la muerte.

(1) Dr. Surbled: *La morale,* 3, pág. 204. El P. Roure añade: «Y, en efecto, si el dolor es la resistencia o la reacción del organismo a lo que le destruye o ataca, parece que deba seguir al debilitamiento de la reacción misma» (*Etudes,* I, pág. 420, 1923). Véase E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 220 y sigs.

(2) *D. P. C. R.,* artículo «Anestésicos», en el que hay las declaraciones del concilio de Quebec; Moureau y Lavrand, pág. 95.

(3) Génicot-Salsmans, I, núm. 185.

(4) J. Aerntys, I, núm. 260.

204. IV. Eutanasia. — Los principios ciertos que prohiben, en el sentido ya explicado (núm. 203), la administración de *anestésicos* a los moribundos, y ordenan en toda circunstancia el *respeto absoluto a la vida humana,* reprueban enérgicamente, como contrarias a la ley moral, las *tres formas de la eutanasia física* artificialmente provocada: supresión de los supremos dolores por la abolición, súbita o gradual, de la conciencia y de la sensibilidad; aceleración de la muerte en el momento en que ya llama a la puerta y no podría ser despedida; extinción de la vida mucho antes quizá de la hora, con o sin el consentimiento del interesado, para poner fin, ora a los sufrimientos demasiado prolongados del incurable, ora a las cargas demasiado pesadas de la familia o de la sociedad. Ni que decir tiene que la misma ley natural aprueba y glorifica la *eutanasia moral,* que es la valerosa aceptación de la muerte y de sus circunstancias.

1. EUTANASIA FÍSICA ARTIFICIAL. — El *término* significa literalmente *buena muerte,* muerte dulce, sin sufrimientos. Creado por el canciller *Francisco Bacon* en el siglo XVII, dista mucho de ser nuevo; y *lo que* designa es más antiguo todavía.

La eutanasia de los pueblos primitivos tenía únicamente por objeto, con mucha frecuencia, la supresión de las bocas inútiles: «era una *cuestión de estómago.* La eutanasia moderna es de orden sentimental: es una *cuestión de nervios.* Y su indicación dominante es la *supresión del dolor.* Sin embargo, entre el bárbaro germano, que enterraba vivo al anciano incurable, y el civilizado de última moda que ofrece a quien quiere eludir la dolorosa agonía, como en la novela de Benson, el aparato de estilo moderno, distribuidor automático de la muerte por la narcosis, *hay una igualdad de culpabilidad,* que consiste en adelantar el destino y terminar voluntariamente una vida humana», o por lo menos una vida consciente (1).

Respeto a la vida consciente, y, más aún, respeto a la vida en una palabra; doble respeto, fundado, en último análisis, sobre la verdad de que la vida presente es la preparación y la moneda de la vida futura; he aquí lo que basta para derribar *todas las formas* de la eutanasia física, aun la forma más moderna que, por un falso eugenismo y egoísmo social, pide en varios países al legislador «la licencia para destruir las vidas que no valen la pena de ser vividas» (2), el derecho de despojar, de buen o mal grado, de la existencia a los incurables y degenerados (3).

Desgenettes, aquel gran médico militar, había comprendido este respeto a la vida cuando respondió simplemente a Bonaparte, que le pedía envenenar a los pestíferos inevacuables de Jaffa, lo que era, si así puede decirse, eutanasia en serie: «*Mi deber es conservar*», y no se dejó conmover por la consideración de que antes de levantar el sitio era necesario «impedir que nuestros enfermos abandonados cayeran bajo la cimitarra de los turcos» (4).

(1) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 195 y sigs., especialmente pág. 201.
(2) E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* pág. 206.
(3) Dr. Raoul de Guchteneere: *La limitation des naissances,* cap. IV, págs. 102 y siguientes.
(4) E. Forgue, *loc. cit.,* págs. 218; 120 y sigs.

¿Significa esto que el médico esté *siempre* obligado a prolongar *por todos los medios* el último combate? No es ésta nuestra idea; y subscribimos con gusto estas líneas del Prof. E. Forgue:

«Hay *a veces* dosis inútiles de aceite alcanforado, de suero y de oxígeno; hay prolongaciones de la agonía que son una crueldad y que, en parte, justifican las palabras excesivas de Maeterlinck cuando acusa a los médicos de retardar el fin de un suplicio y de acrecer el horror a la muerte.

Todo es relativo: pues hay casos, por el contrario, en los que no es indiferente retrasar la muerte unas cuantas horas, dando al enfermo tiempo de tomar sus últimas disposiciones o de ver nuevamente a los seres amados» (1).

En resumen, salvo razón grave, el práctico no está obligado a poner en juego, para retardar el desenlace fatal, todos los medios, aunque fuesen *extraordinarios.* Incluso puede tener, en circunstancias muy especiales, motivos importantes para no emplear estos medios, que, por ejemplo, asegurarían al moribundo, vuelto a la vida por una hora, la posibilidad de cometer una infamia y desunir para siempre a sus hijos.

2. EUTANASIA MORAL. — La única eutanasia legítima es la eutanasia moral, inspirada por muchos motivos, más o menos elevados, pero sobre todo por la paz de la conciencia, el abandono a la voluntad de Dios, el deseo de los bienes que nunca se pierden. Sostenido por estos elevados pensamientos, el enfermo acepta el «*buen sufrimiento*» que le encamina a la buena muerte.

«La profunda paz de la conciencia, más que la morfina, da al fin de la vida humana su serenidad y su belleza tranquila...

Durante sus últimas horas, *San Francisco* se hace cantar el cántico del Sol. Hacia la noche canta él mismo con fuerza el salmo de David. Su pequeña celda se llena de sombras. Finalmente se extingue su voz: había entrado cantando en la eternidad.

Con los ojos vueltos hacia el horizonte en una última mirada, *Mistral* murmura: «¡Li Santo! ¡Li Santo!» ¡Los Santos de Provenza! Luego muere.

El mariscal Ney es conducido al terreno de ejecución. En el momento de subir al coche celular se dirige al cura de San Sulpicio y le dice con calma: «¡Subid primero, señor cura, yo llegaré más pronto que vos allá arriba!» Y cuando se le propone vendarle los ojos: «¿Ignoráis, responde, que desde hace veinticinco años sé mirar de frente a las balas?

He aquí ejemplos de eutanasia moral...» (2).

La simplicidad de *Montaigne,* que nos exhorta a «practicar» la muerte, es de un metal menos puro.

«Si fuera un enemigo que se pudiera evitar, dice, aconsejaría adoptar las armas de la cobardía. Puesto que no es posible, puesto que os atrapa, tanto al fugitivo y cobardón como al hombre honrado, y que ningún tem-

(1) *Au seuil de la chirurgie,* págs. 219 y sigs.
(2) E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 221 y sigs.

ple de coraza os protege, aprendamos a sostenerla a pie firme y a combatirla. Y para comenzar a quitarle su mayor ventaja sobre nosotros, tomemos un camino del todo contrario al ordinario: despojémosla de la extrañeza, practiquémosla, acostumbrémonos a ella...» (1).

ARTICULO III

REMEDIOS PREVENTIVOS O PROFILAXIS

205. Razón de ser de este artículo. — En él tenemos por objeto ante todo, y casi únicamente, la profilaxis de las *enfermedades venéreas*. Investigamos en qué medida y por medio de qué precauciones está *moralmente* permitida a los médicos en primer lugar, y luego a los demás.

El médico tiene el deber no solamente de *curar*, sino también, tanto como sea posible, de *prevenir* las enfermedades (2), sobre todo las que son un azote social muy grave. Las *enfermedades venéreas* no constituyen una excepción de esta regla. Mas debido a su origen, que es muy a menudo — no retrocedamos ante la palabra — una falta vergonzosa (3), por la diversidad de medios profilácticos que pueden ponerse en juego, por la seguridad relativa que dan estos medios, y por tanto el estímulo que parecen aportar al vicio, las enfermedades venéreas plantean, consideradas desde el punto de vista preventivo, una *cuestión moral* que no suscitan las demás enfermedades. Por esto nuestro primer objeto es el de enunciar los *principios morales* que, en este sentido, rigen la *divulgación* y el *empleo* de los preservativos.

§ 1. — Lo que está permitido al médico

206. Cuestión preliminar. — Un especialista descubre un remedio capaz de curar y hasta de prevenir casi con seguridad la *sífilis*, que es la enfermedad venérea más temible. ¿Puede con seguridad de conciencia publicar su descubrimiento? ¿No será acaso que el suprimir un freno favorezca al vicio? Respondemos a ello que no solamente *puede*, sino que *debe* divulgar su secreto, con la *doble condición* de no exagerar la eficacia del remedio preventivo, y de abstenerse con el mayor cuidado de todo cuanto pudiera parecer estímulo al pecado (4).

1. Divulgación lícita. — El simple enunciado del principio que rige el doble efecto demuestra que el médico está *autorizado* por la moral

(1) Citado por E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, pág. 198.

(2) «El profesor Landouzy dijo un día que el médico del porvenir impedirá más bien las enfermedades que las curará. La previsión parece lógica. Al aclarar el origen de las enfermedades, los progresos incesantes del saber humano llegan en efecto a conclusiones que enseñan al hombre a protegerse contra ellas. Esto es lo que se llama higiene» (H. Bouquet: *Initiation à la médecine*, pág. 135).

(3) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 152, donde E. Jordan responde a los higienistas que proscriben la expresión «enfermedades vergonzosas».

(4) Génicot-Salsmans, caso 172.

a divulgar su precioso descubrimiento. Sabemos ya que este principio puede formularse así: siempre que un *doble efecto*, el uno bueno y el otro malo, resulte *inmediatamente* de una causa, buena moralmente o indiferente, y que el buen efecto compense al malo sin derivar de él, es lícito proponer la causa *que va dirigida* al buen efecto y *permite* el malo.

En este caso, la *causa* de doble efecto es el remedio moralmente bueno, o, si se prefiere, moralmente indiferente. El *efecto bueno* es la curación o la inmunización, con todas sus ventajas para el individuo, la familia y la sociedad. El *efecto malo*, que no es ciertamente el origen del bueno, es la *ocasión* de la mala conducta, ocasión ofrecida por la perspectiva de la impunidad. Si confesamos que el efecto bueno compensa al malo, no hay más que derivar esta conclusión: con la condición de tener por objeto únicamente el efecto bueno, y por consiguiente de *permitir* el malo el médico puede divulgar su descubrimiento.

2. Divulgación obligatoria. — La divulgación implica consecuencias tan importantes que no podría ser lícita sin convertirse al mismo tiempo, a título de caridad, en *obligatoria*.

En lugar de insistir, citemos más bien al Dr. Ed. Hawthorn, quien, consultado por el profesor Jourdain, da una respuesta en tres puntos. Omitimos el primero, pero reproducimos los otros dos.

3. Respuesta del Dr. E. Hawthorn. — *Segundo punto.* — El médico tiene el deber de curar y prevenir las enfermedades en el máximo grado que le sea posible, lo que está en el orden providencial. El hecho de que una determinada enfermedad sea contraída con la mayor frecuencia de una manera culpable, no altera en nada el principio. Si el día de mañana un médico descubriera una vacuna susceptible de inmunizar contra la sífilis *con tanta* seguridad como actualmente inmunizamos contra la viruela, tendría el *deber* de darla a conocer y difundirla.

Al obrar así, haría desaparecer el excesivo número de víctimas involuntarias; protegería a la generación venidera contra la muerte en el huevo y la transmisión de estigmas; haría una espléndida obra de eugenia. Y este *uso normal* de la ciencia no podría ser suprimido porque un número excesivo de hombres se sintieran felices al obtener de él ventajas culpables.

Tercer punto. — Por lo demás, desde el punto de vista práctico, el hecho de hacer desaparecer estas enfermedades no tendría por resultado suprimir un freno a la mala vida por la sencilla razón de que *este freno no existe* (1).

En efecto, contrariamente a la idea demasiado extendida entre el público, el temor de las enfermedades venéreas es *absolutamente ineficaz* para mantener a un joven en la senda de la castidad. Esto es un *hecho de experiencia* constante para nosotros los médicos. ¡Todos conocemos el espectáculo clásico del infeliz en quien un primer ataque provoca las resoluciones más prudentes calurosamente expresadas, y al que encontramos de nuevo unas semanas después en una recidiva lamentable!

(1) Por lo menos hay que confesar que no es muy potente.

Con motivo de las advertencias hechas respecto a las enfermedades venéreas, encontramos *dos clases* de individuos entre los que quieren satisfacer sus instintos. *Unos,* la mayoría..., confían en su buena suerte, en la elección, o en las precauciones que tomarán. Los *otros,* nerviosos obsesionados o ansiosos..., caen en la fobia de la enfermedad, pero sucumben de todos modos a la tentación, dispuestos a sufrir a continuación una buena crisis de preocupación ansiosa con relación al mal que creen haber contraído inmediatamente. Resultados sólo diversos en aspecto. Otros practican simplemente el vicio solitario» (1).

207. I. Indicación de las precauciones. — Lo que acabamos de decir nos lleva naturalmente a esta conclusión. Mediante ciertas condiciones fáciles de cumplir con un poco de tacto, el médico higienista puede, en una conversación particular, *o también* en una conferencia profiláctica, *indicar* las precauciones que, sin suprimirlo, disminuyan el riesgo del contagio y de la enfermedad; *señalar* los medios legítimos de profilaxis, los preservativos que, sin moralizar la mala vida, la hagan poco menos que inofensiva. Del mismo modo las condiciones que deben cumplirse se reducen también a esto. De su conversación con el médico, o de la conferencia oída, el oyente debe llegar a la convicción de que si hay medios probables de cometer la fornicación impunemente para la *salud,* no hay ningún medio de cometerla impunemente para el *alma.* Insistamos en este punto.

1. CONVERSACIÓN PARTICULAR. — E. Jordan dice muy bien: «Lo que se tiene el deber de hacer *de una vez*—divulgar el preservativo—, es claro que se tiene el derecho de hacerlo *en detalle.* No hay, pues, motivo para condenar al médico que indica las precauciones posibles, *con tal que,* por el lenguaje y por el tono que adopte, dé a comprender que, obligado por la inmoralidad de su cliente a resignarse a un mal menor, su indicación *no es en modo alguno un consejo.*

Pues no hay término medio: «alienta, puesto que no desvía», ora por palabras, ora por toda su actitud. «Nada más ingenuo, si es verdaderamente sincera, que la fórmula tan a menudo empleada: «*Hablo como médico*». No se puede hablar sino como médico en un *tratado teórico,* escrito para un lector anónimo que lo consulta para instruirse y no para buscar en él, inmediatamente por lo menos, una *línea de conducta.* Esta distinción entre el médico y el hombre es pura quimera, cuando se da a un cliente de carne y hueso una indicación destinada a ser traducida inmediatamente en un acto que interesa *a la vez* a la higiene y a la moral» (2).

En otros términos, cuando se trata de relaciones sexuales, el médico puede, en una conversación particular, *hablar solamente de moral.* Pero si no quiere aparentar que aprueba lo que condena, no puede de ordinario *hablar solamente de higiene,* medios profilácticos, precauciones, preservativos. Verdadera cuando se trata de una conversación particular, esta observación lo es más todavía cuando se trata de una conferencia profiláctica, incluso ante un público reducido.

(1) Comunicación del Dr. Ed. Hawthorn, en *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 156 y siguientes.

(2) E. Jordan: *L'inconduite du célibataire et l'Eugénisme,* en *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 151 y sigs.

2. CONFERENCIA PROFILÁCTICA. — Supongamos a un médico conferenciante que, partiendo de una idea falsa, entiende que ha de quedarse estrictamente *en el terreno médico.*

En la *primera parte* de su conferencia invoca únicamente el deber de respetar la propia *salud* y la de los demás, y, como móvil o motivo, no se refiere más que al temor: temor de contraer una mala enfermedad, y también temor de contaminar a los demás, hasta a los amigos más íntimos o a los parientes por la sangre, en una palabra, a aquellos a quienes más se desea ver libres del horrible mal.

En la *segunda parte* indica, con perfecta precisión y sin exagerar su eficacia, las precauciones profilácticas que disminuyen grandemente el riesgo del contagio y de la enfermedad consecutiva. De este modo atenúa las inquietudes que ha despertado en la primera parte.

«*Pero entonces, ¿quién no ve el peligro*», si consideramos *la impresión* producida por el auditorio, aun cuando el conferenciante evite con cuidado toda aprobación expresa de la mala conducta? «Del consejo de prudencia en la mala vida al consejo de mala vida prudente no hay más que un paso» para el auditorio, «paso que franquea pronto». El auditorio se adelanta al conferenciante, y, de buen o mal grado, le hace decir lo siguiente: «Es inevitable... es natural... es legítimo que os divirtáis. Y al correrla... cuando sea hora... ea, corredla, pero con cuidado»: no descuidéis las precauciones que os indico. «He aquí cómo las conferencias dadas a los jóvenes soldados, las advertencias oficialmente distribuídas en el ejército, se han convertido en una verdadera enseñanza de la mala vida.

En una palabra, y *más profundamente* indicar los medios de cometer *impunemente* un acto inmoral» y ocultar la inmoralidad de este acto, ¿no es acaso incitar a cometerlo y hacerse complice de él?» (1).

He aquí los inconvenientes de que en una conferencia profiláctica el médico higienista permanezca exclusivamente en el terreno médico. *¿Qué debe hacer* si, cuidadoso de la preservación del cuerpo, es igualmente, y más todavía, cuidadoso de la preservación del alma? Debe situarse valientemente *sobre un doble terreno:* el médico y el moral. Debe declarar a su auditorio que no hay más que un medio *infalible* de salvar a la vez el cuerpo y el alma: abstenerse, fuera del matrimonio, de toda relación sexual. Después de haber aclarado plenamente esta verdad irrefutable, podrá abordar y tratar la cuestión de los preservativos.

208. II. Aplicación de los preservativos: cuidados antes y después de la falta. — Con la condición de reprobar expresamente la mala conducta, un buen médico puede aceptar, por graves razones, la

(1) E. Jordan: *loc. cit., L'Eglise et l'Eugénisme,* cap. 1, págs. 150 y sigs.

administración de inyecciones o la aplicación de medicamentos que disminuyan el riesgo del contagio. La moral le permite obrar así *después, y aun antes,* de las relaciones sospechosas.

1. DESPUÉS DE LAS RELACIONES SOSPECHOSAS. — E. Jordan ha tratado este punto con un gran sentido común y una claridad luminosa.

«Un médico de la marina, embarcado en un navío de la escuadra de China, comprobó que los marineros aprovechaban las escalas y los desembarcos para lo que se adivina: el estado sanitario era deplorable. Instituyó visita obligatoria, que tenía lugar en el momento del regreso a bordo. «¿Has estado en...? — Sí... — Bien, aquí tienes tu prescripción.» Resultado: una disminución considerable de los casos de enfermedades venéreas.

¿Ha cumplido este médico su deber? ¡Ciertamente sí! Ha demostrado iniciativa e inteligencia. Ha prestado un gran servicio a estos hombres, a las mujeres con las que un día se casarán, a los niños que engendrarán, en una palabra, **a la raza.**

Pero, ¿ha cumplido todo su deber? Eso, según. Sí, si ha evitado sugerirles esta idea: «Mi conducta debe ser del todo natural, puesto que es esperada, que se presume y que todo está previsto para ello.» ¿Ha sabido demostrar que al tratarla no la aprobaba? — «Pero esto es muy delicado: encontrar el medio de condenar el acto sin contrariar la confesión, sin la cual nada puede hacerse». — De acuerdo: el médico no puede prescindir de tacto psicológico y moral. ¿Puede quejarse de que se le exijan estas cualidades? Ellas son las que dan dignidad a su arte y lo sitúan muy por encima del arte veterinario. No hay necesidad de tacto para cuidar a un caballo» (1).

Entendámonos, sin embargo. El médico no tiene necesidad de hacer un sermón. Una palabra, un gesto, le bastarán para expresar su censura, especialmente si es conocido por su alta moralidad.

2. ANTES DE LAS RELACIONES SOSPECHOSAS. — Antes de ir adonde sabemos, un joven va a visitar a su médico. Solicita de él una inyección que será mejor administrada, un preservativo que será mejor aplicado. ¿Permite la ley moral al médico condescender a esta petición?

Aunque la cuestión es bastante delicada, respondemos que *sí,* pero después que haya hecho vanos esfuerzos para desviar de su mal deseo a un pobre hombre al que la pasión arrastra. El médico comenzará, pues, por declarar que no tiene ningún remedio para preservar el alma; ningún remedio infalible para preservar el cuerpo. No cederá sino ante una voluntad obstinada en su funesta resolución, y decidida a prescindir de toda precaución profiláctica o de ir en busca de algún otro que no tendrá tantos escrúpulos.

Para demostrar que esta línea de conducta es *recta* y *legítima,* se puede razonar por analogía. A un hombre irrevocablemente determinado a un mal mayor, puede aconsejársele, en el mismo orden de cosas, un mal menor. Este es nuestro caso. El joven imprudente está resuelto a

(1) E. Jordan: *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 153 y sigs.

perder su alma y a arriesgar si es preciso su salud. El médico, impotente para preservar la salud del alma, preserva, en ciertos límites, la salud del cuerpo. Desde luego, la tarea del médico será aún más fácil si se trata de un joven al que conoce y que le ha sido recomendado, en estos términos, por un padre desolado: No puedo impedir que mi hijo se porte mal; preservadle cuando menos del mal en la medida de lo posible (1).

§ 2. — LO QUE ESTÁ PERMITIDO AL CLIENTE

209. Algunos casos más delicados. — Partimos del principio de que nunca está permitido a un hombre casado tratar de evitar la concepción, y emplear a este efecto medios eficaces. Como es justo, lo que se aplica al marido se aplica igualmente a la mujer. Al tratar del neomaltusianismo tendremos ocasión de explicar y demostrar las reglas morales que establecen la absoluta ilegitimidad de los procedimientos anticoncepcionales, por bello que sea el nombre con que se les decore.

En el caso presente nuestros propósitos son más modestos. Intentamos resolver únicamente algunos *casos más delicados* referentes a las relaciones conyugales.

1. PRIMER CASO. — Una mujer practica, POR RAZONES APREMIANTES DE SALUD, los *lavados intravaginales,* que impiden *casi* ciertamente la concepción, pero no con objeto anticoncepcional, y los omite por lo menos durante la hora que sigue inmediatamente al acto conyugal. ¿Está autorizada por la ley moral a continuar las relaciones sexuales con su marido?

Para responder a esta pregunta, y por consiguiente resolver el caso, es preciso distinguir una doble hipótesis.

1.° *Primera hipótesis.* — Si el estado de salud impone rigurosamente esos lavados, no es posible, en nombre de la moral, prohibir las relaciones conyugales a una mujer que los practica bajo la orden formal de su médico. Puesto que las relaciones conyugales no son por esta causa *segura* y necesariamente infecundos, hay motivo para aplicar aquí el principio del *doble efecto* (2). La mujer de que hablamos quiere únicamente el efecto bueno, que es la conservación de su salud. Por una razón muy grave *permite* el malo, que es, *casi* seguramente, la esterilidad temporal. Por lo demás ella no se opone a la concepción ni antes, ni durante, ni inmediatamente después del acto conyugal. En estas condiciones no se comprende a título de qué podría obligársela a abstenerse de las relaciones conyugales.

2.° *Segunda hipótesis.* — El estado de salud no exige imperiosamente los lavados intravaginales. En esta segunda hipótesis, sólo la buena fe excusa a la mujer casada que los practica, y continúa no obstante teniendo con su marido las relaciones habituales.

(1) Nada decimos del *espermocultivo,* destinado a investigar las secuelas de la blenorragia. No está prohibido, con la condición de emplear los medios legítimos de procurarse la esperma, y, por consiguiente, evitar la masturbación o el uso del condón.

(2) Ciertos moralistas parecen recurrir a este principio, *aun en los casos* en que las relaciones serían *ciertamente* infecundas (véase Aloys. de Smet, *De Sp. et Matr.,* núm. 236, página 203, not. 2, 1927).

Asimismo hay tendencia en nuestros días a considerar como bienhechoras las inyecciones que, en realidad, son, no sólo inútiles, sino también nocivas.

Esta es la opinión de numerosos médicos. Así el *Dr. Schockaert* distingue claramente las inyecciones vaginales practicadas con un objeto médico por una mujer *enferma* y las mismas inyecciones practicadas por una mujer *sana* como medida de aseo.

«La naturaleza de la cuestión que he de tratar me lleva... a hablar de las *inyecciones vaginales*.

Pueden ser practicadas con *objeto médico*, especialmente en casos de inflamaciones pélvicas, en las que obran por el calor del líquido, o en los casos de inflamaciones vaginales, en las que actúan por medio de los antisépticos empleados para hacer inofensivos o matar a los microbios que son la causa de la inflamación.

En cuanto a las llamadas *inyecciones de limpieza* en la mujer normal, son perfectamente inútiles y hasta nocivas» (1).

El profesor *Jules Monges* es de la misma opinión, y cita además algunas líneas muy significativas del *Dr. Jayle*.

«Ciertas prácticas, brutales y muy extendidas son peligrosas para el aparato genital y limitan a veces la potencia de la procreación. Me refiero a las *inyecciones vaginales*, practicadas aun sin ninguna intención anticoncepcional. «Las glándulas del cuello y de la vagina, ha escrito el doctor Jeyle, secretan productos bactericidas que evitan toda afección vulgar. Estas glándulas se alteran bajo la influencia de las inyecciones repetidas y pierden su poder, de suerte que la mejor manera de deteriorar el aparato genital femenino consiste precisamente en estas inyecciones continuadas. Toda mujer sana debe considerar la inyección vaginal como lo contrario de una práctica de limpieza» (2).

2. Segundo caso. — En un matrimonio el marido está contaminado. Mientras hubiera peligro de contagio, debería abstenerse de toda relación sexual. Pero no lo entiende así, y exige de su mujer el acto conyugal. Aun más, la amenaza, en caso de que rehuse, con males muy graves, sin exceptuar el divorcio. En estas circunstancias la esposa, persona muy honesta, pregunta si puede, sin falta grave, servirse durante el acto conyugal de una *pomada antiséptica* que tendrá un *doble efecto:* uno directo, y deseado por ella, de disminuir el peligro de contagio; otro indirecto, y no querido, de impedir *tal vez* la concepción.

Así planteada, la cuestión contiene el principio de solución, y por consiguiente la respuesta. Con vistas de librarse, tanto como le sea posible, del contagio, una mujer casada no puede hacer nada que se oponga, con *seguridad moral*, a la concepción. Pero le está permitido emplear un preservativo cuyo inconveniente sea el de hacer la concepción *menos probable*. El móvil que la impulsa a obrar de tal suerte es una causa excusante. También en este caso encuentra su aplicación el principio del *doble efecto*.

(1) *Mariage et natalité*, págs. 233 y sigs., 1932.
(2) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 132.

ARTICULO IV

EUGENIA - LA FALSA - LA VERDADERA

210. Cuestión por resolver. — Para terminar este capítulo, que expone la acción sobre lo físico por los remedios *curativos* y *preventivos*, nos falta plantear y resolver una cuestión que nace, en parte muy importante, de la moral, y, en parte apreciable, del arte médica: la cuestión de la *eugenia*. Se relaciona por ciertos aspectos con los remedios *preventivos*.

Después de haber definido la eugenia e indicado los principios que deben regirla, describiremos la *falsa* eugenia y, en contraposición, la *verdadera* eugenia. Hecho esto, investigaremos cuál debe ser el papel del médico.

§ 1. — Eugenia en general

211. I. Definición. — La *palabra* eugenia o eugenismo designa la doctrina práctica, ciencia o arte, que tiene por objeto asegurar una «*buena generación*». La *cosa* fué definida en 1883 por el biólogo inglés Francis Galton, su fundador. Ve en la eugenia: «el estudio de los factores sociales que pueden mejorar o debilitar (deteriorar) los *caracteres hereditarios* de las generaciones futuras» (1).

La eugenia se propone, pues, estudiar las leyes de la herencia con el objeto de *conocer científicamente* y, por lo tanto, de *aplicar* los medios de procrear en las condiciones más favorables para el mejoramiento de la raza humana. Tiene por objeto *descubrir* e *imponer* «las condiciones que cada individuo, cada pareja, debe esforzarse en cumplir para tener hijos bellos y robustos» (2).

Se ve por consiguiente que la eugenia es una ciencia a la vez *antigua* y *nueva*. Antigua por el *objeto*, por la «preocupación de asegurar la mejor calidad posible a los productos de la fecundidad humana» (3); es nueva por los *métodos* que los eugenistas, y especialmente los americanos, procuran hacer científicos. Los americanos tienden a acaparar el eugenismo por entero. Con el vocablo eugenia han abierto un inmenso campo de estudios» (4).

Se ve igualmente que la eugenia pretende aumentar el número de los «*buenos*» nacimientos y a disminuir el de los «*malos*». «Según la concepción del mismo Galton, la eugenia tiene, en su acción social, una fase *negativa* y otra *positiva*. Se trata por una parte de *restringir* la producción de los inaptos, y por otra de mejorar la raza *favoreciendo* la fecundidad de

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 102.
(2) Ed. Perrier, citado en *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 191.
(3) *Ibid.*, pág. 16.
(4) *Ibid.*, págs. 10, 15, 16.

las mejores progenies. Esta acción positiva es la principal. La eugenia ambiciona reemplazar la selección natural, forzosamente ciega y brutal, por una *selección racional* de los elementos mejor dotados» (1).

Se ve finalmente que la eugenia no podría ser independiente de la moral. Por el hecho mismo de que pide a las leyes de la herencia los medios de mejorar el valor de la raza, debe, en sus estudios, y sobre todo en sus prescripciones, tener en cuenta los principios morales. La moral no autoriza en modo alguno a mejorar *por todos los medios* la raza *humana.*

212. II. Principios morales. — Los principios de la ley natural rigen doblemente la eugenia: *negativamente,* la preservan de graves errores; *positivamente,* le inspiran en gran medida sus métodos y sus soluciones. Se relacionan, desde algo lejos, con los *estudios* del eugenista; de cerca, con el *fin* que se propone; de más cerca todavía, con las *medidas* que aconseja o impone.

1. Estudios. — Ante todo la eugenia es la ciencia de las condiciones más favorables para la reproducción humana. Trata, pues, de conocer científicamente, por medio de estadísticas, encuestas y otros medios apropiados, todo lo que influye, en bien o en mal, sobre la procreación, y por consiguiente asegura el bienestar y una mejor vida del hombre sobre la tierra.

Aquí las dos cualidades que la ley moral exige del eugenista son la *probidad científica* y la prudencia: la probidad científica para no desnaturalizar los hechos, sino por el contrario para verlos tal como son; la *prudencia* para interpretarlos sin idea preconcebida ni partidismo.

Si el eugenista *se deja conducir por los hechos,* en lugar de someterlos a sus prejuicios, comprobará, por ejemplo, «que todo esfuerzo encaminado a multiplicar y mejorar físicamente la especie humana, *a costa de la vida* moral y de las severas disciplinas que la rigen, acaba, tarde o temprano, por efecto de estos golpes de rechazo tan frecuentes en la naturaleza y en la vida, por provocar el doble azote de la desnatalidad y de la declinación de la raza». Es una ley que «demuestran tanto la experiencia como la razón» (2).

Si carece, por el contrario, de probidad científica o de prudencia en la interpretación de los hechos, se equivocará de mil maneras. Y, para limitarnos a algunos ejemplos, atribuirá falsamente el *paro obrero* a un «exceso de población» (3); opondrá, lo que es mucho más grave, la *calidad* a la *cantidad,* y pretenderá que en toda familia los niños tienen tanta mayor salud o vigor cuanto menor es su número, cuando en realidad la calidad y el número son solidarios, con tal, sin embargo, que los padres no compartan la miseria, el vicio o la enfermedad (4); establecerá la tesis, fundada en el error y la exageración, de que la limitación del número de los nacimientos es necesaria, ora para salvaguardar la salud, la dignidad y la vida de

(1) Dr. R. de Guchteneere, pág. 103. - bis
(2) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 176.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 24 y sigs.
(4) *Ibid.,* págs. 139 y sigs.: especialmente Dr. R. de Guchteneere, pág. 104 y sigs.

la mujer, comprometidas por los embarazos demasiado frecuentes, ora para disminuir la elevada mortalidad infantil que aflige a las familias numerosas (1).

2. Fin de la eugenia. — A primera vista parece que la moral no tiene nada que ver con el fin de la eugenia, que es el mejoramiento de la raza humana, objeto conforme a la ley natural.

Y sin embargo interviene de una doble manera: primero, para *precisar* este fin, lo cual es muy importante; luego, para *subordinarlo* al fin último de toda vida consciente y libre.

1.° La moral precisa el fin inmediato de la eugenia. — La eugenia digna de este nombre tiene por objeto acrecer el *verdadero valor* humano de los niños, y por consiguiente su valor físico sin duda, pero más todavía su valor intelectual y moral. Comprende que la salud física no es ni el único bien ni el primero (2). Dócil a las enseñanzas de la moral, no olvida, al interesarse por los cuerpos, ni las almas, ni la jerarquía de los valores, ni la primacía del espíritu.

2.° La moral subordina al fin último el mejoramiento de la raza humana. — «El *gran error* de la mayoría» de los eugenistas modernos «es el de no considerar al ser humano sino desde el punto de vista de la vida presente, como si no tuviera más fin que sí mismo y las satisfacciones que es capaz de gozar en este mundo... De ahí la necesidad de recordarles que la vida presente no es en suma, sino un período de prueba preparatorio para la vida futura...» (3). «Ciertamente, si la felicidad de la tierra fuese el fin último del hombre, convendría prohibir el matrimonio, o por lo menos la fecundidad, a todos aquellos cuyo estado de salud les expusiera a no transmitir más que una vida defectuosa y llena de tachas. Pero no es así si el destino del hombre se halla más allá de las satisfacciones que puede gozar en este mundo, y si puede alcanzarlo, cualesquiera que sean las condiciones fisiológicas de la vida que debe llevar sobre la tierra» (4).

3.° Preceptos y prohibiciones. — Dependiendo de la moral en su *fin* inmediato, la eugenia depende, por consiguiente, de la moral en todas las *reglas* que pretende formular, en nombre de la experiencia, con miras a mejorar la raza humana.

En sus recomendaciones, y más aún en sus prohibiciones, debe tener en cuenta:

1.° *La naturaleza humana* en conjunto, y por tanto la subordinación esencial del cuerpo al alma, la jerarquía natural de los valores.

2.° *La verdad muy cierta* de que la *vida presente,* por ser un período de prueba preparatorio para la vida futura, es ante todo un esfuerzo constante, una lucha perpetua, cuya consecuencia es una felicidad, en este mundo confusa e incompleta.

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* págs. 150 y sigs.
(2) Ed. Jordan: *Eugénisme et Morale,* pág. 4.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 212, 220, etc.
(4) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 220. — Por consiguiente uno de los fines de la eugenia es *más bien* mejorar a los inaptos que limitar su fecundidad.

3.° *Las leyes divinas y humanas* que se relacionan con el *matrimonio*, institución regida por la voluntad superior de Dios, e independiente, en sus preceptos esenciales, de la voluntad de los contratantes.

4.° *Los derechos inherentes a la persona humana*, anteriores a los derechos del Estado e independientes de éstos: derecho absoluto a la vida, a la integridad corporal e incluso al matrimonio que, conforme a la ley de Dios y, si está bautizado, a la ley de la Iglesia, está autorizado a contraer.

Tales son las principales prescripciones de la ley natural, que debe tener constantemente en cuenta la eugenia verdadera para respetarlas y adaptar a ellas sus recomendaciones y prohibiciones.

Por consiguiente, el *criterio* es el que nos permitirá discernir la eugenia falsa de la eugenia legítima.

§ 2. — Falsa eugenia

213. Sus características. — La falsa eugenia es: 1.° ante todo y casi exclusivamente *negativa*; 2.°, material y *animal*; 3.°, de orientación casi única *hacia la vida presente*, que los eugenistas erigen en fin supremo del hombre; 4.°, soberbia *despreciadora* de los mejores medios que encaminan al ser humano a la felicidad eterna de la vida futura; 5.° *propagadora*, so pretexto del bienestar y de la vida mejor, de todos los procedimientos que tienden a destruir la raza humana.

1. Negativa. — La falsa eugenia se preocupa casi únicamente de impedir los malos nacimientos, es decir, de prohibir la procreación a los lacrados, a los anormales, a los indeseables, cuya lista alarga más o menos. Pero, si bien niega la fecundidad a gran número de seres humanos, no rehusa a ninguno de ellos, con tal que sean estériles, los goces sexuales. Añadamos, sin embargo, para ser justos, que no pocos eugenistas, en desacuerdo en varios puntos con la ley moral, reprueban las prácticas anticoncepcionales (1).

Hecha esta observación, he aquí, sin entrar ahora en detalles, las *principales medidas* que propone la falsa eugenia, con miras a suprimir, para el mayor bien de los individuos y de la sociedad, los malos nacimientos.

Impide:

1.° *Casarse*, mediante el certificado prenupcial obligatorio, al que está subordinada la autorización legal del matrimonio (n. **220**, 2).

2.° *Concebir*, por el neomaltusianismo, cuyas prácticas anticoncepcionales glorifica, y por la esterilización de los anormales, la cual, haciendo infecundos a los genitores de uno y otro sexo, realiza de un solo golpe, y a menudo de una manera definitiva, la obra culpable del neomaltusianismo.

3.° *Nacer*, mediante el aborto, que suple a la ineficacia de las precauciones tomadas para detener la transmisión de la vida, y es, al juicio de ciertos eugenistas, perfectamente legítimo (2).

(1) *Mariage et natalité*, pág. 157, 1932; Dr. R. de Guchteneere, págs. 117 y sigs.

(2) «El nacimiento debe ser el criterio de la individualidad. *Todos los nacidos* tienen derecho a la protección social. *Los que no han nacido* no existen, y la ley no tiene por qué ocuparse de ellos. La mujer encinta *no es dos personas;* sólo es una, y tiene el derecho de hacerse abortar como tiene el derecho de cortarse los cabellos, de engordar o adelgazar» (Mme. Madeleine Pelletier, citada en *l'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 165).

4.° *Vivir*, después del nacimiento, por el infanticidio, ante el cual no retroceden algunos eugenistas intrépidos (1).

5.° *Sobrevivir* en la sociedad, por el rechazo de leyes sociales, *protectoras aparentemente de los débiles*, pero, a los ojos de ciertos eugenistas consecuentes en sus ideas, *inhumanas y crueles:* crueles para el degenerado, cuya agonía prolongan; crueles para la población sana, a la que gravan con una pesada carga (2).

Nos guardaremos bien de atribuir todas estas teorías y todos estos métodos a los eugenistas que limitan su horizonte a la vida presente. Pero ¿no hay *cierta lógica* en defenderlas, desde que se restringe a la felicidad terrenal el fin del hombre?

2. Material y animal. — Negativa en sus procedimientos, la falsa eugenia es, por el mismo hecho, *material y animal*.

No ve en el hombre más que el cuerpo. Se diría que su ideal es el animal hermoso, humano por su esqueleto y sus músculos y no por sus cualidades intelectuales y morales. Si considerara a la humanidad *como una vasta yeguada*, en la que sólo se confía a los sementales el cuidado de la reproducción, no lo haría de modo diferente y así recuerda la anécdota, tan bien referida por Eduardo Jordan.

Quiere demostrar que se olvida a menudo la diferencia entre la eugenia *humana* y la cría *animal*.

«Hemos oído en una sala, rebosante de personas cultivadas, aplaudir calurosamente a un conferenciante que — con gran elocuencia e ingenio, hay que reconocerlo — había referido la siguiente historia: «Me encontraba el otro día en el campo, de visita en casa de un amigo que se divierte en criar caballos. Me mostró un potro en el que, sin gloriarme de ser un entendido, no me fué difícil reconocer una bestia soberbia. Y al felicitarle por el animal: Me ha costado mucho trabajo, me dijo. Su madre es A, por B... y C. En cuanto al padre, lo he escogido con cuidado. Su *pedigree* (su genealogía) «es magnífica; viene de X por Y y Z... ¡Sólo he de decirle que ha ganado todos los premios!» Cinco minutos después me presentó a su yerno. Todo lo contrario de un buen tipo: hombros estrechos y cabeza hundida; miope hasta el extremo de no ver a dos pasos de distancia. «¡Caramba!, me dije, bien hubiera podido elegir con tanto cuidado para su hija como para su yegua!» (3).

3. Orientada sólo hacia la vida presente. — Hemos ya insistido en esta falsa orientación, que, con el desconocimiento de los derechos individuales, lleva directamente a los mayores errores.

El criterio del valor humano debe diferir, según que se limite el destino humano a la vida de este mundo, o que se vea en la vida presente la preparación a la vida futura. La noción justa del destino humano muestra

(1) Ed. Jordan: *Eugénisme et Morale*, págs. 109 y sigs.

(2) *Ibid.*, págs. 116 y sigs.

(3) *Eugénisme et Morale*, pág. 8.

hasta la evidencia «que la familia, como la sociedad, no existe más que para suministrar al individuo el marco social que necesita para desarrollarse con normalidad y encaminarse libremente hacia su destino eterno» (1).

4. Despreciadora de los mejores medios de felicidad eterna. — La falsa eugenia, preocupada únicamente de la felicidad terrestre, desconoce, entre otras cosas nobles, el *papel del sufrimiento* en la vida humana.

Ignora que es el rescate de las faltas cometidas, un origen abundante de enriquecimiento espiritual y de elevación moral, un par de alas que, arrancando al hombre de los placeres momentáneos, le eleva, por una vía áspera pero segura, a los goces sin fin. Sin duda podemos intentar atenuarlo. Mas, puesto que es al mismo tiempo *inevitable y precioso,* hemos de procurar sobre todo hacernos voluntades pacientes y corazones esforzados.

5.° Propagadora de la muerte. — Llegamos a la dolorosa comprobación de que la falsa eugenia alcanza finalmente un resultado *diametralmente opuesto* al objeto primitivo: el perfeccionamiento de la raza humana; la regeneración de la humanidad. Se propone poblar el mundo de niños más vigorosos. Y en realidad, al separarse de la vieja moral, lo despuebla *por dos medios* muy eficaces: por las *prácticas anticoncepcionales* y los métodos condenables que de ellas derivan espontáneamente; por la *emancipación del instinto sexual,* substraído en todo al gobierno y al dominio del espíritu. Por estos dos procedimientos, a la vez teóricos y prácticos, hace la *selección al revés,* tiende a la ruina de las sociedades y se transforma en *arte de destrucción.*

1.° *Deterioro por las prácticas anticoncepcionales.* — Los médicos serios lo reconocen y lo demuestran.

He aquí, por ejemplo, las conclusiones del Dr. Fernando Daubresse.

«Como acabamos de ver, la limitación de los nacimientos tiene un *doble papel* manifiestamente disgénico: 1.°, disminuyendo la natalidad en las *clases superiores,* en las que tendría que ser particularmente favorecida; 2.°, dejando por el contrario a las *clases inferiores* — a las que la propaganda no ha logrado conmover, convencer, ni decidir a emplear las prácticas neomaltusianas — desarrollarse ciegamente sin freno alguno» (2).

Si se supone que las clases inferiores comprenden y aplican correctamente las prácticas anticoncepcionales, la conclusión no varía en nada.

«Se arrebata *a los débiles,* a los enfermos, el derecho de tener hijos, dejándoles en cambio el de beber a su placer en las fuentes de la voluptuosidad. ¿Se cree poder persuadir *a los demás* de que tienen el deber de *compensarlo*? Los primeros no tendrán hijos porque se les habrá prohibido. Pero los segundos no tendrán más tampoco porque no querrán tenerlos. A la ruina de las sociedades en el envilecimiento de los individuos es a donde amenaza conducir esta eugenia a contrapelo...» (3).

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 216.
(2) *Mariage et natalité,* pág. 153.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 216.

2.° *Deterioro por la corrupción de las costumbres.* — No se puede dar beligerancia a la licencia en materia sexual. Cuando entra por un punto en las costumbres, invade todos los demás.

Ahora bien, la falsa eugenia «tiene por objeto substraer el instinto procreador al orden de cosas al que está naturalmente sometido, es decir, al imperio de la *voluntad* y de la *razón,* que le da un valor verdaderamente humano. No hace intervenir a la voluntad y la razón sino para rebelarse de cualquier forma contra sí mismas, trastornando el orden que rige la pasión, cuya emancipación definitiva consagra de esta manera... Por lo tanto», ¿qué será de «las leyes más elementales del matrimonio...? La abdicación de la voluntad frente a la pasión tiene por efecto directo despojar al amor conyugal de sus valores espirituales y propiamente humanos. Lleva a la mala conducta, que es el origen de la degeneración de las almas y los cuerpos. Envilece al hombre por entero. Hace impracticable el deber de la educación por el hecho de que debilita las energías, que consagra el *predominio de la ley del placer sobre la del sacrificio...*» (1).

6. Una triple conclusión se desprende de este estudio. La falsa eugenia, como muchas otras invenciones más o menos modernas, es, por tres motivos, una doctrina de esterilidad y crueldad.

1.° *Desprecia el derecho natural,* y por lo tanto la única moral que establece en el hombre el orden entre la carne y el espíritu.

2.° *Substituye la verdadera moral* por una serie de *recetas prácticas* que a fin de cuentas son contrarias al objeto perseguido.

3.° *So pretexto del bien,* enseña el mal, y, por tal hecho, pervierte no solamente las voluntades, sino también las inteligencias. Esta es la más grave de todas las consecuencias. Recuérdese la frase de Pascal: «Nunca se hace el mal más alegremente que cuando se le hace en conciencia», es decir, cuando se cree obrar bien.

La *conclusión* que se impone, pues, es ésta: hay una *falsa* eugenia de todo punto condenable.

§ 3. — La verdadera eugenia

214. I. Dos rasgos primordiales. — La verdadera eugenia se distingue de la falsa por *dos rasgos primordiales* que no hay que separar nunca. Es a la vez *moral* por su fin como por sus medios, y, bajo la dirección o por lo menos el control de la ley natural, es tan plenamente *comprensiva* que no descuida ninguna de las ciencias ni de las artes capaces de ayudarla en la prosecución y la conquista del objeto hacia el que dirige todas sus energías.

1. Moral por su fin como por sus remedios. — La verdadera eugenia es moral por su fin supremo; moral por su fin inmediato; moral por sus medios. No ignora, y hasta propone como primer principio, «que *sólo* el

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 186 y sigs.; véase también Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* págs. 226 y sigs.

perfecto cumplimiento de la moral conyugal aporta al problema de la eugenia una solución satisfactoria» (1).

1.° *Es moral por su fin supremo.* — Si se propone el mejoramiento de la raza humana es en definitiva para *facilitar* al hombre el cumplimiento de este gran deber que resume todos los demás: la continua tendencia del ser humano, por todos sus actos libres, a la gloria de Dios y a la felicidad eterna, fin último de toda vida consciente y dueña de sus actos.

2.° *Es moral por su fin inmediato.* — Si bien quiere poblar el mundo de niños más vigorosos, quiere, más todavía, poblarlo de hombres con almas más bellas, con inteligencias más ávidas de las verdades liberadoras, con voluntades más afirmadas en el bien, con caracteres más enérgicos y más generosos. Su ideal es la mayor valía de *todo el hombre*, materia y espíritu; el dominio más completo del espíritu sobre la materia.

3.° *Finalmente es moral por sus medios.* — Igualmente en guardia contra el falso *individualismo*, que es puro egoísmo, y el *estatismo*, que es tiranía, la verdadera eugenia respeta los derechos de los particulares y de las familias, sin violar en nada los derechos reales del Estado. Es inútil añadir que respeta en todo las leyes del matrimonio; e instruye, con el mayor cuidado, a los esposos en sus deberes recíprocos, y a los padres de las obligaciones que les incumben para con sus hijos ya nacidos o todavía por nacer.

No podemos entrar en detalles. Pero citaremos en parte una *página vigorosa* que da una visión de conjunto.

«Nuestra moral tiene en cuenta *todos los datos* de esta cuestión tan compleja... No sacrifica inconsideradamente la ley de la calidad a la del número. Mantiene, sin embargo, entre el número y la calidad, la solidaridad necesaria. Tiene conciencia de que la naturaleza, violada en sus leyes, acaba siempre por vengarse y por tener razón sobre sus contradictores.

En el respeto a las leyes de la naturaleza y de la vida, en el marco de una moral natural de principios inviolables, se aplica a determinar cuáles son prácticamente los deberes de los esposos, para asegurar a su unión una fecundidad a la vez sana y moderada. Velando por la calidad de la raza, respeta la *jerarquía de los valores*; pues subordina siempre el bien del cuerpo al del alma. Defiende los intereses de la especie, sin ejercer, sin embargo, una restricción injusta sobre los del individuo... Al insistir, no en el interés, sino *en el deber*, deja al problema todo su alcance moral, es decir, humano. No espera, pues, su solución por medios artificiales, sino por el esfuerzo del hombre, conciente de su deber y respetuoso con las leyes de la vida...»

Igualmente, «el esfuerzo que nuestra moral impone al hombre está destinado a engrandecerle, a desarrollar sus energías espirituales, al mismo tiempo que a sanearle físicamente. Le obliga, aun en sus relaciones conyugales, a un control enérgico de sus instintos...» Sin duda es «imponer al hombres grandes sacrificios...» Pero «estos sacrificios *no tienen otro objeto que el de desarrollar hasta su máximo el impulso de vivir...*» (2).

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 188.
(2) *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 188 y sigs.

2. LA VERDADERA EUGENIA ES ADEMÁS COMPRENSIVA. — Pone a contribución *todo lo que tiende a su fin*. Si bien sabe que el problema eugénico es ante todo un *problema moral*, comprende que es también un problema social y económico; un problema médico, sin hablar del problema pedagógico y de los demás problemas.

«*Problema social*: reformar la sociedad de modo que la familia normal, la de cuatro o cinco hijos, e incluso la familia numerosa, no se hallen en posición desventajosa.

Problema médico: considerar las ventajas de la fecundidad al mismo tiempo que sus inconvenientes; los inconvenientes de las maniobras anticoncepcionales al mismo tiempo que sus ventajas, y estudiar la higiene de la castidad con tanta atención como la higiene del amor» (1).

Problema médico también: «para evitar el nacimiento de numerosos anormales y degenerados es preciso considerar una serie de medidas preventivas y curativas, especialmente la lucha contra las enfermedades venéreas y contra el alcoholismo, contra la miseria y los tugurios; una mejor vigilancia del embarazo, del parto y de la primera infancia, etc.» (2).

215. II. Otras características. — Después de cuanto acabamos de decir resulta casi superfluo añadir que la eugenia de buena ley es maravillosamente *humana*, y, salvo las prohibiciones dictadas por el derecho natural, de todo punto *positiva*.

1. ES HUMANA. — Es humana en un *triple sentido:* en primer lugar porque se adapta exactamente a la naturaleza humana; luego porque destierra toda crueldad; finalmente porque no impone nada imposible al hombre con tal que su débil voluntad se deje elevar de la tierra y conducir a las alturas por el socorro divino.

1.° *Adaptación a la naturaleza humana.* — Si el hombre es un compuesto de materia y espíritu, de cuerpo y alma, es conforme al orden esencial de las cosas, y, lo que es lo mismo, a la naturaleza humana, que el alma domine al cuerpo y establezca en el ser humano la *primacía de lo espiritual*.

Hemos demostrado ya que la moral natural, reguladora de la verdadera eugenia, obliga a los hombres «a hacer predominar en ellos el elemento espiritual... sobre el simplemento carnal. Les obliga a un sacrificio cuyo resultado debe ser en definitiva desarrollar su valor espiritual y moral, las cualidades superiores de su alma, y, por consiguiente, su *verdadero valor*, humano y cristiano. ¿No es afirmando muy alto la superioridad de los valores de orden espiritual y moral sobre los valores de orden simplemente moral, enseñando al hombre a *disciplinar sus instintos*, como le pone más seguramente en guardia contra la tentación de envilecerse persiguiendo las simples satisfacciones de orden carnal, a riesgo precisamente de compro-

(1) *Mariage et natalité*, págs. 26 y sigs.
(2) *Ibid.*, pág. 154.

meter en ellas su salud y de contraer algunas de las lacras que disminuirían su valor fisiológico tanto como su valor moral?» (1).

2.° *Ausencia de crueldad.* — Las líneas siguientes, que son verdad en la falsa eugenia, no tienen aplicación en modo alguno a la verdadera eugenia.

«¡La crueldad de la eugenia! Estas palabras parecen contradecirse, y muchos eugenistas protestarán con la mejor buena fe. Sólo que es propio de los métodos que recomiendan inmolar el individuo a la sociedad y a la raza. La eugenia es, pues, un Jano de dos caras, una de las cuales es dulce y humana, y la otra dura» (2).

3.° *Adaptación a las fuerzas del hombre.* — Finalmente, aunque sea difícil, la práctica de la moral natural, fundamento de la verdadera eugenia, no es imposible al hombre que sabe dominar sus pasiones, evitar las ocasiones peligrosas, pedir a Dios, autor de la ley moral, la ayuda que necesita.

2. Es POSITIVA. — Para no insistir en ideas que ya han sido expuestas, limitémonos a esta breve cita.

«*Hay* una eugenia *negativa* que se ocupa especialmente en eliminar a los lacrados por medio de operaciones quirúrgicas o el secuestro; y una eugenia *positiva* que se ocupa más bien *en sanear las clases malsanas y aumentar la fecundidad de las clases sanas...*

Las medidas negativas para impedir la reproducción de los lacrados no darían más que escasos resultados, y... estos resultados estarían en gran desproporción con los males que tales medidas implicarían. El origen de los lacrados no debe buscarse sólo en una herencia malsana, sino en la inmoralidad en todas sus formas; y el *remedio principal* al peligro que resulta de la multiplicidad de los defectuosos se encuentra en una *elevación de la moralidad pública,* al mismo tiempo que en un desarrollo de las condiciones de la salud pública» (3).

Hemos citado estas líneas porque nos suministran nuestra *conclusión final.* Moralidad privada, moralidad pública: he aquí los dos polos de la verdadera eugenia.

§ 4. — PAPEL DEL MÉDICO

216. Doble papel. — En los tres párrafos que preceden hemos demostrado, sin decirlo, que el médico honrado tiene una *doble tarea* que cumplir. Debe ser el *adversario* instruído de la falsa eugenia y el *campeón* resuelto de la verdadera eugenia.

Nos bastará aclarar estas dos ideas que resumen todo el papel del buen médico.

217. I. Adversario de la falsa eugenia. — Lejos de aprobar las medidas ruinosas que la falsa eugenia se esfuerza en propagar, el médico

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 221 y sigs.
(2) Ed. Jordan: *Eugénisme et Morale,* págs. 116 y sigs.
(3) *Mariage et natalité,* págs. 227 y sigs., 1932.

las combatirá en toda ocasión con firmeza y prudencia. Se opondrá con más energía todavía a toda práctica anticoncepcional, a la esterilización y al aborto.

Ya tendremos ocasión de insistir en esta triple cuestión. Por esto nos limitaremos aquí a algunas observaciones sobre el neomaltusianismo.

1. SUS CUATRO ARGUMENTOS. — Para medrar en los países «en que la preocupación de la *respetabilidad* exterior» «supera a todas las demás en materia de conducta», el neomaltusianismo ha adoptado una forma respetuosa con las convenciones sociales, y ha encontrado el nombre, en apariencia muy honesto, de *Birth control,* limitación de los nacimientos.

Cuatro argumentos resumen toda la doctrina del *Birth control.* Pueden titularse: argumento económico; argumento eugénico; argumento médico; argumento moral (1).

La obra del Dr. Raoul de Guchteneere, *La limitación de los nacimientos, Birth control,* suministrará al médico todas las armas que necesita para refutar estos cuatro argumentos que combatiremos más tarde.

2. OBJETO PRINCIPAL. — En esta refutación del neomaltusianismo conviene especialmente aclarar plenamente la *eugenia a contrapelo,* la hipocresía, la quiebra de las prácticas neomaltusianas. «Ciertamente, el estudio científico e imparcial demuestra que el neomaltusianismo engendra precisamente los males que pretende evitar: la miseria para todos y la delicuescencia de la sociedad» (2).

3. ARDID QUE DEBE RECONOCERSE. — Corresponde al médico descubrir los productos anticoncepcionales que se ocultan bajo una etiqueta profiláctica y bactericida. El Dr. Hawthorn cita cierto remedio nuevo presentado fuera de Francia como un espermaticida infalible, y en Francia como «antiséptico dotado de todas las virtudes, que reemplaza los cuidados de aseo e incluso los cuidados médicos de las metritis» (3).

218. II. Campeón de la verdadera eugenia. — El médico puede participar de mil maneras en la causa de la eugenia *positiva* y contribuir en gran parte al nacimiento de niños más numerosos, más vigorosos, con almas más bellas.

Primero, si sabe adaptar sus prescripciones *higiénicas* a la mentalidad de sus clientes impedirá muchas enfermedades con sus consejos sobre la habitación; la indumentaria y el aseo; la alimentación; los cuidados para con el aparato digestivo; el aparato respiratorio; los órganos de los sentidos; las precauciones que tienden a prevenir las afecciones contagiosas, y especialmente las enfermedades venéreas; por último las precauciones especiales que tienden a evitar los peligros propios de tal o cual profesión (4).

No tenemos que insistir en los diversos aspectos de la verdadera higiene. Es mejor exponer brevemente lo que debe hacer el médico para

(1) Dr. R. de Guchteneere, págs. 60 y sigs.; págs 71 y sigs.
(2) Dr. Hawthorn, en *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 17 y sigs.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 12 y sigs.
(4) Dr. Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* págs. 135 y sigs

que su intervención sea bienhechora: 1.º, mucho antes del matrimonio; 2.º, inmediatamente después; 3.º, en el curso del embarazo; 4.º, después del nacimiento del niño. Naturalmente nos limitaremos a algunos ejemplos de acción útil.

1. ANTES DEL MATRIMONIO. — En la medida de sus facultades, el médico *preparará*, para su futura maternidad, a la niña, a la adolescente, a la joven. En ciertas familias puede hacer mucho desde este punto de vista con sus consejos a los padres, y especialmente a las madres.

Citemos algunas líneas de una conferencia titulada: *Las leyes del matrimonio y los deberes de las esposas.*

«Napoleón veía bien — y de muy lejos — cuando decía: «La educación comienza veinte años antes del nacimiento del niño.» O lo que es lo mismo, desde el nacimiento de la madre. Y tal es el vasto programa de nuestro pensamiento: *preparar a la mujer para la maternidad* ya desde la cuna mediante la formación de su carácter, la adquisición de todas las cualidades del corazón y del espíritu; por la orientación de su voluntad hacia el bien, la generosidad, la valentía, despojándola de todos los egoísmos. Esto no es obra de un día, puesto que para esta formación precisa toda la infancia, toda la adolescencia, toda la juventud» (1).

Seguramente esta es ante todo la tarea de los padres. Pero el médico debe a menudo *contribuir* por sí mismo. Al cuidar al niño, al dar a las mamás consejos educativos, que tenga siempre presente a la futura madre.

2. DESPUÉS DEL MATRIMONIO. — Bastará una cuádruple observación.

1.º *Si el médico es consultado, no aconsejará nunca* a los jóvenes esposos *dejar para más tarde* el primer hijo. Esto sería aconsejar las prácticas anticoncepcionales.

Escuchemos el lamento de una mujer honrada. «Recuerdo no sin tristeza el frío que produjo el consejo, dado en voz alta, casi diría sin pudor, por una suegra a su yerno en el momento en que la joven pareja partía en la tarde del matrimonio: «¡*Por lo menos nada de hijos por ahora*!» Para consuelo nuestro el aviso no fué escuchado. Los jóvenes esposos son felices, y, como en los cuentos de hadas, tienen muchos hijos» (2).

2.º *Si tiene ocasión de expresar su opinión,* desaconsejará el «*viaje de novios*» o al menos dará consejos que, si son seguidos, harán el viaje inofensivo.

El *Dr. Paul Godin* precisa así los inconvenientes, quizá hasta los peligros de tal viaje. «En tales circunstancias las sacudidas de la locomoción en coche, las trepidaciones incesantes del tren, las excursiones alpinas y otras, tienen siempre efectos más o menos desastrosos...» En efecto, ¡cuántas mujeres jóvenes comprometen, «por el placer de la velocidad en automóvil, no solamente la dulce esperanza aun insospechada, sino también la salud de toda su existencia!» (3).

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 195. En la Encíclica «*Casti connubii*», Pío XI no se expresa de modo diferente (hacia el final).
(2) *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 199 y sigs.
(3) *Ibid.*, pág. 200.

3.º *A menos que la abstención de las relaciones conyugales sea necesaria* para conjurar un peligro de muerte cierta, el médico nunca *impondrá* la continencia absoluta. No *prohibirá,* por razones de salud, las relaciones sexuales normales, regulares, propias para producir la concepción. No es infrecuente que ocurra lo contrario. Y no hablamos de *consejos,* sino de *prescripciones* estrictas.

«No creo equivocarme al hacer observar... que bastantes médicos, aun católicos, exageran la gravedad» del peligro, «y, al *prohibir imprudentemente* toda relación normal a los esposos, les empujan a la *desesperada alternativa* de la continencia absoluta o de las relaciones irregulares y culpables» (1).

4.º *Añadamos que el médico luchará,* si hay motivo, contra los hechos patológicos *causa de esterilidad.*

«En efecto, las causas de la esterilidad pueden a menudo ser suprimidas por una terapéutica oportuna, y los esposos tienen el deber de consultar siempre a un médico calificado, cuando su unión se manifieste estéril al cabo de un período prudencial» (2). Corresponde al médico ver si puede, en un caso determinado, tomar la iniciativa y hacer las primeras preguntas. Aquí queremos recordarle solamente que *su papel* consiste en tener el espíritu alerta con esta clase de cuestiones.

3. EN EL CURSO DEL EMBARAZO. — En el curso del embarazo el médico *eugenista* tiene una doble tarea que cumplir: *prevenir* el aborto espontáneo; *ayudar con sus consejos* a la joven madre.

1.º *Prevenir el aborto involuntario.* — «El aborto espontáneo resulta de un accidente patológico involuntario, debido ora a una malformación materna, ora a una enfermedad con más frecuencia hereditaria. Así pues, puede prevenirse con un examen precoz de la madre. De ahí el papel primordial de las consultas prenatales en la eugenia» (3). El médico colaborará con todo su poder en esta obra eminentemente social.

2.º *Dar consejos apropiados.* — El médico ayudará a la joven madre a organizar su vida física y moral, según las leyes de la higiene y del buen sentido.

(1) P. Jean Dermine, en *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 182 y sigs.
El Dr. R. de Guchteneere da una regla que no difiere, o que por lo menos difiere poco, de la que hemos enunciado.
«La *continencia absoluta* y largo tiempo mantenida en el matrimonio es una ruta difícil, erizada de escollos, entre los cuales conviene saber maniobrar con prudencia. Sólo será recomendable, *médicamente hablando,* y para el *término medio* de matrimonios, en casos *muy raros,* en los que la eventualidad de un nuevo embarazo representaría un peligro tal que la solución intermedia por la continencia parcial resultaría inadecuada» *(La limitation des naissances,* pág. 225).
Si nos situamos *en el punto de vista moral,* una mujer no está *estrictamente obligada* en conciencia a abstenerse de las relaciones conyugales, susceptibles de producir un nuevo embarazo, *sino en un solo caso:* si esta abstención es verdaderamente necesaria para prevenir un *peligro cierto de muerte.*
A menos que el médico no conozca la alta virtud de los cónyuges, prohibirá *absolutamente* las relaciones conyugales *en este único caso.*
(2) Dr. J. Combes: *Ibid.*, pág. 35.
(3) Prof. Jules Monges, en *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 132 y sigs.

La inducirá, si es preciso, a suprimir toda tendencia «a perder el tiempo en tonterías, a malgastar su salud en un exceso de trabajo, de placeres o de deportes», a permanecer «tranquila, exenta de la agitación nerviosa que da una existencia trepidante o mal organizada»; a sacrificar «sin vacilar los placeres fatigosos, las marchas forzadas (sin objeto útil) que constituyen un peligro, las excursiones en automóvil que amenazan con un accidente irremediable esas dulces esperanzas». Esto en cuanto a la vida *física*.

Además, siguiendo los consejos del médico, la madre se esforzará, «con un respeto sagrado a esta delicada existencia, en eliminar de su vida *moral* todo lo que excite las pasiones, turbe la imaginación..., enerve los sentidos. Velará por su *paz interior*, por la calma de su corazón, por el dominio de sus nervios, en la espera serena y confiada del parto».

Para que sus consejos tengan más peso, el médico recordará la ley de que «de la vida de la madre depende la del pequeño ser que brota en ella». M. Ch. Fer insiste en este punto en la *Revue Philosophique*. «El hecho — dice — de que *repercutan* en el embrión todas las excitaciones a que está sometida la madre merece ser tomado en consideración por los educadores y sobre todo por los padres: ellos son los más obligados en este sentido» (1).

4. Después del nacimiento. — Salvo indicación contraria muy firme, el médico aconsejará calurosamente la lactancia materna, que asegura mucho más la vida del hijo y tiene para la misma madre las más preciosas ventajas.

Aunque esta cuestión la tratamos en otro lugar, añadiremos una breve explicación.

1.° *Bien del hijo.* — «La mortalidad de los bebés criados al pecho» y especialmente al pecho materno «es infinitamente menos elevada que la de los criados con biberón. Las tres cuartas partes de los niños que mueren antes del año han sido criados con biberón» (2).

2.° *Bien de la madre.* — Con tal que no se entregue a los placeres inmoderados de la vida mundana y a sus fatigas nocturnas, la madre se restablece mejor y más rápidamente de su puerperio amamantando a su hijo; se libra de «toda una serie de afecciones y de miserias»; se cura de los trastornos gástricos, de las jaquecas y de otros fenómenos patológicos que sufría antes; evita los embarazos demasiado ferecuentes (3).

Esta última ventaja ha sido puesta muy felizmente de relieve por el doctor Raoul de Guchteneere. Después de haber establecido la *regla* e indicado las excepciones, bastante numerosas, relativas especialmente a las mujeres de gran fecundidad y de una resistencia física notable, concluye en estos términos:

«Además, por *regla general*, las mujeres que comprenden el deber imperioso que la naturaleza les impone (4), y amamantan a sus hijos, no

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 201 y sigs.
(2) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 205.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 205 y sigs.
(4) Desde el punto de vista moral, esto no es sin embargo una obligación grave.

corren el riesgo de ver repetirse sus embarazos demasiado rápidamente. El período de amenorrea», suspensión de las reglas, «y de esterilidad relativa», inactividad ovárica «que coincide con la lactancia, les asegurará el intervalo de dos años, que la naturaleza está encargada de procurarles» (1).

Respecto al papel del médico «frente al grave problema de la natalidad» se leerá con provecho la conferencia del Dr. O. Pasteau en el Congreso de la Natalidad, Bruselas, 1931 (2).

Quedan dos cuestiones que completan en parte lo que acabamos de exponer sobre la tarea del médico eugenista. Las tratamos en los números que siguen. Conciernen a la *iniciación sexual* y *al examen médico prenupcial*.

219. III. La iniciación sexual. — Una vez distinguidos los *tres elementos* que comprende la educación o la iniciación sexual, demostraremos que ésta no es un preventivo eficaz de la castidad, y se convierte fácilmente, por el contrario, en un aguijón del vicio; que en consecuencia, si se trata de una instrucción dada en *términos formales*, debe desterrársela completamente de la educación sana o diferirla hasta que presente ciertamente *más ventajas que inconvenientes;* que no debe ser pública bajo ningún pretexto, sino individual; que nunca conviene, si es necesaria, omitirla antes del matrimonio, a condición, sin embargo, de callar, aun en tal tiempo, los detalles fisiológicos de que los futuros esposos no tienen necesidad alguna.

Con un poco de tacto y habilidad los médicos, los padres y otros educadores calificados, no experimentarán demasiadas dificultades para aplicar esta dirección a los casos particulares.

1. Elementos de la iniciación sexual. — La instrucción sexual comprende tres elementos:

1.° *Explica* al joven o a la soltera el *objeto providencial* del instinto sexual que atormenta su imaginación, su corazón y sus sentidos. Este objeto no es otro que la procreación y la educación de los hijos, dentro de los lazos indisolubles de un legítimo matrimonio.

2.° *Expone el objeto igualmente providencial* del *intenso deleite* que acompaña al cumplimiento del acto conyugal, necesario a la generación. Dios quiere con ello facilitar su deber a los legítimos esposos.

3.° *Antes del matrimonio*, si hay motivo, *declara en qué consiste* el acto conyugal y *de qué manera* debe ejecutarse para tender a su fin propio, que es la procreación de los hijos.

2. Preventivo ineficaz; y fácilmente aguijón del vicio. — En este punto pedagogos eminentes como Foerster están de acuerdo con Pío XI y el S. Congreso del S. Oficio.

1.° *Preventivo ineficaz.* — «El gran error es desconocer las lecciones de la *experiencia*, que muestran hasta la evidencia que, especialmente en los jóvenes, las faltas contra las buenas costumbres son menos un efecto de la

(1) *La limitation des naissances*, págs. 173 y sigs.
(2) *Mariage et natalité*, págs. 163 y sigs.

ignorancia *intelectual* que... de la debilidad de la *voluntad,* expuesta a las ocasiones y privada de los socorros de la gracia» (1).

«La capacidad de resistencia en materia sexual es mucho más cuestión de *fuerza moral* que de *saber*» (2).

«La iniciación por sí sola no presta auxilio cuando la violencia de los impulsos inferiores no está contenida por una formación general y metódica del carácter, ante todo por una fuerte *gimnasia de la voluntad*. Que la *voluntad* esté bien preparada a la llegada del instinto sexual, he aquí lo que es mil veces más importante que la preparación de la *inteligencia*» (3).

«Para mí no hay duda alguna de que un sentimiento de *pudor* muy desarrollado es para la juventud una protección más eficaz que la mejor iniciación, incluso contra las enseñanzas de la calle» (4).

2.° *Aguijón del vicio.* — Si el ser humano no está educado con una concepción más alta de la vida, la enseñanza le hace aún más curioso *de lo que se le calla*. Durante la iniciación no es solamente la inteligencia la que escucha, sino también la *sensualidad curiosa;* y ésta sabe llamar en su ayuda a la imaginación y a la voluntad, mucho más rápida y eficazmente que la inteligencia. Por esta razón la mejor de las iniciaciones no puede sino reforzar la irritabilidad sexual *si* no se ha atacado, desde mucho tiempo antes y de un modo completamente distinto la desvergüenza de los impulsos sexuales. La *pedagogía sexual* debe ser en primera línea una *pedagogía de la voluntad*» (5).

3.° *Conclusión.* — ¿Qué hacer? Los medios, naturales y sobrenaturales, de conservar la pureza no están por descubrir. Hace ya mucho tiempo que todos los moralistas los han indicado: el apartamiento de los pensamientos impuros y de las ocasiones peligrosas; la afirmación de la voluntad; la inquietud del verdadero pudor, que nada tiene de común con la gazmoñería; la dedicación del alma a las ideas nobles y a una bella causa; el recurso frecuente a la plegaria y a los Sacramentos; una devoción filial hacia la Madre de la santa pureza (6). Por esto bastará citar algunas líneas de Foerster.

«Dada la naturaleza particular de este asunto, el mejor tratamiento consiste en *desviar* el pensamiento. Por esto la mejor pedagogía sexual es la que no dice sobre las cuestiones sexuales más que lo *indispensable,* pero que sabe por otra parte desarrollar *todas las fuerzas del carácter* y todos los hábitos que harán adoptar al joven o a la joven por sí mismos la actitud conveniente respecto a sus impulsos nacientes» (7).

«Si desde un principio se hace experimentar a los jóvenes los goces que procura esta *soberanía del espíritu,* se les asegura con ello el más alto grado posible de inmunidad contra las tentaciones sexuales» (8).

(1) Enciel. *Divini illius Magistri* (A. A. S., pág. 71, 1930).
(2) Foerster: *Morale sexuelle et pédagogie sexuelle,* pág. 5.
(3) *Ibid.,* pág. 204.
(4) *Ibid.,* pág. 224.
(5) Foerster, *loc. cit.,* pág. 204.
(6) S. C. S. O., 21 de marzo de 1931 (A. A. S., págs. 118 y sigs., 1931).
(7) Foerster, págs. 204 y sigs.
(8) Foerster, pág. 211.

«El sentimiento del pudor hace que no se convierta una función física destinada a la especie en objeto de placer individual» (1).

En realidad «la diferencia entre la *antigua* pedagogía sexual de fundamentos religiosos y la pedagogía sexual *moderna* puede formularse así: la pedagogía sexual moderna aclara *desde abajo;* la pedagogía sexual religiosa aclara *desde arriba;* aporta al alma un alimento misterioso; le habla de su destino superior; la conduce del mundo inferior hacia el mundo superior» (2).

3. Iniciación prudente, si es necesaria. — En *casos particulares,* para calmar por ejemplo una imaginación sobreexcitada o prevenir revelaciones brutales, puede ser *moralmente necesaria cierta iniciación*. Pero la hará quien tenga derecho a ello; con prudencia y reserva; tan noblemente que la luz venga de arriba y muestre a Dios asociando su criatura a la transmisión de la vida.

«*Si en materia tan delicada* se hace necesaria una instrucción *individual,* teniendo en cuenta todas las circunstancias, en tiempo oportuno, y por parte de quien ha recibido de Dios misión de educador y gracia de estado, quedan todavía por observar *todas las precauciones* que conoce tan bien la educación cristiana tradicional, y que el autor Antoniano, ya citado, desarrolla suficientemente en estos términos...: «Conviene extraordinariamente que un padre digno de este nombre y que tenga que tratar con su hijo de materia tan peligrosa se tenga por bien advertido *de no descender al detalle*... De otro modo, en lugar de extinguir el foco del mal, correría el riesgo de encenderlo y activarlo imprudentemente en el corazón aun simple y delicado de su hijo...» (3).

«No se quiera declarar con esto que soy absolutamente opuesto a la iniciación sexual. Pido solamente la *máxima cordura y reserva posibles*. Suplico que no se olvide la importancia pedagógica inapreciable del pudor, y que por principio *se supriman todos los detalles inútiles*». Lo importante es despertar «ideas y sentimientos *superiores,* gracias a los cuales el hombre debe ennoblecer, dominar y vigilar toda la parte física de la vida sexual» (4).

4. Prohibir toda iniciación pública. — «Debo declararme absolutamente, y por principio, opuesto a toda especie de iniciación directa en la escuela...

Trabajen los maestros en el desarrollo del carácter y de la voluntad, y, de una manera general, despréndase de su enseñanza un *concepto superior de la vida*. Esto vale más para la preservación que todos los cursos de biología reunidos, y es más eficaz que todas las instrucciones directas» (5).

5. Antes del matrimonio. — Es absolutamente preciso evitar que una joven, y más aún un joven, se casen *en la ignorancia* de lo que todos los

(1) Foerster, pág. 222.
(2) *Ibid.,* pág. 228.
(3) Enciel. Pío XI «*Divini illius Magistri*» (A. A. S., págs. 71 y sigs., 1930).
(4) Foerster, pág. 226.
(5) Foerster, págs. 222 y sigs.

esposos deben saber. *No basta* que la madre diga a su hija: «Obedecerás en todo a tu marido.» Esta excesiva reserva puede tener, y ha tenido varias veces, graves inconvenientes (1).

Más también en este caso es indispensable la mesura. Pío XI condena «esta *educación fisiológica* exagerada mediante la cual, en nuestros días, algunos llamados reformadores de la vida conyugal pretenden prestar un servicio a los esposos. Se extienden largamente sobre estas cuestiones de fisiología; pero lo que se enseña de este modo es más bien el *arte de pecar con astucia* que la virtud de vivir con castidad» (2).

La *precisión* y la *mesura* son, pues, las dos cualidades de la iniciación sexual inmediatamente antes del matrimonio. Conviene añadir la *elevación moral*. «Se recordarán en particular al futuro marido todas las consideraciones, los cuidados y las previsiones que debe tener para con su joven esposa. Se le pondrá en guardia contra todo egoísmo y toda brutalidad; y se le aconsejará diferir eventualmente las primeras relaciones hasta el momento oportuno» (3). Se trata, sin embargo, de una *breve* demora.

Conclusión general. — Terminamos esta exposición con las siguientes líneas del Dr. *W. Stekel*, que cita Foerster (4). Completan lo que hemos dicho al preferir a cualquiera otra la *iniciación progresiva e implícita* por las conversaciones que los padres tienen entre sí delante de sus hijos.

«Soy un *adversario declarado* del sistema de iniciación que se propaga actualmente y en el que percibo, a decir verdad, una epidemia mental, una especie de exhibicionismo psíquico.

La iniciación *colectiva en las escuelas*, tal como está prevista, es una *idea monstruosa* cuya realización acarrearía ciertamente innumerables choques sexuales.

El método de las *ciencias naturales* tampoco me parece aplicable.

La cuestión *sólo* puede resolverse *individualmente*, y mejor del modo siguiente: que a partir de cierta edad los padres introduzcan en las conversaciones los asuntos sexuales como cosa completamente natural, sin exposición solemne ni ceremonias misteriosas (5).

Los niños deben aprender poco a poco, sin que se les aclare todo demasiado pronto, pues no hay que olvidar que la raíz de todos los deseos malsanos debe buscarse en la *curiosidad sexual*, y que la iniciación demasiado precoz de los niños sería, para el desarrollo de la humanidad, un gran perjucio cultural.»

Véase: sobre las extrañas afirmaciones de *Freud* en materia de instrucción sexual, J. de la Vaissière (Archives de Philosophie, t. VIII, cuaderno 1, págs. 64 y sig.); sobre la *coeducación de los sexos*, Pío XI: Encícl. *Divini illius Magistri* (A. A. S., a. págs. 72 y sig., 1930).

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 197 y sigs.

(2) Encícl. *Casti connubii* (A. A. S., pág. 582, 1930).

(3) Dr. L. Goedseels: *Mariage et natalité*, pág. 317. — Desde luego, el autor condena como inútil, y particularmente como inmoral, la *iniciación práctica*, que consiste en tener relaciones sexuales antes del matrimonio.

(4) *Morale et pédagogie sexuelle*, pág. 228.

(5) Suponemos, como es natural, que los padres despliegan en esto un tacto perfecto, y que la iniciación es proporcionada a la edad, al sexo, al medio y a las circunstancias (*Mariage et natalité*, pág. 316).

220. IV. Examen médico prenupcial. — Numerosos hechos, a veces muy dolorosos, se encargan de proponer la cuestión del examen médico prenupcial. Conviene, pues, resolverlo con toda la precisión deseable. Es lo que vamos a intentar. Después de recordar brevemente el hecho de experiencia expondremos: la naturaleza del examen prenupcial; sus atributos; su objeto; sus ventajas; el papel de los futuros contrayentes; el papel del médico.

1. El hecho de experiencia. — Antes de los esponsales y aun antes del matrimonio, no es raro que, voluntaria o involuntariamente, uno de los futuros contrayentes *engañe al otro* sobre su estado de salud, o *sea engañado* por él. Incluso puede ocurrir que el *engaño sea mutuo*.

Si hay sobre una enfermedad muy contagiosa, por ejemplo la sífilis, o la blenorragia, engaño consciente y querido, o lo que equivale a lo mismo, silencio obstinadamente guardado, no es solamente una falta de lealtad, sino también una *injusticia* y una injusticia muy grave. Si el sujeto capaz de contaminar a su cónyuge no es consciente de su estado de salud o ignora las consecuencias que pueden resultar, no es moralmente reprensible; pero su buena fe nada impedirá. Por el contrario, un *examen médico* hecho a tiempo habría bastado para descubrir el mal, y por lo tanto para prevenirlo, o cuando menos para aplazar un matrimonio desastroso.

Tal es la razón de ser de la cuestión presente.

2. Naturaleza del examen médico prenupcial. — Para evitar con mayor seguridad cualquier malentendido diremos lo que no es el examen médico prenupcial y lo que es.

1.° *Lo que no es.* — No hay que confundir el *examen* médico prenupcial con el *certificado* médico prenupcial que preconiza la eugenia negativa. El certificado es obligatorio por la ley civil y en virtud de esta misma ley es *eliminatorio*. *Descarta del matrimonio* a quien, según sus artículos de la ley o el juicio del médico, será reconocido inapto a causa de su salud. Por consiguiente, sin hablar de las dificultades prácticas de aplicación, ataca: 1.°, a la *libertad individual*, aun en aquellos casos en que imperiosas razones de reparación o de regularización exigirían el contrato matrimonial; 2.°, *a los derechos de la Iglesia católica*, que, respecto a los bautizados, es la única que puede constituir impedimentos impedientes o dirimentes (1). 3.°, a la *moralidad pública*, puesto que, por su naturaleza, va a promover la unión libre (2).

Por todas estas razones rechazamos el *certificado* prenupcial obligatorio y eliminatorio, sin rechazar por el mismo hecho el *examen* prenupcial, que difiere de él considerablemente.

(1) Can., 1.016; 1.035; 1.038, § 2; 1.040.

(2) *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 122 y sigs.; Ed. Jordan: *Eugénisme et Morale*, páginas 67 y sigs.; *Mariage et natalité*, págs. 123 y sigs.

2.° *Lo que es.* — Si de momento prescindimos de los detalles, vemos que el examen médico prenupcial es *esencialmente* una consulta médica preliminar al matrimonio, o, lo que es mejor, a los esponsales; impuesto, ora por la ley, ora por las costumbres (1); informa a cada uno de los contrayentes sobre su estado de salud y a la vez sobre su aptitud a no ser un factor de contagio para la otra parte; de contagio o por lo menos de degeneración para los futuros hijos; que deja a los interesados, después de haberse comunicado mutuamente el resultado de la consulta, toda libertad de no tener en cuenta un veredicto desfavorable.

3. Atributos de este examen. — El examen médico prenupcial sólo será *eficaz* si, con uno u otro título, es *obligatorio*. Pero el origen de la obligación puede ser una *disposición legal,* que, aun después de un examen desfavorable, dé toda libertad de contraer matrimonio, *o* una *costumbre* ya general que tenga en la práctica fuerza de ley y que deje a las partes en libertad de someterse, o por el contrario de no someterse, al veredicto del médico examinador.

Vamos a demostrar que la primera de estas dos formas de obligación no podría ser, a pesar de sus reales inconvenientes, *rechazada en absoluto;* pero que la segunda es *preferible* de todos modos.

1.° *Obligación legal.* — No vemos ningún principio superior que *condene* ciertamente la obligación legal que aquí se trata. Deja a ambas partes la libertad de prescindir de ella. Además no les obliga en modo alguno a declarar sus lacras y enfermedades al oficial de estado civil. Basta en efecto remitir a este último lo que se ha denominado *certificado de cambio,* es decir, un atestado escrito que certifique que cada uno de los interesados ha comunicado a su futuro cónyuge el juicio del médico consignado por escrito. Finalmente no ataca de ninguna manera los derechos de la Iglesia católica.

Hay que confesar, sin embargo, que los *inconvenientes son reales.* En primer lugar es una *nueva formalidad* añadida a tantas otras. Y bien sabido es que estas numerosas formalidades son las que llevan a más de una pareja a la unión libre. Luego es una *nueva dificultad* aportada al matrimonio que un *moribundo,* deseoso de regularizar su situación, quisiera contraer. Finalmente, y sobre todo, es *peligroso* dejar inmiscuir en materia matrimonial a un Estado que impone a todos sus súbditos el matrimonio civil; constituye, sin poder alguno, impedimentos impedientes o dirimentes; viola con ultraje los derechos de Dios al atribuirse la facultad de pronunciar el divorcio, y por lo tanto de disolver el matrimonio, que es indisoluble. Aquí el *peligro particular* es que la autoridad civil no venga algún día a transformar en certificado prenupcial obligatorio, con prohibición formal de matrimonio en caso de certificado desfavorable, lo que en principio era un simple examen médico, a cuyo resultado no estaba subordinado el contrato matrimonial.

(1) Es mucho más preferible que sea impuesta, *no* por la ley civil, *sino* por las costumbres.

Tal vez sean estas razones las que han hecho hostiles a los *Obispos de Bélgica* a toda intervención legal y les han dictado estas líneas: «Hemos de declarar que no podríamos aprobar bajo ningún pretexto una obligación legal de semejante certificado», entiéndase examen prenupcial, «aunque no debiera implicar una interdicción civil al matrimonio» (1).

2.° *Obligación impuesta por la costumbre.* — Esta segunda forma de obligación tiene todas las ventajas de la primera *sin tener sus inconvenientes.* Por esto tiene las preferencias de los espíritus más serios.

Esta es la opinión del *Dr. Raoul de Guchteneere:* «Será tal vez preferible que el uso habitual del certificado prenupcial», es decir, el *examen* prenupcial «se introduzca gradualmente en las costumbres *sin intervención alguna de los poderes públicos.* Tal es por lo menos la opinión de los moralistas y de gran número de eugenistas moderados» (2).

El *Dr. Louis Vervaeck* no se expresa de modo diferente: «Entrada en las costumbres, y realizada con las condiciones de prudencia y de experiencia médica que reclama para ser eficaz, la *costumbre* de consultar al médico sobre la oportunidad o los peligros eventuales de una unión proyectada no suscitaría ninguna objeción.» Conviene, pues, reservar la obligación legal «hasta la comprobación evidente de que la propaganda eugénica y la persuasión se hayan demostrado impotentes para *generalizar la costumbre* de la consulta prematrimonial...» (3).

4. Objeto del examen prenupcial. — Si consideramos las exigencias de la moral y del bien común encontramos un triple objeto, que es el peligro de contagio, el peligro de esterilidad y el peligro de degeneración.

1.° *Peligro de contagio.* — El médico examinará si uno de los contrayentes, afecto de sífilis, blenorragia, tuberculosis, etc., es susceptible de contaminar a su futuro cónyuge.

2.° *Peligro de esterilidad.* — El médico investigará en el hombre, y principalmente en la mujer, las anomalías incompatibles con la procreación, con gran detrimento del otro cónyuge que desea tener hijos. Verá igualmente si hay en la mujer causas de distocia, es decir, causas que hagan el parto imposible o muy laborioso.

3.° *Peligro de degeneración.* — La sífilis, asesina de la raza, figura en primera línea. Pero hay que tener en cuenta igualmente la tuberculosis, el alcoholismo, las tachas mentales, etc.

La *conclusión* es la de que el examen médico debe ser metódico y lo más completo posible (4).

5. Ventajas del examen prenupcial. — Por la exposición que precede se ve ya cuáles son, para los cónyuges, para los hijos y hasta para la estabilidad del hogar, las ventajas del examen, sobre todo si se efectúa *antes de los esponsales,* cuando aun es fácil romper un proyecto de matrimonio indeseable o aplazar un matrimonio peligroso de momento.

(1) *Mariage et natalité,* págs. 125 y sigs., 1932.
(2) *La limitation des naissances,* págs. 134 y sigs.
(3) *Mariage et natalité,* págs. 123 y 125, 1932.
(4) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 118.

1.° *Ventajas para los cónyuges.* — El examen no solamente comprobaría, sino que también, por las precauciones que el médico sugeriría, salvaguardaría la salud de los cónyuges, y, por consiguiente, les daría una preciosa garantía de dicha y prosperidad.

2.° *Ventajas para los hijos.* — El examen aseguraría, en cierto modo, la integridad de la vida que va a transmitirse y por ende el valor físico y moral de la familia y de la raza.

3.° *Ventajas para la estabilidad del hogar.* — El examen contribuiría a la estabilidad del hogar que va a fundarse. La buena salud de los padres y de los hijos contribuye a la felicidad de la familia, a la unión de los miembros que la componen y hasta a la práctica de las virtudes familiares (1).

El punto negro, también en este caso, es la sífilis, que, en su período de incubación, de diez a noventa días, según el *Dr. Jean Arnold* (2), no podría ser descubierta por el médico.

6. Papel de los futuros contrayentes. — Eligen el médico que les inspira más confianza; acuden a él por ejemplo quince días antes del matrimonio, o mejor antes de los esponsales; se comunican mutuamente el atestado del práctico.

7. Papel del médico. — Investigamos únicamente *la clase de atestado* que el médico entregará a los interesados. ¿Será un verdadero *certificado de aptitud,* una *conclusión motivada,* o una *simple comprobación* del estado presente de salud, dejando que las dos partes concluyan?

1.° *Certificado de aptitud.* — «La mayoría de los médicos se niegan a extender un verdadero *certificado* de aptitud. Un certificado sería, en efecto, sinónimo, en el espíritu del público, de garantía, de permiso legal de contraer matrimonio sin inconveniente en cuanto a la salud futura de los esposos e incluso de los hijos que pudieran nacer de ellos. En otros términos, el médico sería considerado abusivamente como *garantizador* del porvenir fisiológico y patológico del futuro hogar. Ningún médico de conciencia puede aceptar una responsabilidad semejante» (3).

2.° *Conclusión motivada.* — El médico puede, sin responder del porvenir, *concluir* que, *de momento,* nada se opone, en cuanto a la salud, al matrimonio proyectado.

Si el examen le lleva a juzgar que hay motivo para renunciar al proyecto de matrimonio, o por lo menos para retardar su ejecución, lo dirá, pero en términos que, sin falsear la verdad, reciban la aprobación del joven o de la joven. Puesto que el interesado da un libre consentimiento, no hay, desde el punto de vista del derecho natural, ni violación del secreto profesional, ni sombra de violación.

3.° *Simple comprobación.* — Finalmente, si los futuros contrayentes no exigen nada más, podrá limitarse a *comprobar,* pura y simplemente,

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 115 y sigs.
(2) *Ibid.,* pág. 121.
(3) *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 119.

el estado presente de salud. A los interesados corresponde *derivar la conclusión* que contienen las premisas.

Lo esencial, como hace observar la Sra. Comolet-Sue, es que el doctor sea «leal, honrado y exento de toda preocupación que pudiera desviarle de su deber». Es ésta una condición importante que despierta en mí un recuerdo reciente y doloroso.

Hace dos años se casó una joven cuya madre había muerto, poco después de su nacimiento, de una afección de pecho. El padre cuidó y educó a la hija con mucha solicitud, vigilándola de muy cerca. A los veinte años era una bella joven, muy lozana y viva, que nunca había tenido accidentes o síntomas que pudieran sugerir una predisposición peligrosa. Se presenta un joven. El padre de la muchacha pide a una doctora amiga que dé su consejo sobre el estado físico de los dos novios. La respuesta es categórica: ambos se hallan en un perfecto estado de salud y pueden unirse sin escrúpulo. De esta unión nace un hijo.

Mas he aquí que dieciocho meses después la joven madre tuvo que ser enviada a Suiza para salvar sus pulmones gravemente afectos: el padre tuberculoso la había contaminado, con tanta mayor rapidez cuanto que el terreno era favorable; el hijo está en casa de los abuelos. ¿Cómo describir la desolación de esta familia dispersa?

Alguien interrogó a la doctora: «Así pues, ¿no observó Vd. nada?» Ella contestó: «Claro está que sí..., pero procuré a la joven dos años de felicidad. Los maridos son raros; ¿se habría casado alguna vez la muchacha de no haber aceptado a éste?» ¿Cinismo? ¿Inconsciencia? Sentimentalismo terriblemente peligroso que hace la desgracia de tres seres: el padre, la madre, el hijo» (1).

Sobre las oficinas de consulta prenupcial, véase Eduardo Jordan (2).

(1) *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 196 y sigs.
(2) *Ibid.,* págs. X y sigs.; *Eugénisme et Morale,* págs. 52 y sigs.

CAPITULO XIII

ACCION SOBRE LA MORAL O SOBRE EL ALMA

221. Objeto y división. — 1. OBJETO. — A la acción *sobre lo físico,* que afecta directamente al cuerpo y se ejerce sobre todo por los remedios curativos o preventivos, el médico prudente debe añadir siempre la acción *sobre la moral,* que afecta directamente al alma, se ejerce principalmente por una suave autoridad impregnada de bondad, y, gracias a la unidad substancial del compuesto humano, influye, *indirectamente,* es cierto, pero *de modo eficaz,* sobre el estado de salud.

En realidad hemos dedicado ya todo un capítulo a esta importante cuestión. Al describir en el capítulo X la actitud que el médico debe adoptar con las *diferentes categorías de enfermos,* hemos demostrado que debe actuar sobre la moral de los niños (1), móviles en exceso; de los jóvenes, víctimas con harta frecuencia de sus pasiones; de los ancianos, a veces cargados de prejuicios; de las mujeres, que tienen las cualidades y los defectos de su sexo (2); de los incurables, de los enfermos imaginarios, de los falsos enfermos.

(1) Bueno es añadir a lo que hemos dicho antes (núm. **131**) *algunas observaciones* muy psicológicas del doctor Le Gendre.

«Cuando se es llamado *por vez primera* cerca de un niño, *el mejor medio de amansarle* es no emprenderle directamente. Al entrar en la habitación, fingid que no le prestáis atención, hablad de otros asuntos con la familia, observándole a hurtadillas. Al cabo de un tiempo variable según su edad, su sexo y el medio social, *comienza a sentirse humillado* de que se parezca desdeñar su personita, e intenta atraer la atención del recién venido. Este es el momento de dirigirle la palabra poco a poco, como por casualidad, haciéndole algún cumplimiento sobre su gentileza, atención a la que la vanidad humana es muy pronto sensible, especialmente en las niñas.

Es útil ejercer nuestra sagacidad en reconocer, entre las personas que rodean al niño enfermo, a la que gobierna a los demás. Es hábil no atacar de frente sus prejuicios; es preferible desviarlos, es decir, hacer concesiones para obtenerlos» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 288 y sigs., 1931).

(2) *Será provechoso* tomar del doctor Le Gendre algunos *consejos útiles* referentes a las *mujeres.* En efecto, conviene en gran manera que el médico conozca, lo mejor posible, no solamente los *rasgos generales* del carácter femenino, «sino también los *rasgos especiales* de la mujer en cuya presencia se halla». De esta suerte podrá más fácilmente evitar que en un matrimonio la mujer sea su adversaria. Antes bien, la convertirá en una *colaboradora,* por lo demás preciosa.

De hecho, «la jovencita, la mujer durante los años sexuales, la mujer en período de menopausia, y la anciana, son *otros tantos tipos generales* frente a los cuales el práctico debe modificar algo su actitud».

1.º *Jovencita.* — El médico recordará que la joven tiene a menudo secretos para su madre; que el disimulo no es raro en ella; que no le place ser interrogada sobre asuntos

Por esto nos queda menos por decir.

II. DIVISIÓN. — Sin embargo, será útil explicar cómo el práctico puede ejercer sobre la moral una acción bienhechora inspirando a los enfermos una *triple confianza:* confianza primero y siempre *en el médico;* confianza también, en tanto haya esperanza, *en la curación;* confianza por último *en las fuerzas recobradas,* cuando el enfermo se cree todavía afecto por la impotencia.

Este será el asunto de *tres artículos.*

ARTICULO PRIMERO

CONFIANZA EN EL MEDICO

222. I. Necesidad. — El médico sólo puede obrar eficazmente *sobre la moral* de sus enfermos cuando posee su confianza, por lo menos *en cierto grado:* ésta es la primera *condición* para llegar al alma y ponerla en una disposición que favorezca el restablecimiento de la salud.

Hay derecho a añadir que esta acción sobre el alma será *proporcional* a la confianza que inspire la persona del médico. Cuanto mayor sea la confianza que el médico se habrá captado, tanto más podrá imponer seguridades reconfortantes de curación, y ordenar, con autoridad y éxito, los actos que sabe físicamente posibles.

---

muy delicados antes de haber otorgado su confianza; que fácil y definitivamente toma ojeriza a un médico que parece querer arrancarle sus secretos o que parece convertirse, para reducirla, en el instrumento de la voluntad paterna o materna; que le repugna particularmente confesar «el estreñimiento y la leucorrea, no obstante tan frecuentes». Por consiguiente no lo aceptará todo sin comprobación, y dará pruebas de una gran prudencia.

2.º *Joven casada.* — También con ésta es necesario que el médico sea muy prudente para no hacer, sin necesidad, preguntas desagradables, especialmente relativas a la función sexual; para no asegurar demasiado pronto a la interesada que está encinta; para disuadir con tacto de todo lo que podría provocar el aborto o el parto prematuro; para prohibir, si es preciso, la lactancia sin revelar la lacra morbosa que se opone a ella; para no introducir la discordia en el matrimonio por respuestas poco mesuradas, si la joven se queja de la frialdad de su marido, de sus excesos, reales o pretendidos, de sus hábitos depravados, del riesgo que corre de contraer una enfermedad contagiosa, etc.; para dirigir a una madre en su papel de educadora: recomendarle por ejemplo que sea indulgente con las extravagancias o cambios de carácter que en una adolescente son el efecto de las primeras reglas; exhortarla a advertir con dulzura a una niña diez años, a fin de que ésta no se asuste, de que según toda probabilidad verá aparecer muy pronto una menstruación precoz.

3.º *Mujer en período de menopausia.* — «A menudo en las proximidades de la menopausia reclaman incesantemente ciertas mujeres, por hiperestesia genital o perversión mental, exámenes que no motiva en modo alguno el estado de sus órganos.»

La mayoría de las mujeres, por el contrario, «agradecen al médico que no las haga desnudarse sino con discreción». Desde este punto de vista, un biombo y una asistenta pueden prestar grandes servicios al médico.

4.º *Mujer de edad.* — «La mujer de edad se complace, como todos los ancianos, en las explicaciones largas y los recuerdos del pasado, pero difícilmente se deja interrogar con método. También a veces le repugna el examen físico por varias razones, entre las cuales figura una coquetería persistente. Le resulta penoso aparecer ante el médico como la edad y los achaques la han puesto» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 290 y sigs., 1931).

Mas como la confianza se inspira y no se impone, conviene explorar la senda que conduce a ella. De todas maneras, claro está que *el mejor medio* de inspirar la confianza es *merecerla*.

La cuestión que se plantea es, pues, la siguiente: *cómo* merecerá el médico la confianza de las familias.

223. II. Merecer la confianza. — La confianza de los enfermos puede extraviarse, y se extravía a veces. Pero de ordinario la gana el médico que la *merece* por la elevación habitual de sus miras y de sus intenciones, o, lo que es lo mismo, la nobleza de sus sentimientos; su valor profesional; su valor moral; su sentido delicado y práctico de la dignidad humana.

Hemos desarrollado ya, en forma apenas diferente, estas ideas en la primera parte de esta obra. Convendrá, sin embargo, considerarlas de nuevo brevemente, sintetizarlas, demostrar en un cuadro de conjunto *por qué vías* el verdadero médico, deseoso de aliviar las miserias físicas y morales, logra ganar, o mejor merecer, la confianza de sus enfermos.

1. Elevación de miras. — En primer lugar el médico merece la confianza por la *elevada idea* que, al ver y al saber de todos, se forma de la medicina.

La medicina no es para él un *oficio* más o menos lucrativo. Es el ejercicio *de una arte,* de una arte que se cultiva con amor, de una arte que excluye el espíritu comercial. Es una *profesión liberal,* es decir, una profesión que conviene a un hombre libre, y por consiguiente permite dar y darse libremente.

Si ha elegido la carrera médica con preferencia a cualquier otra, no es, *en primer lugar,* para asegurarse una situación, penosa tal vez, pero ventajosa y honorable; es ante todo *para prodigarse* y dedicarse al bien de la humanidad afecta en su carne. Es del número de los valientes que, según una bella expresión, han oído «*la llamada de las almas en los cuerpos que sufren*», llamada a la que se complacen en denominar su *vocación* (1).

Por esto se ha *preparado pacientemente,* a través del largo noviciado de serios estudios y de la formación profesional, para una vida de ciencia, de conciencia, de celo. Gota a gota, ha llenado el vaso de su alma de un perfume que deberá exhalar siempre.

2. Valor profesional. — El médico cuyo retrato esbozamos ha sido, como todos, estudiante de medicina. Pero al contrario de los que se hacen

(1) Conferencia Laennec, pág. 38, 1919-1920.
En sentido propio, la vocación es el llamamiento a una vida más perfecta que el estado del matrimonio. En lenguaje corriente, se designa *por analogía* con el nombre de vocación a toda llamada a una vida de devoción y olvido de sí mismo. A este título existe una *vocación médica.* Si queremos *analizar los elemenos* que contiene, encontramos un conjunto de aptitudes para ejercer hábilmente el arte de curar, cierto gusto, el deseo de aliviar las miserias físicas y morales y, por encima de todo, la voluntad firme y dominante de aceptar sacrificios continuos que únicamente puede recompensar, en este mundo, la conciencia del deber cumplido. Esta necesidad de sacrificarse constantemente por el bien de los demás ha hecho que se dé al médico el bello nombre de «sacerdote del cuerpo» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 12 y sigs., 1931; véase también Dr. Eug. Hubert: *Le devoir du médecin,* número 7 y sigs., pág. 6 y sigs).

médicos por ocasión o por error, no ha descuidado nada para adquirir, desde el punto de vista teórico y práctico, *todo el valor profesional* que el enfermo pueda desear.

Trabajador tenaz, se ha forjado lentamente una inteligencia juiciosa; trabajador *metódico,* se ha labrado un método racional de investigación; trabajador *prudente,* se ha trazado de antemano un programa de desarrollo intelectual; se ha dirigido de modo seguro a través del dédalo de los cursos; ha distinguido lo que es capital de lo que es accesorio; ha aportado a todo más bien sana curiosidad que exigencias utilitarias; se ha demostrado enemigo de la simplificación exagerada y de las fórmulas hechas que substituyen la investigación personal; no ha visto en la terapéutica un conjunto de recetas más o menos eficaces, sino que se ha aplicado a comprender «la lenta y progresiva génesis, el delicado y complejo mecanismo» de estos medios de curación (1).

En una palabra, ha llegado a la ciencia por la observación paciente, la reflexión habitual, el experimento escrupuloso, la clínica; y se ha guardado de especializarse antes de haber adquirido este conjunto de conocimientos generales que debe ser el patrimonio de todo doctor en medicina (2).

Pero el cuidado de su formación científica no le ha hecho descuidar en absoluto su formación moral.

3. Valor moral. — Armado de *ciencia,* ha querido armarse de *virtudes,* lo que no es, aun desde el punto de vista médico, menos necesario.

Aspira a contarse entre los fuertes; pero no olvida que la verdadera fuerza consiste en el *valor moral.* Comprende que la moral, aplicada a su profesión, procede de Dios y no es sino el *orden,* «es decir, la conformidad con las leyes preestablecidas, eternas, en una palabra, divinas». Sabe que la *conciencia,* con tal que esté bien formada, protege a este orden divino «contra las enmiendas, las adaptaciones, las concesiones, los desfallecimientos». Su conciencia le repite igualmente que no basta con ver claro y tener convicciones bien fundadas, sino que es preciso también *dejarse guiar* por la luz, *vivir* su moral, aplicarla diariamente a los actos de su profesión, establecer el reino del orden no solamente en la vida privada, sino también en la vida profesional, ser un honrado padre de familia, amigo honrado, pero también médico honesto y caritativo.

Con ello *se unifica*; excluye de su existencia el *dualismo* bajo todas sus formas: el *dualismo* que, disociando la inteligencia y la voluntad, consiste en aprobar el bien y hacer el mal; el *dualismo* que, separando de nuevo la razón y la libre voluntad, lleva al médico a prodigarse, pero no le propone, puesto que descarta o descuida a Dios, ninguna razón valedera de celo; el *dualismo* finalmente que, desdoblando la voluntad del cristiano, le hace cristiano, le hace médico, pero no le hace *médico cristiano*; «los

(1) Conferencia Laennec, págs. 31 y sigs., 1919-1920.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 12 y sigs., 1931; 31 y sigs.; 85 y sigs.

actos cristianos no forman parte de la vida profesional, y no pueden infundir en ella su espíritu ni emplear en ella sus recursos» (1).

4. SENTIDO DELICADO DE LA DIGNIDAD HUMANA. — Apartado por su nobleza de sentimientos del vil egoísmo, armado, para el bien de sus semejantes, de ciencia práctica y de virtudes, unificado en todas sus tendencias, el médico acaba de ganar la confianza al no olvidar nunca «*la unidad del alma y del cuerpo en el enfermo*».

En sus visitas y consultas tiene sin cesar presentes en su espíritu *estas bellas palabras* del P. Judeaux, y se esfuerza en transformarlas en realidad: «Delante del vivo, objeto de nuestros estudios, es una simpatía súbitamente emotiva; es más bien una inquietud afectuosa y como maternal; es la ternura, es el amor.» Y el P. Judeaux añade: «Es que en la palabra, en la mirada, en las lágrimas, en los espasmos del doliente que lucha... *un alma surge,* invisible pero innegable, infinitamente seductora, y con toda la rectitud de nuestra sana humanidad... instintivamente os volvéis a esta alma, a este espíritu vivo en la carne, y le ofrecéis el homenaje espiritual de vuestro amor humano y sus devociones» (2).

Así el *verdadero* médico *merece* la confianza de sus enfermos y saborea el dulce consuelo de aliviarles *con su sola presencia,* lo que le resarce de muchos sacrificios (3).

5. DECLINACIÓN TOTAL. — Acabamos de trazar el retrato del *verdadero* médico, del médico que merece la plena confianza y la obtiene.

Esto es lo que *debe ser,* y lo que por fortuna es todavía, si consideramos los numerosos médicos que conservan celosamente las «buenas viejas costumbres».

Pero existe el *reverso del cuadro.* Y aquí dejo la palabra al doctor Okinczyc.

«*En el ejercicio de la profesión* compruebo cada vez más el *desarrollo del espíritu comercial.* Se ejerce la medicina como se hace un negocio cualquiera. Es la aplicación práctica de la ciencia de los demás, pero ya no es el ejercicio de un arte. El médico, al perder con el respeto de los demás el respeto a sí mismo, *olvida su propia dignidad.* Está maduro para todas las solicitudes en las que naufragan su libertad e independencia que en otro tiempo eran orgullo. No es más que un funcionario entre los demás, menos considerado tal vez *porque ha caído más abajo.*

Nunca se fustigarán demasiado, en efecto, las «nuevas costumbres» de *ciertos* médicos, indignos de este nombre, que se unen por ejemplo para

(1) Conferencia Laennec, págs. 36 y sigs., 1919-1920.
Encontramos en el Dr. Le Gendre *algunas* de estas ideas expresadas de modo bastante vigoroso (Supra, núm. 11).
(2) Conferencia Laennec, pág. 38, 1919-1920.
(3) «Cuando al llegar junto al enfermo habremos visto que su cara angustiosa se distiende, sus ojos inquietos recobran una expresión de tranquilidad y de esperanza, *sólo porque estamos cerca de él,* sentiremos casi siempre disiparse nuestro mal humor, y en el fondo de nuestro corazón experimentaremos cierto orgullo de ejercer un ministerio de alivio y de consuelo. ¡Qué recompensa es la de ver iluminarse un ansioso rostro de madre cuando podemos pronunciar palabras tranquilizadoras sobre el estado de su hijo!» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 270, 1931).

transformar la ciencia y la habilidad quirúrgicas en cómplices de sus vergonzosas especulaciones sobre la salud y la vida humanas.

«Creeréis que exagero. Dejadme que os cuente la *anécdota siguiente,* que sé por uno de mis maestros. Un conocido cirujano de una ciudad de provincia abandona un día en plena actividad su clientela y se retira a París. Se le interroga sobre las razones de una determinación que no parecen justificar ni sus éxitos, ni su salud, ni su edad. Por largo tiempo calla, pero un día se le escapa su secreto; y entrego su confesión a vuestras meditaciones.

«Pues bien, sí — dijo — quería callar y olvidar, pero quizá mi historia sirva para preservar a otros *del peligro de las concesiones*: no hay que transigir con la conciencia profesional. Cuando comencé a ejercer la cirugía en la región que sabéis, algunos éxitos al principio me dieron a conocer ventajosamente, y no tardé en ser solicitado por los médicos de la ciudad y de los alrededores.

Al principio intenté reaccionar contra sus exigencias, pero no tardé en comprender que mi suerte estaba en sus manos: acallé mis escrúpulos y acepté sus condiciones. Pero el apetito viene comiendo. De mis honorarios los colegas han exigido la mitad, luego los dos tercios, y por último, para ciertos enfermos poco afortunados, la totalidad. También esto lo acepté. Pero además quisieron hacer de mí *el cómplice de infamias profesionales.* Han acabado por negarme el derecho de discutir la indicación quirúrgica. No debía ser ya en sus manos sino el *ejecutor ciego de sus decisiones,* cualesquiera que fuesen, y os dejo en libertad de pensar cuál podía ser en estos maestros cantores la rectitud y oportunidad de la indicación operatoria. Esta vez retrocedí y me largué de la ciudad. Pensad que toda la región está organizada de este modo, y que un cirujano no tiene otro recurso que la complicidad o morirse de hambre» (1).

ARTICULO II

CONFIANZA EN LA CURACION

224. Cuestión por tratar. División. — La confianza de que hablamos es a la vez *la esperanza razonable* y la *voluntad de curar,* esperanza y voluntad que no excluyen en ningún modo el abandono a la voluntad del Dueño Soberano de la vida y de la muerte.

Por el conjunto de sus cualidades, profesionales y morales, pero principalmente por su indiscutible competencia, por su afectuoso celo, por su suave firmeza, es como el médico inspirará al enfermo ese *querer vivir* y esa esperanza de curación, precioso apoyo del restablecimiento de la salud. El enfermo se abandonará con toda seguridad a un médico que *sabe, puede* y *quiere:* que conoce la naturaleza del mal, puede probablemente aplicar el remedio eficaz, y seguramente quiere, para ello, no descuidar nada.

(1) Conferencia Laennec, págs. 32 y sigs., 1919-1920.

Por esto nos contentaremos con exponer que el médico debe *separar los obstáculos* a la confianza en la curación, y en cambio *reprimir este exceso* que se denomina presunción, y lleva tan pronto al descorazonamiento: la confianza que se esforzará en inspirar será siempre fundada y razonable.

§ 1. — Separar los obstáculos

225. Diversos obstáculos. — Los obstáculos a la esperanza de curar pueden proceder del médico o del enfermo: *del médico* que no tiene, como conviene, confianza en su arte, o que, por falta de tacto (1) y de espíritu de observación, no sabe conocer la psicología del enfermo y adaptarse a ella; o que finalmente ha llegado, por carácter y por temperamento, a un pesimismo deprimente; *del enfermo,* que no cree en la medicina o que, al contrario, lleno de prejuicios casi irreducibles, cree en ella sin discernimiento.

No hemos de insistir en el escepticismo del médico y del cliente (v. n. **102**, sig.). Pero *hablaremos* del *talento de adaptación* y del optimismo necesarios al médico, así como de la conducta que debe observar con los clientes con prejuicios.

226. I. Adaptación al cliente: *a su manera de sentir, de pensar, de querer,* en una palabra, *a su carácter.* — Bien se ve que esta adaptación, que esta correlación mental, que esta armonía de almas es *necesaria,* y que cuanto más perfecta sea, tanto más *dominará* el médico la moral del enfermo al que trata de confortar por la esperanza de la curación. Bastará, pues, decir en qué consiste; cuáles son los medios generales de realizarla y cuáles son sus límites.

1. En qué consiste. — Para conformarse a la mentalidad y al carácter de *cada uno* de sus clientes, el médico debe adaptarse al *medio social* en el que se ha introducido, y que es inferior o superior al medio en que se ha educado; *a la moral* del enfermo, y por consiguiente a su modo habitual de sentir, de pensar, de querer, a sus sentimientos íntimos, a sus opiniones, a la orientación habitual de su alma; en los términos que emplea, *a la cultura* del enfermo y *a su ignorancia* de la medicina; por último, en su terapéutica, a la admiración, o si se quiere, *al esnobismo* de ciertos enfermos para los remedios nuevos y los métodos a la moda. Hay así una adaptación que es posible, para mayor brevedad, designar con los nombres de social, moral, verbal, terapéutica.

1. *Adaptación social.* — El médico se adapta sin demasiado esfuerzo a un medio *inferior*: para ello bastan la bondad compasiva, la simplicidad, un granito de simplicidad, y, aunque sea preciso abandonar todo lo que huela a altivez, no es necesario ni útil dejar a la puerta del obrero o del campesino su distinción natural (n. 57).

A un médico educado en un medio muy modesto le es más difícil *ascender* y adaptarse plenamente a la alta clientela burguesa y aristocrática. Sin embargo, si al tacto, a la sencillez, al espíritu de observación añade cierto hábito del mundo, logrará pronto no chocar con nadie, que es lo esencial. Su ciencia y celo harán lo demás.

2.° *Adaptación moral.* — El médico que en el curso de sus estudios *se ha aplicado,* por sus relaciones y sus lecturas, a conocer el ser humano y ver detrás de la enfermedad al enfermo, es decir, al hombre con sus modos originales de sentir, pensar, querer y reaccionar, no se verá demasiado embarazado para desembrollar la psicología de cada uno de sus clientes. Además el medio más seguro de prevenir los conflictos de opiniones es evitar en lo posible las conversaciones extrañas a la enfermedad y a la medicina. Si el enfermo toma la iniciativa, el médico que tenga espíritu de finura presentirá fácilmente un desacuerdo y pronto podrá apartarse de la discusión sin molestar al enfermo o a la familia (1).

3.° *Adaptación verbal.* — Sin caer nunca en el refinamiento o en la trivialidad, el médico adaptará sus *expresiones* al medio. Pero de ordinario evitará los *términos técnicos,* que la gente ordinaria deforma y que la clase distinguida no comprende mucho. Traducirá más bien en lenguaje vulgar, en un lenguaje puesto al alcance de todos, sus apreciaciones, su diagnóstico y su pronóstico.

3.° *Adaptación terapéutica.* — Hemos tenido ya ocasión de tratar este asunto (núm. **195**). Digamos solamente que es fácil en general prevenir todo disentimiento, «*ora* haciendo comprender a los enfermos los inconvenientes que puede tener para ellos la afición desmedida a los medicamentos o métodos inéditos o sensacionales, *ora* permitiéndoles el ensayo cuando parezca inofensivo; *por último,* teniendo en cuenta lo más posible las repugnancias o también los caprichos de ciertos enfermos desde el punto de vista de la administración de los medicamentos» (2).

2. Medios generales de adaptarse. — 1.° El *gran* medio de adaptarse plenamente al enfermo que se quiere curar, aliviar o consolar, es el de ponerse, por bondad compasiva, simpatía y piedad, *en el lugar del enfermo,* en su punto de vista, y en cierto modo, «*dentro de su piel*», lo que facilita grandemente las confidencias espontáneas o por lo menos las respuestas sinceras. No está prohibido añadir a la bondad compasiva «una especie de amor propio profesional y necesidad artística de realizar con éxito una tarea difícil» (3).

2.° *El espíritu de observación* vendrá en ayuda de la bondad de corazón y se pondrá a su servicio. Al entrar en el cuarto del enfermo el médico

(1) «Como un insecto que, gracias a sus antenas, analiza y presiente los obstáculos o los enemigos, el *hombre de tacto* posee *antenas morales* que le permiten conocer las dificultades de su tarea...» Sabe ver, oír, adivinar, juzgar, conformar su conducta con su juicio (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 282, 1931; supra, núm. 1, **109**, pág. 106, nota 2).

(1) Es provechoso releer en *Pascal* la «diferencia entre el espíritu de geometría y el espíritu de finura» (Edic. Havet, art. VII, 2 bis).

(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 287, 1931.

(3) *Ibid.,* pág. 286.

debe verlo todo, muebles, objetos familiares, familia, sin tener el aire de mirar. Pero principalmente su ojo perspicaz se aplicará a la *persona enferma:* a su fisonomía, su mirada, sus gestos y actitud. Mientras escuche con la mayor paciencia la exposición del caso y las dolencias del enfermo, sabrá «notar bien las entonaciones, conservarlas en su memoria, discernir a veces, incluso a menudo, el desacuerdo entre el pensamiento expresado y la entonación, la expresión de los rasgos, la mirada y la actitud; no creer sin prueba ni comprobación todo lo que se le dice, adivinar las reticencias» (1).

Por estos medios el médico que tiene el sentido de la medida, sabe callar a propósito, hablar a las gentes en su lenguaje y ponerse a su alcance, ganará la confianza entera de sus enfermos y la usará para su bien, sin franquear jamás los límites de las concesiones y de las complacencias permitidas.

3. Límites que deben respetarse. — Aquí también los límites que el médico debe respetar son la ley moral y el interés bien entendido de los clientes. Nunca se dejará arrastrar, so pretexto de cordialidad, de acuerdo, de armonía, a concesiones que la conciencia repruebe o que tiendan a perjudicar el objeto único de toda intervención médica: la curación.

227. II. Optimismo necesario al médico. — El médico que quiera inspirar la esperanza en la curación debe ser *prudentemente optimista* en sus juicios interiores, o si se quiere en sus *previsiones,* y más aún en las apreciaciones que hace y en los *pronósticos* que enuncia en presencia del enfermo o de su familia (2).

(1) Dr. Le Gendre, pág. 283.

(2) *El pronóstico* es a la vez *tan difícil* y *tan importante* que el médico nunca podría conocer demasiado bien sus elementos y formularlo con demasiada prudencia.

1.º *Dificultad.* — El pronóstico es *difícil* sobre todo «al comienzo de las enfermedades. ¿Quién no ha visto agravarse contra toda apariencia, una enfermedad que, con toda razón, se juzgaba benigna en los primeros días? Y en cambio, cuando se había desesperado de un enfermo que parecía pronto a sucumbir, ¿no se experimenta a veces la feliz sorpresa de ver que se produce una crisis imprevista y una vuelta rápida a la salud o una lenta reparación? Todos los viejos prácticos tienen en su memoria recuerdos de este género que les hacen más prudentes que los jóvenes» (Dr. Le Gendre, pág. 306).

2.º *Importancia.* — Aun desde el punto de vista de los intereses del médico, «es de *extrema importancia* formular del mejor modo posible el pronóstico; pues principalmente por el pronóstico somos juzgados por los clientes y sus familias, cosa muy natural, dado que es la única parte de nuestras capacidades que les es accesible. Es también lo único que les importa. Por esto, cuando aun no hemos terminado el examen del enfermo, éste o sus deudos nos preguntan ya si es grave o no».

3.º *Elementos.* — «Los *elementos del pronóstico* derivan no solamente de los síntomas actuales, sino del estadio de la enfermedad, del análisis minucioso de los aparatos fundamentales: la presión arterial y la resistencia cardíaca, la secreción urinaria, la reacción pupilar; del conocimiento del temperamento y de la constitución del paciente... De ahí el consejo de ser *tanto más reservado cuando se vea al enfermo* por vez primera».

4.º *Fórmula.* — «El lenguaje en el que se formula el pronóstico debe reflexionarse maduramente, y sin embargo conviene *no parece que se busquen las palabras,* aunque éstas se pesen cuidadosamente. Es necesario principalmente asegurarse de que las personas a quienes se habla tomen las palabras en el mismo sentido que las decimos. Es preferible emplear la palabra «serio» que «grave» cuando se tiene en vista un estado curable; pues en muchas familias «grave» es sinónimo de «desesperado» (Dr. Le Gendre, págs. 307 y sigs.).

Después de haber definido el optimismo, y distinguido el ilusorio del optimismo prudente, explicaremos y justificaremos esta regla de conducta.

1. Definiciones. — El optimismo y el pesimismo de que hablamos no son en modo alguno sistemas filosóficos.

Son simplemente *dos tendencias del espíritu:* una consiste en ver, y a veces en exagerar, el lado malo de las cosas y las sombras del cuadro: es el pesimismo. El otro ve de preferencia el lado bueno, el luminoso: es el optimismo. Empleando el lenguaje popular, se tienen así el médico «*tanto peor*» y el médico «*tanto mejor*»: el primero, siempre dispuesto a ver todas las cosas en su aspecto más negro; el segundo temperamentalmente inclinado a verlo todo de color de rosa.

2. Divisiones. — Igualmente, hay un optimismo hecho de ilusiones y un prudente optimismo.

El optimismo *tejido de ilusiones* se oculta a sí mismo la gravedad de la situación y se alimenta de esperanzas engañosas. El *prudente optimismo* se esfuerza en ver la realidad tal como es; pero como a la vez hay razones para temer y razones para esperar, se aplica principalmente, para animarse y para animar a sus enfermos, a considerar todos aquellos motivos que le hacen entrever con esperanza más o menos firme un desenlace favorable.

3. Regla de conducta. — El médico que quiera inspirar a sus enfermos una confianza saludable debe ser un *prudente optimista,* y, si es necesario, debe reaccionar, desde este punto de vista, contra su temperamento y su carácter.

Sin deformar la realidad, sin disimular el peligro, debe orientarse hacia la luz y considerar más bien los *motivos para esperar* que encuentra en la constitución del cliente, en sus antecedentes, en todas las circunstancias de la enfermedad.

Pero, *como siempre es difícil conservar el justo medio* y mantenerse en plena verdad, es preferible en todo caso ver las cosas *demasiado bellas* que demasiado negras. Así se conserva más ánimo, iniciativa, más confianza, y, dado que la confianza es contagiosa, como la desconfianza, los enfermos se animan.

Por lo menos es preciso evitar a toda costa el pesimismo que *exagera el peligro,* inquieta a las familias y tiene el peligro de desanimar al enfermo (1).

(1) *Hemos insistido ya* en el capítulo IX en que el optimismo *tiene sus límites,* y que el médico se ve a veces obligado a *advertir* al cliente de la gravedad de su estado, pues «un enfermo cuyo espíritu está tranquilo ofrece mayor resistencia a la enfermedad para permitir la ejecución de las medidas necesarias» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* página 298).

Conviene añadir que el médico tratante y el médico consultante no deben practicar *de la misma manera* el optimismo.

«El *médico consultante,* que en general sólo ve al enfermo una o dos veces, y del que se espera un verdadero veredicto, está obligado a sentar el pronóstico con mayor severidad inmediata que el médico de cabecera, que puede modificar cada día los términos de su apreciación. Este rigor del consultante, que puede y debe siempre estar envuelto en formas de simpatía y de bondad, es útil para no crear dificultades al colega tratante (doctor Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 310, 1931; supra, núm. **195**).

228. III. Cliente con prejuicios. — El cliente con prejuicios *sólo tendrá fe en la curación* si el médico aparenta no contrariar y hasta respetar sus ideas preconcebidas; lo que es posible siempre que las ideas, estimables para el enfermo, no impliquen un real perjuicio para su salud. He ahí en dos palabras la *regla que debe seguirse:* falta *explicarla* después de haber considerado de más cerca la fisonomía del cliente de que estamos hablando.

1. DEFINICIÓN. — El *cliente con prejuicios* tiene ideas atrasadas y falsas, o por lo menos confusas, sobre las enfermedades en general o sobre la naturaleza de su enfermedad; sobre la terapéutica en general o sobre el tratamiento que conviene a su mal; sobre la higiene en general o sobre las precauciones higiénicas que debe adoptar en cada estación para encontrarse bien.

Igualmente sienta sus conclusiones juzgando por las apariencias; abusando de la analogía o simplemente dejándose llevar por la rutina.

1.° *A veces juzga por las apariencias* y profesa, por ejemplo, «que nunca se tiene demasiada sangre y que una evacuación sanguínea es siempre nociva; que todas las afecciones generales proceden de la bilis e indican la purgación...; que el melón da fiebre», etc. (1). En esto se parece algo «al hombre bien intencionado, pero ignorante de las cuestiones médicas, que, guiado asimismo por las apariencias, «había fundado un premio para favorecer la *multiplicación de los gigantes* por matrimonios seleccionados, no sospechando que el gigantismo es una enfermedad» (2).

2.° *Más a menudo decide por analogías completamente superficiales.* Estima por ejemplo, que la hepática de los jardines cura las enfermedades del hígado; las herniolas, la hernia; el egopodio, la gota, etc., etc.» (3).

En esto, por lo demás, sigue, sin saberlo tal vez, los principios de cierta medicina que para curar un órgano enfermo prescribe como alimento el órgano correspondiente de tal o cual animal en estado de salud.

3.° *Con frecuencia también obedece a hábitos adquiridos* y sigue esclavo de la *rutina,* sin reflexionar que la terapéutica es susceptible de progreso.

«Las personas de edad, por lo menos las que han tenido una existencia enfermiza, conservan a menudo un recuerdo agradecido de los médicos anteriores y han *adquirido ciertos hábitos de tratamiento* bajo direcciones pretéritas que nunca olvidan advertir al llegado últimamente...» (4).

2. REGLA QUE DEBE SEGUIRSE. — Una palabra basta para trazar la regla que conviene seguir, y esta palabra es: *condescendencia* inspirada por la bondad y dirigida por la prudencia.

1.° Si los prejuicios del enfermo son a la vez *inveterados e inofensivos,* o sólo tienen inconvenientes sin consecuencias, el médico *se guardará de oponerse francamente a ellos,* sobre todo al principio. Se esforzará más

(1) Dr. Dechambre, pág. 133.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 299, 1931.
(3) Dr. Dechambre, págs. 133 y sigs.
(4) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 297, 1931.

bien en ganar por su condescendencia la confianza del cliente y en fortificar la esperanza de curación.

Así «es hábil *no contradecir sin necesidad*» antiguos hábitos, «no cambiarlos demasiado bruscamente. La naturaleza de los purgantes, el modo de administración de los medicamentos, por contrario que sea a nuestros hábitos actuales, quieren a menudo ser respetados.

El «médico joven» hará mal a menudo en manifestar su desdén por *terapéuticas desusadas,* que inspiran confianza al paciente desde hace muchos años, y en querer imponer la última moda de la escuela a que pertenece. No hay que perder de vista que a menudo un mismo fin *puede ser alcanzado por medios diferentes,* y que si las novedades son bien acogidas por los enfermos jóvenes, espantan con frecuencia a los ancianos» (1).

Las concesiones sobre los detalles están a veces *exentas de todo peligro.* Por ejemplo, «si para que se acepten aplicaciones de compresas frías adicionamos al agua un poco de alcohol más o menos aromatizado para tranquilizar a la madre que teme el frío para su hijo, no comprometemos el éxito de nuestro tratamiento» (2).

2.° La condescendencia *tiene sus límites* en el interés prudentemente comprendido del enfermo.

Si bien el médico puede prestarse a una terapéutica desusada pero eficaz, o también a una terapéutica ineficaz pero inofensiva y compatible con un tratamiento racional, no podría en modo alguno prescribir o aprobar, para no contrariar a su cliente, remedios o prácticas *grandemente perjudiciales* (núm. **226**, pág. 226).

Para combatir, con suavidad pero firmemente, los prejuicios del enfermo debe usar la *autoridad* adquirida por su celo y condescendencia en otros puntos: la *persuasión* logrará a menudo el resultado perseguido.

§ 2. — REPRIMIR LOS EXCESOS

229. Reprimir la presunción. — Si el médico debe hacer nacer y sostener una *esperanza fundada* de curación, debe en cambio reprimir suavemente una *confianza presuntuosa* que se promete *erróneamente* un restablecimiento cierto en breve plazo. El tiempo se encargaría de dar un mentís al enfermo, y el descorazonamiento sería tanto más profundo cuanto más irrazonable habría sido la esperanza. El doctor Morache describe bien el exceso de que hablamos y la línea de conducta que a este respecto debe seguir el médico.

1. EXCESO DE CONFIANZA. — «Un peligro completamente opuesto» al escepticismo «se encuentra a veces en el enfermo: una opinión, una *esperanza exagerada* en los recursos de la medicina y del hombre de arte

(1) Dr. Le Gendre, págs. 297 y sigs.
(2) *Ibid.*, pág. 313.

que ha llamado para cuidarle (1). Le parece que su sola presencia le alivia y que desde entonces está próxima la curación. Estas son buenas disposiciones: la receptividad del enfermo a la acción personal del médico es ventajosa. Pero en ésta *hay, sin embargo, exceso,* y como la enfermedad resistirá probablemente, por lo menos cierto tiempo, como tal vez es incurable, la decepción será tanto más cruel cuanto más intensa haya sido la esperanza».

2. Conducta que debe seguirse. — «También en estos casos el médico debe intervenir procurando *calmar este exceso de entusiasmo;* aconsejando alguna moderación en la expresión de sentimientos, sin duda justos en sí mismos, pero tal vez demasiado aduladores para el modesto práctico. Demostrará que tal estado de espíritu es de los más felices sin duda, eminentemente favorable para la curación, pero que el trabajo biológico que debe conducir a ella *no puede evolucionar sino con el tiempo:* las regresiones anatómicas distan de ser tan rápidas como las evoluciones.

Hablando así el médico *estará en la verdad científica:* a él corresponde hacerla aceptable para el enfermo según su personalidad intelectual y moral.

Habrá prestado en todos los casos un servicio inmenso: habrá dado algo de su propia persona; habrá sugestionado un poco al enfermo: consolado, tranquilizado, tal vez le habrá encaminado por la vía que lleva a la curación» (2).

ARTICULO III

CONFIANZA EN SUS PROPIAS FUERZAS

230. Caso bastante frecuente. — No es muy raro encontrar clientes que a continuación de una lesión orgánica realmente desaparecida, y hasta bajo la única influencia de los nervios y de la imaginación, *se creen,* para no hablar de actos morales, *incapaces de actos físicos,* muy simples y muy importantes, que el estado de sus órganos y fuerzas les permite cumplir en realidad.

El papel del médico es el de hacer desaparecer este sentimiento de impotencia que paraliza al enfermo; devolverle la confianza en sus propias

(1) Nos parece que las líneas siguientes del Dr. H. Verger describen bastante bien el último fundamento de la presunción.

«Respecto al público, la profesión médica se singulariza entre todas las demás. Los sentimientos que inspira son en cierto modo contradictorios...

Por sus conocimientos especiales, que aun hoy para el vulgo tienen un velo de misterio, por el poder *a veces exagerado* que se le supone de intervenir eficazmente en el alivio de los sufrimientos y la curación de las enfermedades, por el carácter trágico de la terapéutica quirúrgica, el médico goza y gozará por largo tiempo de un prestigio innegable...» (*Précis de déontologie médicale,* págs. 159 y sigs., 1931).

En otros términos, *ciertos enfermos* tienen en el fondo de su conciencia el pensamiento de que si el médico quisiera seriamente lograría curarlos. Hay en ellos algo que se parece a la absoluta confianza de un niño hacia su padre.

(2) Dr. Morache, págs. 156 y sigs.

fuerzas; llevarle a querer y proponer los actos de que realmente es capaz. Para esto procederá, según los casos, por persuasión, por orden autoritaria dada en estado de vigilia, y algunas veces, aunque raramente, por sugestión en estado de sueño hipnótico, si es que tiene la experiencia suficiente para dormir al sujeto sin graves inconvenientes.

En el capítulo siguiente trataremos del hipnotismo.

231. I. Persuasión. — El médico que emplee la *persuasión* como medio de curación *habla razonadamente* al enfermo: discute amigablemente con él; resuelve sus objeciones; le da pruebas derivadas de su experiencia médica; en lo posible le da demostración de hecho; en una palabra, le lleva a vías justas y claras sobre su estado, y por tanto a la convicción de que tiene la fuerza física de vestirse él sólo por ejemplo, de andar, de salir de casa, de dar un paseo, de entregarse a un trabajo intelectual, etcétera.

Naturalmente, todo esto requiere *por parte del enfermo* ser algo abierto de espíritu y tener una gran confianza; *por parte del médico* mucha bondad, condescendencia, paciencia, tacto.

«La actitud de la conversación, de la *charla familiar,* escribe el profesor Dejerine, una franca conversación en la que es necesario que el médico ponga un poco de buen sentido y de sentimiento, y el enfermo mucha confianza: he aquí el tono de la *psicoterapia por persuasión* (1). Con-

(1) *Para ampliar la cuestión,* podemos investigar brevemente *en qué consiste* la psicoterapia y cuáles son sus *procedimientos.*

1.º *Naturaleza.* — La *psicoterapia* es el tratamiento de las enfermedades por medios psíquicos, es decir, por medio de la persuasión, la distracción, la educación, etc., que obran sobre los actos conscientes y libres del psiquismo superior, y por la sugestión propiamente dicha, que influye en los actos inconscientes, automáticos, involuntarios del psiquismo inferior.

De ahí *dos psicoterapias:* la *superior,* que se dirige «al psiquismo superior, o mejor, al conjunto de los dos psiquismos que han quedado unidos»; la *inferior,* que se dirige, en la hipnosis, únicamente al psiquismo inferior del sujeto (Dr. Grasset: *Idées médicales,* páginas 51, 58, 59 y 60).

En esta nota sólo hablamos de la psicoterapia superior.

II. *Procedimientos.* — El médico puede proponerse obrar, por la voluntad del sujeto, sobre una función motora desviada por la enfermedad, o bien suprimir, por esta misma voluntad, una idea, una sensación, una emoción morbosa. El *modo de acción* será diferente en ambos casos; pues los movimientos del cuerpo están sometidos directamente a la voluntad, mientras que las ideas sólo indirectamente le están sometidas.

1.º *Funciones motoras.* — «El médico habitúa al enfermo», que quiere por ejemplo corregirse de ciertos tics, «a oponerse por la voluntad a los movimientos automáticos morbosos y a hacer voluntariamente movimientos opuestos a estos morbosos» (Dr. Grasset, *loc. cit.,* pág. 81).

2.º *Ideas... morbosas.* — Primero el médico recordará el *principio siguiente:* se puede hacer nacer o fortificar una idea, una sensación, una emoción obligando al sujeto a realizar voluntariamente los actos exteriores que son a la vez la expresión normal y la causa de estos estados psíquicos; así la actitud de la cólera expresa y excita esta pasión. «Inversamente, si queremos debilitar, disminuir, borrar, hacer desaparecer una idea o una sensación debemos... no hacer *voluntariamente* «ningún acto en relación con este estado psíquico, comportarnos en todas partes y siempre como si no existiera» (Dr. Grasset, *loc. cit.,* páginas 83 y sigs.).

De este doble principio, el médico derivará en seguida *algunas reglas* de terapéutica psíquica.

siste en explicar al enfermo las razones precisas de su estado y de las diferentes manifestaciones funcionales que ofrece. Consiste, por otra parte, en hacer que el enfermo confíe en sí mismo, en despertar los diferentes elementos de su personalidad capaces de llegar a ser el punto de partida del esfuerzo que le hará dueño de sí mismo... Todo concepto, toda idea emitida por el médico, deben ser aceptados por la razón del enfermo, sin chocar con sus convicciones ni sus sentimientos» (1).

Inútil es decir que no siempre logra el médico hacer nacer la confianza en fuerzas reales y librar al enfermo de su pretendida impotencia. Sobre todo si se trata de un neurótico, no siempre puede ponerle en posesión gradual de sí mismo, devolverle el uso de su actividad normal y desviarle de sus preocupaciones egoístas» (2). Algunas veces es preferible recurrir desde el primer momento a la orden autoritaria.

232. II. Orden. — Con ciertas naturalezas más débiles o más tímidas y prontas a sufrir el ascendiente moral (adolescentes, jovencitas) el médico obrará prudentemente al recurrir en seguida, y sin ensayar la persuasión, a la *orden autoritaria,* con tal, sin embargo, de tener la seguridad de la realidad de las fuerzas físicas cuya actividad ordena.

Importa solamente que la orden no sea cualquiera, sino que debe ser precisa, autoritaria, vigilada exactamente en su ejecución.

1. Orden precisa. — La orden dada debe ser clara, precisa, fácil de comprender, tan netamente formulada que sea imposible todo error.

El médico dirá por ejemplo: cada día, si no llueve, hará usted a pie por el campo un paseo de una hora, y este paseo no le fatigará.

O también a un joven que exagera sus cefalalgias y la fatiga nerviosa: por la mañana de ocho a nueve y por la tarde de cinco a seis hará usted un trabajo intelectual, y este trabajo no tendrá sobre su salud ningún efecto nocivo, sino muy al contrario.

2. Orden fuertemente acentuada. — Además, la orden dada debe ser enérgica, fuertemente acentuada, *autoritaria.* El médico no aconsejará, sino que *mandará* sin vacilación alguna, con la firmeza de un hombre seguro de sí mismo, con una decisión que no admita réplica.

1.º «Hay que ejercitar al enfermo que tiene una idea, una sensación o una emoción morbosas, en no detener nunca *voluntariamente* su atención sobre el estado psíquico que se quiere hacer desaparecer.

2.º Hay que ejercitar al enfermo en *no tener ya en cuenta* sus ideas y sus sensaciones morbosas para la organización de su vida y la dirección de sus actos.

3.º Como toda la psicoterapia superior está absolutamente fundada en la misma personalidad del sujeto y su voluntad inteligente, si se quieren obtener resultados es necesario demostrar al enfermo la *importancia del objeto perseguido.*

4.º Para aplicar estos diversos procedimientos psicoterápicos es preciso vigilar particularmente *el medio* en que vive el enfermo...

El medio tiene, en efecto, gran influencia sobre las neurosis.» Por esto lo mejor es a menudo tratar al enfermo «en un establecimiento especial de *neuroterapia*» (Dr. Grasset, *loc. cit.*, págs. 86 y sigs.).

(1) Citado por el Dr. Vincent: *La médecine,* págs. 157 y sigs.

(2) Dr. Vincent: *La médecine,* pág. 158.

«Es posible, por la palabra, sin intervención del sueño, producir efectos de sugestión» en *sentido amplio* «bastante notables. Una orden o un consejo, repetido varias veces *con tono de convicción y de autoridad tranquila y enérgica,* puede realizar cierto número de efectos obtenidos por el hipnotismo propiamente dicho» (1).

3. Ejecución vigilada. — Por último el médico vigilará muy de cerca la fiel ejecución de sus órdenes. Interrogará al enfermo y a su familia para saber si la orden dada ha sido cumplida enteramente.

Con autoridad a la vez suave y firme, junto con una perseverancia tenaz, el médico puede a menudo lograr su objeto, es decir, llevar progresivamente al enfermo a convencerse por experiencia de que los actos considerados por él como imposibles *son fácilmente realizables.* La curación será entonces casi completa, si no lo es ya.

Sin embargo, hay casos en que únicamente la sugestión hipnótica podrá triunfar de la pretendida impotencia del cliente. Esto será objeto del capítulo siguiente, que completaremos con la exposición del *freudismo.*

(1) A. Castelein: *Les phénomènes de l'hypnotisme,* pág. 52.

CAPITULO XIV

HIPNOTISMO Y FREUDISMO

ARTICULO PRIMERO

DEL HIPNOTISMO EN TERAPEUTICA

233. Objeto y división. — 1. OBJETO. — *No pretendemos en absoluto* tratar en algunas páginas la cuestión *tan compleja,* y algo pasada de moda, del hipnotismo.

Nuestras aspiraciones son *más modestas:* investigaremos únicamente la *virtud terapéutica del hipnotismo,* o mejor de la sugestión hipnótica, que, por intermedio de la moral (1), obra sobre el físico. Para delimitar aún más estrechamente el objeto de nuestro estudio, dejaremos de lado las enfermedades mentales y consideraremos sobre todo las afecciones más o menos corporales.

La cuestión por resolver es, pues, ésta: ¿puede el hipnotismo, por medio de la sugestión y, por lo tanto, por la acción sobre el alma, incapaz de dirigir y controlar sus actos, obrar sobre *ciertas* enfermedades físicas?

II. DIVISIÓN. — Después de haber definido el hipnotismo, la hipnosis, la sugestión, nos preguntaremos lo que puede el hipnotismo para curar a un enfermo, y lo que no puede; cuáles son sus peligros y en qué condiciones el médico hábil y honrado está autorizado a servirse de él.

Así los *cuatro párrafos* de este capítulo tendrán por objeto: la naturaleza del hipnotismo; su eficacia terapéutica y sus límites; sus inconvenientes y sus peligros; las condiciones que regulan su empleo.

§ 1. — DEFINICIONES

234. I. Definición del hipnotismo. — El hipnotismo significa a la vez el arte de producir, con los fenómenos que se relacionan con él, ese

(1) *O mejor del psiquismo inferior,* es decir, de las facultades humanas substraídas al *control* de las facultades que obran con conciencia y libertad. «Se sabe, en efecto, que es necesario distinguir en el hombre la función psíquica *superior* y la función psíquica *inferior*. A la *primera* corresponden los actos conscientes, voluntarios, libres, de los que es responsable el sujeto; a la *segunda,* los actos inconscientes, automáticos, involuntarios, que no implican responsabilidad... En la hipnosis se realiza una *disyunción* entre los dos psiquismos, y entonces funcionan separadamente. Al dormir a un individuo se separan las dos actividades psíquicas; se obra entonces únicamente sobre el *psiquismo inferior* del sujeto, se hace psicoterapia inferior» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 58, 60 y 61). La psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades por el pensamiento consciente o inconsciente: *aquí* se las trata por el pensamiento *inconsciente*.

sueño artificial que se denomina hipnosis (1) y el conjunto de los fenómenos que se realizan o pueden realizarse en el curso del sueño hipnótico por medio de la sugestión. Así el mismo término designa el arte de hacer dormir con un sueño artificial; el arte de provocar durante ese sueño ciertos fenómenos; el conjunto de esos fenómenos artificialmente provocados.

Por lo demás, los fenómenos principales, o los efectos fundamentales del hipnotismo, se reducen al parecer a «una disociación artificialmente provocada por la influencia psíquica de la sugestión en los centros cerebrales, de la que resulta, por la parálisis de unos y exaltación de los otros, una intensa concentración vital», *pero inconsciente,* «sobre un pequeño número de funciones que así se han hecho excitables y sugestionables en el mayor grado» (2).

Se ve por consiguiente que para tener una noción exacta del hipnotismo conviene definir lo más claramente posible la hipnosis y la sugestión.

235. II. Definición de la hipnosis. — La hipnosis, como indica el nombre, es una *especie de sueño* (3).

Pero en primer lugar es un sueño *artificialmente provocado* por uno o varios de los siguientes *procedimientos:* por una impresión unas veces prolongada, otras brusca e intensa, de ordinario intencional, sobre los sentidos, particularmente de la vista o del oído; por pases ligeros a lo largo de la cara, de los hombros, de los miembros superiores y algunas veces de los miembros inferiores; *o* simplemente por una sugestión directa que reviste la forma unas veces de insinuación suave, otras de orden autoritaria, otras de una mímica persuasiva. Esta mímica, como la insinuación y la orden, impone a la imaginación la imagen y a la inteligencia la idea del sueño (4).

Sin embargo, «se cita el ejemplo de un muchacho de doce años en el que no se ha hecho ninguna práctica hipnótica. Se duerme divirtiéndose en mirar un bola brillante; y se duerme, no con un sueño natural, sino con un sueño profundo que dura veinte horas, y que sólo puede ser disipado por un médico» (5).

Provocado por uno de estos procedimientos o por varios de ellos, la hipnosis es además un *sueño más o menos lúcido y activo,* caracterizado por la persistencia en cierta medida, y a menudo por la exaltación de la

(1) *Véase sin embargo* núm. **235,** nota 1, pág. 238.

(2) Castelein: *Les phénomènes de l'hypnotisme,* pág. 317; 36.

(3) *Por lo menos,* si se llama *sueño* a un estado en el que el psiquismo superior, y por lo tanto consciente, voluntario, libre, está *disociado* del psiquismo inferior, y por lo tanto inconsciente, involuntario, automático, privado de su libertad, no hay hipnosis sin sueño. «La hipnosis disgrega los centros psíquicos, emancipa los inferiores y duerme a los superiores», que dejan de ejercer su control habitual» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* pág. 62; Coconnier, págs. 254 y sigs.; 424 y sigs.). Añadamos sin embargo que esta explicación por la disociación de los centros nerviosos es una hipótesis.

Llamamos, pues, *hipnosis,* en este estudio, al *sueño* hipnótico y a la sugestibilidad, que es su consecuencia. Lo que equivale casi a decir que la hipnosis es un sueño, o mejor un *sueño (rêve)* dirigido por otro.

(4) Coconnier: *L'hypnotisme franc.,* págs. 2 y sigs.; Castelein, págs. 45, 48 y sigs.; *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 32 y sigs.; Antonelli: *Medicina pastoralis,* II, núm. 20.

(5) *D. P. C. R.,* artículo *Hypnotisme,* col. 844.

actividad sensorial, gracias a la que el hipnotizado usa, sin despertarse y a voluntad del hipnotizador, los sentidos de la vista, del oído, olfato, etc.; por una mayor o menor *sugestibilidad* que en *ciertos casos* llega hasta someter absolutamente o casi absolutamente a la voluntad del hipnotizador todas las facultades del hipnotizado, substraídas a la dirección de la conciencia y de la libertad; por la permanencia de la *actividad motriz,* que obliga al hipnotizado a ejecutar, aun permaneciendo dormido, los movimientos sugeridos por el hipnotizador; finalmente, por la supresión total o parcial de la sensibilidad: en el sueño profundo la *anestesia* que preserva del dolor puede ser absoluta (1). Además se ha establecido que la principal diferencia entre el sueño natural y el sueño hipnótico es la insensibilidad propia del hipnotizado. Hasta se ha utilizado para las operaciones quirúrgicas la insensibilidad producida por la hipnosis. Véase sobre este punto *D. P. C. R.,* cols. 845 y 852.

Así la hipnosis es un sueño artificial — lúcido y activo — que es *muy apto para la sugestión;* no suprime las funciones de locomoción, pero suprime más o menos el dolor. Es decir, el sueño hipnótico *difiere del sueño ordinario,* primero por su *causa* y luego por *algunos de sus caracteres exteriores:* especialmente la docilidad del sujeto dormido a aceptar las sugestiones, la persistencia de la actividad sensorial y motriz, la insensibilidad (2).

Hay que añadir, sin embargo, que el estado hipnótico comprende *diversos grados:* de la simple somnolencia, pasando por la catalepsia que se ha llamado sugestiva, al sonambulismo más profundo (3).

Pero en todos los grados se encuentra, en una medida variable con la intensidad del sueño, la *aptitud a la sugestión,* lo que ha permitido asignar como carácter distintivo del sueño hipnótico «la *sugestibilidad de las funciones vitales* o su aptitud para *realizar* las sugestiones sensoriales o motoras que una influencia exterior determina» (4).

236. III. Definición de la sugestión. — La sugestión es, por vía de insinuación o de orden formal, la producción de una imagen o de una idea que de momento elimina todas las demás y es objetivada por el sujeto, *impotente para controlarla.*

En otros términos, es el acto por el cual el hipnotizador hace penetrar en la imaginación o en la inteligencia del hipnotizado, privado previamente de su facultad de control, una imagen o una idea que, *invasora, dominante, impulsiva,* esclaviza todas las facultades e impele a cumplir o a evitar, durante el sueño o al despertar, y según los designios del hipnotizador. tales y cuales acciones que representa.

(1) Castelein. *loc. cit.,* págs. 65 y sigs.; 265 y sigs.; *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 34 y siguientes; Dr. Grasset: *Idées médicales,* pág. 62.
(2) Castelein, *loc. cit.,* pág. 265; *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 34 y sigs.
(3) Castelein, págs. 53 y sigs.
(4) *Ibid.,* págs. 36, 40 y 269.

Inútil es decir que la imagen o la idea así suscitada en la imaginación o en la inteligencia tiene también el nombre sugestión (1).

Así definida, la sugestión, que opera siempre por concentración de la actividad mental sobre un solo objeto, es el *gran modo de acción* del hipnotizador. Es el principal y hasta el único medio de que dispone para obligar al hipnotizado a hacer lo que ordena o a omitir lo que prohibe.

Puesta en obra durante el sueño hipnótico, la sugestión puede provocar la *anestesia,* parcial o total, o por el contrario la *hiperestesia* de tal o cual sentido, o también la *catalepsia,* en virtud de la cual un miembro conserva, hasta nueva orden, la posición recibida. Puede igualmente modificar en cierta medida las *funciones de la vida orgánica;* determinar en la *imaginación* alucinaciones intensas, y en la *voluntad* una obediencia casi automática. Finalmente puede hasta ordenar o prohibir actos para el tiempo que seguirá inmediatamente, o a más largo plazo, al despertar (2).

Si el hipnotismo puede tener, pues, sobre las enfermedades físicas una influencia terapéutica, será *por intermedio de la sugestión* impuesta al psiquismo inferior sin defensa, por estar substraído a la dirección del psiquismo superior consciente y libre.

De hecho, el método consiste en afirmar en alta voz durante el sueño hipnótico la desaparición, actual o próxima, de los síntomas sentidos por el enfermo y de su impotencia para realizar tales o cuales actos. El médico procura establecer en el sujeto dormido la convicción de que los síntomas morbosos no existen ya o desaparecerán pronto, «que el dolor se disipa, que la sensibilidad renace, que la fuerza muscular aumenta, que el apetito reaparece» (3).

¿Cuál es la eficacia de este método, o en otros términos, de la sugestión hipnótica? ¿Logra la idea de curación producirla a veces, y en qué casos es impotente?

Es lo que vamos a examinar en el párrafo segundo.

(1) *El hipnotizador* puede sugerir que tal objeto sensible está presente cuando está ausente (alucinaciones); que es necesario admitir o desterrar tal o cual idea; realizar u omitir, inmediatamente o al despertar, tal o cual acción, etc.

Pero en todos los casos hay una gran diferencia «entre la *sugestión,* por una parte, y la persuasión, el consejo, la predicación, por otra.

Para que haya sugestión en el verdadero sentido científico de la palabra, es necesario que haya *hipnosis,* es decir, disgregación en el sujeto de los centros psíquicos superiores, que duermen, y de los centros psíquicos inferiores, que se dejan influir y dirigir por el hipnotizador. Este suprime *en primer lugar* en el sujeto toda acción libre y responsable de control de los centros superiores, e impone a los centros inferiores, así desamparados, su propia manera de ver, que el sujeto sufre y acepta por fuerza» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 9 y sigs.). Algunos sin embargo vacilan en admitir la desaparición de la libertad (Gén-Salsm., 1., núm. 15). Por lo menos no parece desaparecer en todos los casos: si bien algunos, hipnotizados, obran como verdaderos autómatas, el caso de automatismo completo parece excepcional (*D. P. C. R.,* col. 846).

(2) Castelein, págs. 64 y sigs.

(3) *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 473 y sigs.; Castelein, págs. 124 y 279.

«*El hipnotizador introduce*» en el psiquismo inferior «del enfermo una *idea nueva* que destruye la idea morbosa *reemplazándola*» con la idea de la curación y de la salud, «*perturbándola* por una fuerte emoción, miedo, alegría...», o *corrigiéndola* por una serie de sugestiones que destruyen gradualmente la idea morbosa en el psiquismo inferior del sujeto» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 63 y sigs.).

No investigaremos si la sugestión puede ser *puramente mental*. Véase sobre esta cuestión *D. P. C. R.*, col. 846 y sig.

§ 2. — Eficacia terapéutica

237. Principio fundamental. — La sugestión no obra directamente sino sobre los centros nerviosos que presiden los actos del psiquismo inferior, y llega a ellos únicamente por intermedio de la imaginación (1): he aquí el *principio fundamental* que establecen los hechos. «La sugestión obra sobre todas las funciones sometidas al cerebro..., y obra en la medida en que obedecen a esta influencia» (2).

Por lo tanto, la sugestión cura a menudo los trastornos puramente nerviosos en los que el sistema nervioso desempeña un papel preponderante. Pero no contribuye *sino indirectamente* a la curación de las lesiones orgánicas. Por último, incapaz de reconstruir de modo instantáneo o hasta prontamente los tejidos atacados, tiene, sólo por esto, *límites* netamente determinados.

Después de esta vista de conjunto conviene entrar en algunos detalles.

238. I. Trastornos nerviosos. — A la cabeza de las enfermedades que *más fácilmente* ceden a la sugestión hipnótica es justo colocar las *neurosis:* «el histerismo y sus secuelas o sus formas, la anestesia, las parálisis, las contracturas, la afonía, los vómitos (3).

Cuando el histerismo es reciente, la curación no tarda en manifestarse. Si la enfermedad es *crónica,* son necesarias semanas, a veces meses, de tratamiento. En los neurasténicos, con tal que sean hipnotizables, la sugestión logra a veces en poco tiempo muy buenos resultados. Las neuralgias, dice el Dr. Crocq, curan bastante fácilmente por la sugestión; pero estima que no debe recurrirse a este medio sino después de haber ensayado

(1) *Se encuentra ya* en Santo Tomás *la idea maestra* del principio que enunciamos. «De que el alma — dice — *imagine* algo y se impresione vivamente, se deduce *algunas veces* una modificación en el cuerpo, de lo que resulta la salud o la enfermedad sin la acción de los agentes materiales que normalmente causan la enfermedad o la salud». (*Summa contr. Gentil.*, l. III, cap. 99). Véase también en la *Summa teologica:* I p., q. 110, a. 2; III p., q. XIII, a. 3, ad. 3.

(2) *Etudes,* t. LXXXVIII, pág. 474.

(3) *El Dr. Grasset* es menos afirmativo. «La sugestión terapéutica — dice — no tiene acción alguna *sobre el fondo y la esencia* de una neurosis *grave*. En último análisis, la terapéutica sugestiva se dirige, no a la *enfermedad nerviosa* (histerismo, neurastenia, etc.), que es impotente para modificar, sino al *síntoma* (parálisis, contractura, afonía, etc.) de esta enfermedad.

Así reducida y precisada, la indicación de la psicoterapia inferior es aún *importante*. Pues a menudo estos síntomas tienen una gravedad considerable, envenenan la vida del enfermo, paralizan y retardan el tratamiento de la misma enfermedad, son por consiguiente indicación, como se dice en medicina; y por lo tanto es a menudo muy útil para el médico tener, para hacerlos desaparecer, un medio tan simple y tan cómodo como la sugestión en la hipnosis» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 66 y sigs.).

otros tratamientos que bastan en la mayoría de los casos (1). La sugestión vence también los tics, el calambre de los escribientes» (3).

Sin embargo, en las afecciones que parecen tener principalmente por asiento el sistema nervioso, la terapéutica sugestiva fracasa *o puede fracasar en dos casos:* fracasa si el sujeto, incapaz de fijar su atención, es rebelde a la sugestión; puede fracasar si la enfermedad se complica con trastornos funcionales demasiado profundos para que triunfe la sugestión de ellos (3).

239. II. Trastornos funcionales *que no derivan de una lesión orgánica* curada ya. — Se pueden distinguir los trastornos funcionales que han tenido su primer origen en una lesión orgánica y los que nunca lo han tenido.

Los trastornos funcionales *que no deben su origen a una lesión orgánica* se curan muy a menudo con particular facilidad.

De este número es «el caso citado por el Dr. Desplats, profesor de clínica médica de la Facultad libre de Lille. Aquí la afección orgánica *es sólo de apariencia:* pero es tal la apariencia, que más de un médico habría tratado esta afección como una verdadera lesión (4).

He aquí el hecho tal como ha sido publicado por el Dr. Desplats en la *Revue de l'Hypnotisme* (5).

«Hace cinco años entraba en mi despacho una niña de doce años traída en brazos por su padre desde una villa cercana. Estaba enferma *hacía más de tres meses* y afecta, se decía, de una *artritis de la rodilla izquierda* sobrevenida a consecuencia de una caída. Se habían aplicado vejigatorios y pomadas, y finalmente un aparato. Todo inútil. La niña parecía sana a pesar de sus tres meses de enfermedad. Un examen rápido me demostró que todo el miembro inferior estaba contracturado. En cuanto a la articulación, no me fué posible examinarla a causa del dolor.

Sin hablar, hice poner la niña en un sillón y, después de haberla mirado fijamente durante dos minutos, le dije: «*Duerme*». En seguida se durmió, y rápidamente su sueño fué profundo. Tomando entonces su pierna con mis manos, me fué fácil hacer desaparecer la contractura y, sin dolor, ejecutar todos los movimientos. Luego, poniéndole los pies en el suelo, dije: «*Levántate*», y se levantó; «*Anda*», y anduvo; «*Ponte de rodillas*», y se arrodilló. Varias veces hice repetir los mismos actos y sólo acabé cuando se realizaron sin la menor vacilación.

Me hice contar entonces *cómo había sobrevenido el accidente*. Había sido después de una caída sin importancia que no fué seguida de herida ni de equimosis, y la articulación nunca se había hinchado. No cabía du-

(1) *Veremos* que la regla *general* es ésta: no usar la hipnosis en tanto otro tratamiento permita esperar un buen resultado» (Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* página 159).

(2) *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 473 y sigs.

(3) Castelein, págs. 278 y sigs.

(4) *Etudes,* t. LXXXVIII, págs. 474 y sigs.

(5) Páginas 22 y sigs., agosto 1897.

da: esta niña estaba afecta únicamente de *contractura histérica* de origen traumático. Aseguré que estaba bien curada, que andaría perfectamente y no tendría más dolor, y le *prohibí* tener una contractura semejante si alguna otra vez caía o recibía algún golpe. Luego, habiéndome asegurado de que no experimentaba ningún dolor y que recordaba todo lo que le había dicho, la desperté. La sesión había durado veinte minutos.

Renuncio a describir la estupefacción de la niña cuando se vió de pie en mi despacho y sin dolor. Sólo la igualaba la emoción de su padre, a quien yo no había dicho una palabra de mis intenciones y que había asistido mudo a la curación de su hija. Las lágrimas corrían por sus mejillas y no encontraba palabras para expresar su agradecimiento. «¿Cuándo será necesario volver, señor?» «Es inútil volver: vuestra hija está curada.» «¿Y qué hay que hacer?» «Nada; únicamente, si cae otra vez, que no deje lastimarse la pierna.» Esto fué todo, y la niña, que había venido de la estación en coche, que desde ésta a mi despacho había sido llevada en brazos, volvióse a pie sin dar siquiera el brazo a su padre.

Dos meses después se renovó la misma escena. La misma niña era llevada en brazos de su padre a mi despacho con los mismos accidentes. Databan solamente de tres o cuatro días. Y al expresar mi asombro por esta recaída: «Oh señor, no es en el mismo lado», dijo la niña. La contractura, en efecto, estaba en el *lado derecho* y se había producido por el mismo mecanismo que la primera vez, a consecuencia de una caída.

La hipnoticé y, en algunos minutos, contracturas y dolores habían desaparecido. Renové mis seguridades de curación completa y afirmé que no habría ya más recidivas bajo ninguna forma. Esto es lo que ha ocurrido» (1).

240. III. Trastornos funcionales que sobreviven *a una lesión orgánica desaparecida.* — La sugestión hipnótica, aunque menos fácilmente, puede también con frecuencia corregir trastornos que tuvieron como origen primero una lesión orgánica ya curada.

Una consideración en extremo interesante del Dr. Bernheim *nos ayuda a comprender* en este caso la potencia de la sugestión, que lucha *solamente* contra una modalidad defectuosa del sistema nervioso, modalidad creada por el hábito.

«El trastorno funcional puede sobrevivir a la causa o a la lesión orgánica que le ha dado origen: dicho trastorno no es entonces mantenido ya por la lesión, sino retenido, por decirlo así, por el sistema nervioso, que tiene una gran tendencia a conservar ciertas modalidades que le han sido impresas. Un niño que ha tenido muchas convulsiones las repite a la menor influencia. Los tics, los movimientos nerviosos, las crisis histéricas, la tos nerviosa, el vómito, incluso la diarrea por la aceleración de los movimientos peristálticos del intestino, etc., son actos que ejecutan espontáneamente los centros nerviosos cuando tales actos, por haber sido frecuentemente repetidos, han sido, por así decirlo, asimilados. Ciertos dolores se

(1) Citado en *Etudes*, tomo LXXXVIII, págs. 475 y sigs.

eternizan cuando la lesión determinante ya no existe. Todo cirujano ha visto por ejemplo que un miembro permanece dinámicamente afecto a consecuencia de una contusión. El enfermo continúa sufriendo e inmovilizando su miembro y, sin embargo, la contusión parece curada. Se comprende que en casos semejantes *pueda intervenir eficazmente* la sugestión para disipar los trastornos sobrevivientes, incluso cuando la electricidad, la hidroterapia o el masaje no son suficientes» (1).

Con objeto de hacer menos misteriosa la influencia terapéutica de la sugestión, el P. Castelein ha intentado una *explicación* que, sin ser completa, aporta alguna luz. Los «centros superiores», dice, «pueden obrar de dos maneras: por *inhibición* o por *dinamogenia*, es decir, a la manera de un *freno que detiene* o de un *estimulante que excita*. Ahora bien, la sugestión prudentemente aplicada tiene por objeto distribuir bien los actos de inhibición y de dinamogenia sobre los centros u órganos inferiores. Al provocar el reposo de unos y estimular el movimiento de otros, la sugestión suprime el dolor, modifica la función, calma la fiebre, retarda la circulación de la sangre, provoca el sueño, activa la nutrición, las secreciones y las excreciones, y permite así que el organismo evolucione, por su juego propio y sus fuerzas espontáneas, hacia su completo restablecimiento» (2).

También conviene recordar que los trastornos funcionales del sistema nervioso y de otros órganos resultan a menudo *de una pura autosugestión*. Nada tiene, pues, de extraordinario que una sugestión contraria tenga la virtud de hacerlos cesar.

241. IV. Lesiones orgánicas. — Finalmente la sugestión puede contribuir *indirectamente* a la curación de las lesiones orgánicas.

El Dr. Crocq explica bien *en qué consiste* esta acción *indirecta* de la sugestión. «Bernheim — dice — hipnotiza a sus tuberculosos, no para destruir el tubérculo, sino para hacer dormir a los enfermos, para darles apetito, para calmar su tos, para disipar los dolores de costado, y, aliviando así al enfermo, puede obrar favorablemente sobre la lesión» (3).

El Dr. Desplats *continúa y completa esta explicación:* «Os parecerá tal vez sorprendente ver emprender el tratamiento de las *lesiones orgánicas* por medios puramente sugestivos. Sin embargo veréis, al reflexionar sobre ello, que nada hay más racional. ¿A qué se limita la acción terapéutica en las enfermedades contra las que no poseemos un *tratamiento específico?* A combatir algunos síntomas y *a restablecer la armonía funcional comprometida*. Y la curación se efectúa por este funcionamiento armonioso de todos los órganos. El dolor, el insomnio, la excitación nerviosa o la atonía, como los trastornos circulatorios o digestivos son combatidos por medios apropiados; luego se deja el cuidado de la curación a la naturaleza. *Se hace todo esto* cuando se recurre al hipnotismo, puesto que

(1) Castelein: *Les phénomènes de l'hypnotisme*, págs. 285 y sig.
(2) *Ibid.*, págs. 284 y sig.
(3) Dr. Crocq: *L'hypn. scient.*, pág. 216; *Etudes*, tomo LXXXVIII, pág. 474.

se libra al sujeto hipnotizado de todos los síntomas penosos y se restablece, mejor que por ningún otro medio, el funcionamiento armonioso de los órganos» (1).

Así la sugestión hipnótica cura o contribuye indirectamente a la curación, porque al modificar el estado nervioso, bien cerebral, espinal o simpático, restablece el juego armónico de los órganos, comprometidos por la autosugestión, por una lesión orgánica actualmente desaparecida, o por una lesión orgánica siempre persistente (2).

242. V. Límites de la sugestión. — Al exponer *lo que puede,* directa o indirectamente, la sugestión hipnótica, hemos indicado de modo suficiente *lo que no puede,* o en otros términos, cuáles son sus límites (3).

La cicatrización instantánea de una herida, y sobre todo la reconstitución *integral* y *pronta* de la epidermis, o la curación instantánea de una enfermedad microbiana muy avanzada, como la tuberculosis pulmonar con cavernas bien comprobadas, *no puede ser el resultado* de la sugestión hipnótica, por potente que sea. No podría determinar en los tejidos la producción instantánea y superabundante de las células de un músculo, de una glándula de la dermis o de la epidermis, hasta la desaparición completa de los vestigios de la úlcera, ni una secreción y una acción tan rápidas, ora de las antitoxinas, ora de los citófagos, para destruir la infección microbiana, con reconstitución de la parte del órgano destruída por el microbio patógeno» (4).

Pero la virtud terapéutica de la sugestión no puede ponerse en duda (5). Por esto hay motivo para investigar cuáles son los *peligros* del hipnotismo, y en qué *condiciones* puede un médico honrado servirse de él como curación física, y, en ciertos casos, moral (6).

(1) *Revue de l'hypnot.*, agosto 1897, págs. 40 y sig.; *Etudes*, tomo LXXXVIII, pág. 476.

(2) La sugestión se ha empleado también como remedio *preventivo* del mareo.

A continuación de Paul Farez, *Bérillon* ha citado *(Revue de l'hypnotisme,* febrero de 1899) una curación obtenida en una joven de diecisiete años, en la que la más corta travesía por mar determinaba graves accidentes nerviosos. En la víspera de atravesar el Atlántico para ir a los Estados Unidos fué hipnotizada y recibió la sugestión de soportar el viaje sin ningún vértigo. La travesía fué particularmente penosa y accidentada. Ahora bien, de noventa y ocho pasajeros, uno solo se libró enteramente del mareo, como asegura el Dr. Bérillon, y éste fué la joven sugestionada *(D. P. C. R.,* art. *Hypnotisme,* col. 850).

(3) *Recordemos* también que la sugestión no actúa directamente sobre los actos *conscientes* y libres. «No obra en modo alguno para... restaurar la *colaboración de los dos psiquismos* y fortificar la dirección del centro superior.»

De aquí la *doble consecuencia* que la psicoterapia inferior «no tiene ninguna acción sobre las enfermedades» propiamente «mentales», y que nada puede sobre el fondo y esencia de una neurosis grave (Dr. Grasset: *Idées médicales,* pág. 65 y sig.).

(4) Castelein, págs. 278 y sig.

(5) Coconnier: *L'hypn. franc.*, págs. 429 y sig.

(6) Sobre algunos ensayos de enderezamiento moral, véase *D. P. C. R.*, art. *Hypnotisme,* col. 848 y sig.

§ 3. — Peligros del hipnotismo

243. Cuestión por resolver. — ¿*Tiene* el hipnotismo *peligros* desde el triple punto de vista de la salud y del estado cerebral; de la moralidad privada; de la moralidad pública o del orden social? Si estos peligros son reales, ¿son *inherentes al hipnotismo,* o pueden ser conjurados mediante prudentes precauciones?

Para responder a estas dos preguntas conviene distinguir *dos casos* muy diferentes: el caso del hipnotismo realizado al margen de las garantías que prescriben la ciencia y la moral; el caso del hipnotismo manejado con sabiduría, destreza, prudencia y honestidad. De ahí *dos principios* que conviene plantear y explicar claramente.

244. I. Primer principio. — Practicado *sin las garantías que prescriben la ciencia y la moral,* es decir, de un modo torpe, imprudente o deshonesto, el hipnotismo ofrece *graves inconvenientes,* ya para la salud y el estado cerebral, ya para la moralidad privada y pública.

245. II. Explicación. — 1. Desde el punto de vista *físico* y *cerebral* el hipnotismo no está exento de graves inconvenientes si es manejado por una mano inhábil o imprudente (1).

Los principales inconvenientes son una propensión excesiva al sueño hipnótico; una sugestibilidad morbosa en estado de vigilia; una falta habitual de equilibrio mental.

1.° Propensión excesiva al sueño hipnótico. — Después de haber sido hipnotizadas varias veces sin haber recibido, antes de despertar, la orden de no dormirse espontáneamente y de no dejarse dormir más que por su médico ordinario, *ciertas personas* conservan una disposición muy molesta a dormirse por sí mismas, por ejemplo al verse en el espejo, o, lo que es todavía más peligroso, se vuelven hipnotizables a voluntad del primero que lo intenta.

Pero el remedio está al lado del mal, y se halla, si creemos a la escuela de Nancy, en la misma sugestión.

Si un práctico hábil y prudente prevé una disposición de este género puede impedir que se desarrolle. Antes de despertar al sujeto le intimará la orden de no dormirse espontáneamente y de no dejarse dormir nunca por otro (2).

2.° Sugestibilidad morbosa. — «Ciertos sujetos — dice el Dr. Bernheim — *se vuelven muy sugestibles en el estado de vigilia después de numerosas alucinaciones* provocadas durante el sueño (3). Su cerebro asimila

(1) Coconnier, págs. 212 y sig.

(2) Castelein, págs. 306 y sig.

(3) El Dr. Grasset explica que no existe entonces «*estado de vigilia completo*. En lo que se llama sugestión en estado de vigilia, el sujeto a sugestionar *sólo está en apariencia* en tal estado; *en realidad* se halla en estado de hipnosis parcial (sin ofrecer los signos del sueño).

con una facilidad extrema todas las concepciones de otra persona. Toda idea se convierte en acto; *toda imagen evocada se hace realidad*. No distinguen ya el mundo real del imaginario» (1).

Un médico cuidadoso del bien de sus enfermos evitará este muy grave inconveniente no sugiriendo, en el curso del sueño, más que las alucinaciones necesarias a su objeto.

3.° PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO MENTAL. — «El profesor Lefebvre... ha expresado su convicción, resultado de una prolongada experiencia, de que las prácticas hipnóticas *continuadas durante largo tiempo* en un sujeto pueden provocar una *pérdida permanente del equilibrio,* y que sujetos bien dotados se convierten en extravagantes, caprichosos e irritables en exceso. He recordado que se conocen ya casos de *alienación mental* en sujetos sometidos al somnambulismo» (2).

El medio de evitar un inconveniente semejante es el de no recurrir al hipnotismo sino *lo más raramente posible,* y no multiplicar nunca las sesiones sin necesidad.

2. Desde el punto de vista *moral y social* el hipnotismo es un arma temible en manos de un operador *deshonesto.*

El hipnotizador puede excitar a veces hacia su propia persona una simpatía malsana, mitad del corazón y mitad de los sentidos; arrancar algunas veces al hipnotizado sus secretos más íntimos; cometer sobre el hipnotizado los crímenes más odiosos contra el pudor; ordenarle, para el tiempo que seguirá al despertar, y *tal vez con éxito,* los actos más criminales, sin exceptuar el robo y el asesinato; sugerirle que ha sido realmente testigo de determinado crimen, cuyo autor es buscado por la justicia, y que debe, en el estado de vigilia, prestar testimonio contra cierta persona (3).

En una palabra, cuando la hipnosis es profunda, el hipnotizado está a menudo *casi a merced del operador,* y éste, si no es honrado, puede abusar de muchas maneras de su poder; he aquí, desde el punto de vista moral y social, el gran peligro del hipnotismo.

246. III. Segundo principio. — La hipnosis *no* es esencialmente mala *ni* esencialmente peligrosa. Manejada con ciencia, destreza, prudencia y honestidad, el hipnotismo no presenta al parecer ningún peligro *que no pueda conjurarse.*

Se halla en estado de disgregación suprapoligonal», es decir, de disociación parcial de las facultades voluntarias y de las facultades no voluntarias: «sus centros superiores asisten en cierto límite a la experiencia, pero *han abdicado la dirección;* y al polígono disgregado, o, en otros términos, al psiquismo inferior, es al que se dirige el sugestionador» (Dr. Grasset: *Idées médicales,* pág. 65).

(1) Citado por Castelein, pág. 310.

(2) Castelein, pág. 311; Coconnier, págs. 212 y sig.

Nada más fácil de comprender, puesto que la hipnosis, que interrumpe «la *colaboración de los psiquismos*» superior e inferior, es por este hecho «un llamamiento a la misma inestabilidad». Es uno de sus grandes peligros (Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 67 y sig.).

(3) Castelein, págs. 312 y sig.

247. IV. Explicación. — 1. MORALIDAD. — La hipnosis no es *esencialmente inmoral.*

«Suspender o permitir que se suspenda *momentáneamente*», por una causa justa, «el uso de su razón, así como de su libertad, y someter, durante momentos, la dirección de su actividad psíquica a otra persona, no es un un mal en sí; porque *no es inherente* a la naturaleza humana que *siempre y en todas partes* la razón y la libertad estén en ejercicio, y que el hombre no obre *nunca,* mientras está privado de su razón y de su libertad, bajo la inspiración y la dirección, libremente consentida de antemano, de su semejante; porque, por otra parte, los peligros de tal estado pueden ser conjurados» (1).

Así pues, la hipnosis no está en oposición con la ley moral, porque esta ley permite al hombre una *doble tentativa:* por un motivo grave *le está permitido,* no solamente renunciar temporalmente al ejercicio de su razón y su voluntad, sino también dejarse privar por otro de este ejercicio; *le está permitido asimismo,* siempre por un motivo justo y bajo ciertas condiciones, someterse, mientras se halla privado del ejercicio de la razón y del libre arbitrio, a la dirección del que por un tiempo le ha hecho incapaz de gobernarse a sí mismo. En resumen, es lícito, por una causa justa y con las precauciones requeridas, dejarse hipnotizar, y por lo tanto, hipnotizar.

2. PELIGROS. — 1.° Es evidente que los peligros *morales* y *sociales* de que hemos hablado en el n. 245 pueden ser evitados, y evitados con seguridad. Para librarse de ellos basta al hipnotizado confiarse a un *médico perfectamente honrado,* que sepa contra las debilidades humanas armarse con las precauciones necesarias. Las indicaremos en el párrafo 4.°

2.° Quedan los peligros que amenazan la *salud* y el *estado mental.* No parece que estos peligros sean *inherentes* al hipnotismo manejado con ciencia, destreza y prudencia.

«El Dr. Bernheim afirma, fundándose en su larga experiencia, que la sugestión hipnótica *no ofrece ningún peligro,* ni aun el menor inconveniente cuando es bien manejada. Nunca, dice, he observado *una consecuencia desfavorable* como resultado del sueño provocado por la sugestión (2). Por el contrario, muchos trastornos funcionales, angustias precordiales, palpitaciones nerviosas, respiraciones agitadas e ideas tristes pueden corregirse por una nueva modalidad impresa a los centros nerviosos» (3).

Si es así, si el hipnotismo no es *por su naturaleza* ni malo ni peligroso, basta investigar *en qué condiciones* será su uso *moralmente lícito* con objeto científico o terapéutico.

(1) Coconnier: *L'hypnotisme franc.,* pág. 286.

(2) Aunque la hipnosis *tienda* por sí misma a disminuir el dominio de sí mismo y a aumentar la inestabilidad mental, el inconveniente de las hipnosis pasajeras, poco numerosas y hábilmente conducidas, es insignificante (Dr. Grasset: *Idées médicales,* pág. 74).

(3) Coconnier, págs. 306 y sig.

§ 4. — CONDICIONES DEL USO LÍCITO

Hemos visto que el hipnotismo es en sí un *acto indiferente*. Pero las circunstancias en que es provocado pueden hacerle moralmente bueno o malo, peligroso o exento de graves peligros. Por lo tanto, sólo puede usarse lícitamente en *ciertas condiciones*. Estas condiciones *se reducen* al consentimiento del interesado, a la existencia de una causa grave, al empleo de ciertas precauciones. El *consentimiento* del interesado descartará toda injusticia; la *causa grave* autorizará la privación de la razón y de la libertad; las *precauciones* harán al hipnotismo inofensivo, desde el doble punto de vista de la salud y de las costumbres.

248. I. Necesidad del consentimiento. — El consentimiento del interesado es *necesario* y de ordinario debe ser *formal*. Pero en ciertos casos, al parecer, puede ser *implícito* o incluso legítimamente *presumido*.

1. CONSENTIMIENTO NECESARIO. — La primera condición es que el interesado *consienta*. En efecto, nadie tiene el derecho de privar, contra su voluntad, aun por un espacio de tiempo muy reducido, a un hombre inteligente y libre del uso de su libertad, aun cuando pueda devolver a voluntad y por simple sugestión el libre ejercicio interrumpido.

2. CONSENTIMIENTO FORMAL. — Regularmente el consentimiento debe ser *formal*: el enfermo debe, con conocimiento de causa, consentir *expresamente* en el sueño hipnótico.

Por consiguiente el médico no puede contentarse de ordinario con el consentimiento *general* que el enfermo, al consultarle, da a todo tratamiento racional.

Se trata en este caso de la privación temporal de las facultades verdaderamente humanas. Se trata también de una medicación que, a causa por lo menos de la complexión particular del sujeto y de sus antecedentes, puede ser peligrosa. El mejor medio para el médico de conocer esta complexión particular y sobre todo estos antecedentes es el de declarar al cliente lo que se propone hacer.

3. CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO O PRESUMIDO. — Parece que en ciertos casos el consentimiento del enfermo puede ser *implícito*, o incluso legítimamente *presumido*.

Así un enfermo que consulta a un especialista muy conocido por sus curas hipnóticas da de antemano, según parece, un consentimiento *implícito* al tratamiento por la hipnosis.

Más aún, si un médico, convencido de la necesidad y de la inocuidad de la hipnosis en el caso, y seguro por lo demás, a causa de su competencia, del buen resultado, previera que al hablar del sueño hipnótico no podría hacerse comprender, asustaría en extremo al cliente o chocaría con prejuicios irracionales e irreducibles, estaría autorizado, así lo creemos, después de haberse rodeado de todas las precauciones requeridas, *a presumir* el consentimiento del paciente. Al parecer no se le podría recriminar que razonara así: si esta persona, a la que no puedo advertir, conociera las verdaderas circunstancias, no rehusaría su asentimiento; al presumirlo no hago, por lo tanto, más que interpretar sus intenciones (1).

249. II. Necesidad de una causa justa. — Además del consentimiento, que según parece puede ser supuesto *a veces*, es preciso *siempre* una *causa justa*. Esta causa justa será prácticamente un objeto científico o terapéutico que no podría ser alcanzado por otro medio.

1. SIEMPRE ES NECESARIA UNA CAUSA JUSTA; pues a nadie está permitido, sin un motivo grave, renunciar, aun por corto tiempo, al uso de la razón y de la libre voluntad, *o más bien* someter al imperio o a la dirección de otro, sin poder real de control, el ejercicio de estas facultades. «El sujeto sugestionado no se gobierna a sí mismo, no se deja gobernar por su propia razón; es gobernado por otro, o por lo que en él no es la voluntad razonable, por la imaginación y el sentimiento» (2).

Además, si bien con la escuela de Nancy y contra la escuela de Charcot, se cree justamente que el hipnotismo no supone el histerismo, y puede ser inofensivo si se le maneja hábilmente, no está sin embargo permitido recurrir a él sino por una causa proporcionada. Parece en efecto bastante difícil prever *con seguridad* que *en el caso dado* el hipnotismo no producirá, con un exceso de sugestibilidad, una exaltación anormal del sistema nervioso y no ocasionará con ello un ataque real a la salud. Sólo un motivo grave permite exponerse a este peligro que, en el caso, puede ser probable.

2. ESTA CAUSA JUSTA SERÁ UN FIN CIENTÍFICO O TERAPÉUTICO QUE NO SE PODRÍA ALCANZAR DE OTRO MODO. — En terapéutica sólo está permitido hacer uso del hipnotismo *a falta de otros remedios*.

Es la inevitable conclusión de los argumentos que acabamos de exponer para establecer la necesidad de una causa grave. Prácticamente es lícito recurrir al hipnotismo «como a un remedio *dudoso* y *peligroso*, es decir, a falta de otros medios más ciertos, con miras a un fin terapéutico serio, y bajo las necesarias reservas de habilidad, prudencia y honestidad del operador» (3).

Muchos partidarios convencidos del hipnotismo no se expresan de modo diferente. «Si bien soy *enemigo declarado del hipnotismo extramédico* — dice el Dr. Grasset —, soy por el contrario un gran partidario del *hipnotismo científico y médico*, aplicado únicamente por los médicos y sólo a los enfermos que consientan en ello, con el único objeto de aliviar-

(1) Coconnier, págs. 72 y sig., donde hay un hecho interesante.

Asimismo, un sujeto que no ha sido todavía dormido posee una sensibilidad normal, mantiene «su espíritu y sus ojos en movimiento», ríe y se bromea, rehusa dejarse sumergir, por medio del cloroformo, en el sueño anestésico, inutiliza y hace fracasar, mientras *resiste de esta suerte*, todas las tentativas de hipnotización.

En este sentido por lo menos es exacto decir que no puede ser hipnotizado a pesar suyo, aun cuando en apariencia se someta a las prácticas hipnóticas (Coconnier: *L'hypnotisme franc.*, págs. 56 y sig.).

(2) *Études*, tomo LXXXVIII, pág. 43.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 101.

les y curarles» (1). «Fuera de un objeto científico o terapéutico el hipnotismo debe ser prohibido» (2). Especialmente «la hipnotización pública es inadmisible y debiera ser prohibida por la policía» (3).

3. SE PUEDE POR LO TANTO RECURRIR AL HIPNOTISMO PARA CURAR CIERTAS ENFERMEDADES FÍSICAS cuya naturaleza hemos indicado ya de modo suficiente (n. 238 y sig.).

Asimismo es posible recurrir a él con éxito para combatir *ciertas manías* moralmente indiferentes, pero peligrosas para la salud, como el hábito automático e incorregible de roerse las uñas (4), ciertos *desórdenes psíquicos*, como las pesadillas perpetuas o las obsesiones continuas de suicidio, crimen, etc. (5); incluso *ciertos vicios* propiamente morales, por ejemplo el hábito irresistible o casi irresistible de la mentira, del robo, de la crueldad, las prácticas solitarias, la embriaguez, etc.

No citaremos más que un caso, comunicado por el Dr. Bernheim. «Un niño de ocho años se había dado desde hacía tres a las *prácticas solitarias*, cediendo al ejemplo de un camarada de más edad que se lo había enseñado. Se libraba a ello varias veces por la noche y el día. Era inteligente, laborioso, dócil, sin antecedentes hereditarios. La medicación bromurada, la intimidación, las amenazas fueron ensayadas en vano. Sin embargo, el niño tenía conciencia de la naturaleza viciosa de su hábito y deseaba curarse *sin tener la fuerza de resistir al impulso*. Desde la primera sesión se le sume en un sueño profundo con amnesia al despertar: se le sugiere que no volverá a tener jamás la idea de hacer el mal, ni de día ni durante el sueño de la noche; que en lo sucesivo será bastante fuerte para resistir a toda tentación. La sugestión hipnótica es repetida varios días consecutivos. Desde las primeras sesiones se ha curado al niño, que no ha tenido ya la idea de hacer el mal. Al mismo tiempo la salud mejora; el niño engorda rápidamente. Después de varios meses la curación no se ha desmentido» (6).

(1) Citado por Coconnier, pág. 284, nota 2.
(2) Castelein, págs. 317; 40.
(3) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale*, pág. 159.
(4) *Etudes*, tomo LXXXVIII, pág. 463; *D. P. C. R.*, col. 848, sobre la onicofagía.
(5) Coconnier, págs. 282; 300 y sig.; 306 y sig.
(6) Citado por Coconnier, págs. 236 y sig.
El Dr. Grasset cita otro ejemplo que toma de Stadelmann.
«Un colegial de diecisiete años, muy estudioso y buen alumno, cambia bruscamente, se vuelve perezoso, distraído y es el último de su clase; incluso quiere marcharse del colegio a pesar de los esfuerzos de los maestros para retenerle y corregirle. Algunos síntomas físicos (cefalea, palpitaciones, etc.) se manifiestan y se consulta al médico, el cual descubre una *idea fija*, causa de todo el mal: el amor a una jovencita domina todos los pensamientos del joven y le desvía de todo lo demás. Aunque se da cuenta de su loca conducta, no puede librarse de su obsesión.» Se le duerme; *se le sugiere que olvide su idea obsesionante y concentre su atención en los estudios*. Después de unas pocas sesiones cura completamente y se examina con notas excelentes.
El servicio prestado en este caso es indiscutible; y el inconveniente de estas hipnosis pasajeras y poco numerosas, insignificante. ¿Cómo se ha obrado en este caso? Unicamente sobre el polígono del sujeto, es decir, sobre las facultades cuya acción es inconsciente y no voluntaria» donde está fijada la idea obsesionante parásita» (Dr. Grasset: *Idées médicales*, pág. 74).

En este caso, y en muchos otros, las sugestiones *reiteradas*, «al disminuir el impulso irresistible de los órganos y hacer más fácil la resistencia de la voluntad libre..., *estimulan* los esfuerzos de esta voluntad y el sentimiento de la responsabilidad. La comprobación de que se *puede*, despierta el sentimiento del *deber* y sugiere la decisión del *querer* (1).

250. III. Necesidad de ciertas precauciones. — Las precauciones requeridas consisten en la posesión previa y la constante práctica de *tres cualidades*: la habilidad, la prudencia, la honestidad.

1. HABILIDAD. — El médico que quiera hipnotizar lícitamente y con éxito debe poseer una *habilidad poco común*: habilidad en manejar con gran paciencia los procedimientos aptos para provocar la hipnosis, y por lo tanto habilidad en descubrir las preocupaciones que impiden al enfermo abandonarse; habilidad para «captar el espíritu», es decir, la imaginación; habilidad para imponerle la imagen invasora del sueño (2); habilidad asimismo para distinguir los sujetos que sin peligro pueden ser sometidos a la hipnosis, y por consiguiente habilidad para tener en cuenta el temperamento, los antecedentes y las predisposiciones, el estado actual (3); habilidad para hallar las sugestiones que suprimirán el mal, y, por ejemplo, al tratar a una mujer que, *obsesionada por la idea de ser enterrada viva*, profería todas las noches gritos desgarradores, habilidad para substituir esta sugestión ineficaz: «No gritará usted más durante la noche», por esta otra que tuvo pleno efecto: «La arranco definitivamente de las manos de los sepultureros. Jamás será usted su víctima» (4); habilidad finalmente para organizar un tratamiento seguido y metódico, sin multiplicar inútilmente las sesiones (5), y sin decir nada al hipnotizado que excite en él una viva repulsión o le lleve incluso a caer en una crisis nerviosa (6).

2. PRUDENCIA. — La prudencia no es menos necesaria que la habilidad: prudencia primero a fin de distinguir si hay una causa justa para recurrir al hipnotismo, y si la sugestión puede, en el caso concreto, triunfar completa o parcialmente de la enfermedad; prudencia también para ajustar los medios al fin, y por lo tanto para no permitirse más que las sugestiones y la alucinaciones necesarias o muy útiles a la curación (7).

3. HONESTIDAD. — Por último la más escrupulosa honestidad debe regir todos los actos, todos los gestos, todas las palabras e incluso todos los pensamientos del operador: honestidad especialmente para no sugerir «al sujeto dormido representaciones, emociones o actos que desaprobaría estando despierto»; honestidad para no emplear ningún medio que sea con-

(1) Castelein, pág. 117.
(2) Coconnier, págs. 36 y sig. — *Por esto los hábiles* «serán siempre en tan escaso número como lo son los hombres dotados a la vez de una ciencia psicológica profunda, de un gran talento de observación, de una notable perspicacia, de presencia de espíritu, de energía de voluntad y de paciencia a toda prueba» (Coconnier, pág. 42).
(3) Coconier, pág. 214.
(4) *Ibid.*, págs. 229 y sig.
(5) *Ibid.*, págs. 240 y sig.
(6) *Ibid.*, pág. 275.
(7) Castelein, pág. 317.

trario a un precepto cualquiera de la autoridad legítima; honestidad para defenderse, en caso necesario, contra una simpatía demasiado viva del hipnotizado (1); honestidad y al mismo tiempo prudencia para no dormir al enfermo, siempre que sea posible, sino en presencia de un testigo autorizado: con esta prudente precaución el médico se precaverá contra su propia debilidad, mostrará la rectitud de sus intenciones, y se pondrá de antemano a cubierto de toda acusación calumniosa (2).

«Es preciso — dice M. Beaunis —, y esta es una regla de la que nunca se puede prescindir, que el sueño no sea provocado *sino en presencia de un tercero autorizado,* pariente, marido, padre, etc., que *garantice a la vez al hipnotizador y al hipnotizado*» (3).

El Dr. Capellmann exige también, *siempre que sea posible,* la presencia de un testigo. «En cuanto a la presencia de un testigo, que varios autores exigen, no se podría negar que en ciertos casos particularmente delicados, per ejemplo en los casos de ideas fijas, no es recomendable, pues de la misma hipnosis pueden surgir falsas acusaciones contra el médico. Conviene que por lo menos permanezca en una habitación vecina una persona capaz de ejercer todo el control posible» (4).

El médico *que observe fielmente estas condiciones,* es decir, que se asegure *previamente* del consentimiento del interesado y de la necesidad terapéutica de la hipnosis, y luego, *en el curso del tratamiento,* se muestre hábil, prudente, fundamentalmente honesto, tendrá también el derecho, después de una carrera más o menos prolongada, de hacer suyas estas palabras del doctor Grasset: «Puedo decir, con toda simplicidad, que tengo conciencia de haber prestado grandes servicios a ciertos enfermos por este medio», el hipnotismo, «sin haber inferido *nunca* perjuicio a ninguno» (5).

Conclusión del Dr. Grasset: «En definitiva la psicoterapia inferior, o terapéutica sugestiva, tiene el *inconveniente* de que no fortifica la voluntad superior..., de que facilita y acrece la disgregación..., de que agrava la separación de los dos psiquismos.

De ahí derivan las *contraindicaciones* de estos procedimientos de medicación psíquica.»

Por consiguiente, «el hipnotismo no es un medio indiferente e inofensivo. Puede perjudicar a ciertos sujetos. No conviene, pues, considerarlo como una diversión. Es un agente médico cuyas indicaciones y contraindicaciones es preciso saber determinar en cada caso».

(1) «Esta afección, dice con su gran autoridad el Dr. Grasset, hecha de reconocimiento por el bien sentido, no me parece tener ningún inconveniente posible con *un médico honrado* que conoce todos los deberes de su dignidad profesional. Le consuela algo de la ingratitud de tantos otros, y no puede invocarse para hacer proscribir el empleo de este poderoso agente terapéutico» (Citado por Coconnier, pág. 211).

De todas formas, si el médico honrado comprueba esta simpatía demasiado viva, sabrá unir la bondad a una gran reserva que imponga el respeto.

(2) Coconnier, págs. 286 y sig.

(3) Citado por Coconnier, pág. 284.

(4) *La médecine pastorale,* pág. 159.

(5) Citado por Coconnier, pág. 206.

Los principios esenciales que deben presidir esta determinación son los siguientes:

«1.° El hipnotismo, no siendo inofensivo y teniendo sus contraindicaciones como sus indicaciones, sólo debe emplearse (como todos los agentes terapéuticos ordinarios) *médicamente* y por un médico experimentado.

2.° *No hay que exigir* a la sugestión la curación de un estado puramente mental, ni aun de una neurosis grave y profunda como el histerismo.

3.° *La indicación capital* del hipnotismo en terapéutica es suministrada por las *localizaciones precisas,* estrechas y tenaces de las neurosis, y especialmente del histerismo.

Como ya decía Blocq en 1889, *para aplicar terapéuticamente* el hipnotismo en un caso determinado, es preciso juzgar que los inconvenientes relativos para el enfermo a un exceso de sugestibilidad *no son comparables* a los que le producen ciertos trastornos como la afonía, la parálisis, la contractura por ejemplo, y de los que se puede esperar librarle por este procedimiento.

Aun reducida a estas modestas proporciones, *no hay que desdeñar* la acción terapéutica de la sugestión, y hay motivo para ensayarla en muchos casos en los que todos los demás medios son ineficaces» (1).

ARTICULO II

EL FREUDISMO O EL PSICOANALISIS

251. Cuádruple aspecto. División. — El freudismo, que designa especialmente las teorías sexuales de Freud, se nos ofrece bajo *un cuádruple aspecto.* 1.° Fué desde el principio, y lo es todavía, una *terapéutica de las psiconeurosis.* 2.° Pero esta terapéutica se funda en una *psicología del inconsciente,* que, de hecho, se reduce a un psicoanálisis de lo sexual. 3.° A su vez la psicología del inconsciente se desarrolla en una «*metapsicología*» que sintetiza los resultados obtenidos, y quiere ser, en cierto modo, una teoría general de las tendencias humanas. 4.° De ahí una serie *de aplicaciones* del método psicoanalítico a todas las cuestiones que interesan a la conducta del hombre, individual y social.

1. Objeto de este artículo. — Como se comprende, *nuestro objeto* no es exponer, ni aun sumariamente, un conjunto *tan singularmente frondoso y complejo,* un sistema en el que, según el pensamiento del mismo Freud, «junto a partes tenidas por ciertas, hay otras emitidas a título de hipótesis más o menos probables, o incluso de puras teorías destinadas a encuadrar los hechos e inspirar investigaciones conexas» (2).

Queremos solamente aclarar las *grandes líneas* de la doctrina freudiana, e investigar si tiene bastante en cuenta la naturaleza completa del hom-

(1) Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 72 y sig.

(2) J. de la Vaissière: *La théorie psychanalytique de Freud,* en los *Archives de Philosophie,* vol. VIII, cuaderno I, pág. 78.

bre, animal sin duda, pero animal racional; las ideas comunes de la humanidad; los datos ciertos de la moral natural.

2. División. — Después de un primer párrafo sobre el hombre, y por lo tanto sobre el autor, estudiaremos su doctrina: el inconsciente y su contenido; las técnicas o métodos que hacen subir el inconsciente a la conciencia; la cura psicoanalítica.

Dado que el objeto primero de Freud es el descubrimiento del inconsciente, *para impedirle* que sea nocivo, no es difícil ver la relación de estas diversas cuestiones.

§ 1. — Algunos datos sobre el hombre

252. I. Lo que no diremos. — No trataremos de esbozar, siguiendo al Dr. Edgar Michaelis (1), *el psicoanálisis de Freud,* y por consiguiente de explorar, con su vida instintiva, «el núcleo profundo y específico» de su *yo* (2).

El Dr. Michaelis comprueba un *hecho* y se esfuerza en descubrir su *causa*.

1. El hecho. — El hecho lo constituyen las múltiples contradicciones que el autor cree descubrir en la doctrina freudiana (3). Provenientes de lo expuesto, y más aún de lo omitido, se reducen principalmente a esto: que el psicoanálisis está «dominado por una falsa concepción de la realidad», y limita «sus investigaciones al *análisis único de los instintos,* descuidando las realidades psíquicas *más profundas,* que no solamente nos hacen capaces de substraernos al imperio de los instintos, sino que poseen también el poder de transfigurar a éstos, de purificarlos, de darles un alma» (4).

2. La causa. — La causa de estas numerosas contradicciones de Freud reside «en la «*repulsión*» que deliberadamente, ha hecho sufrir a sus *aspiraciones ideales* para substraerlas a los contactos ofensivos de una realidad que le rehusaba la posibilidad de satisfacerlas» (5). El autor repite cien veces esta explicación, que enuncia ya el título de su libro: freud, su rostro, su máscara. «La *máscara* de Freud es la aparente serenidad y convicción con que afirma, no la primacía, sino el imperio exclusivo de la «líbido». Los rasgos de su *rostro* se encuentran en declaraciones esparcidas en sus obras» (6).

253. II. Lo que decimos. — Del *hombre* decimos únicamente lo que en cierta medida puede contribuir a la comprensión de su *doctrina*.

1. Nacimiento; familia; estudios. — Segismundo Freud es hijo de israelitas. Nació en 1856 en Freiberg, villa de Moravia, que formaba entonces parte de Austria. Pero casi toda su vida transcurrió en Viena, donde residió desde los cuatro años.

(1) *Freud: son visage et son masque,* 1932.
(2) *Ibid.,* pág. 226.
(3) *Freud: son visage et son masque.* Véase principalmente págs. 77 y sig.; 84 y sig.; 89 y sig.; 101 y sig.; 123 y sig.; 139; 145; 147 y sig.; 156 y sig.
(4) *Freud: son visage et son masque,* pág. 169.
(5) Dr. Edg. Michaelis, pág. 236.
(6) *N. R. T.*, págs. 466 y 467, 1933.

Muy sensible a los reproches, no olvidó nunca la observación que se le hizo a los siete u ocho años. Después de un pecadillo que había cometido dijo su padre reprendiéndole: «*Este muchacho nada de bueno hará en su vida*». Mucho después, en 1900, escribía en la *Ciencia de los Sueños:* «Este debió ser un golpe terrible para mi amor propio, pues en mis sueños reaparecen siempre alusiones a esta escena, asociadas regularmente con la enumeración de mis méritos y éxitos, como si yo quisiera decir: a despecho de lo que habías pensado he hecho algo bueno» (1).

«Muy pronto manifestó esta naturaleza dominadora, impetuosa, amante de la lucha, que ha conservado siempre» (2). Leed, por ejemplo, el relato indignado que en la *Ciencia de los Sueños* nos hace de la afrenta sufrida en Freiberg por su futuro padre, entonces joven, y de la tranquila resignación con que el ofendido se contenta con recoger su «gorro de pieles recién estrenado», arrojado al fango por un transeúnte, que gritó: «*¡Judío, baja de la acera!*» «El mismo habla de este recuerdo de la infancia», registrado por su memoria a la edad de diez o doce años, que «aun *hoy*» (es decir, en la época en que escribió la *Traumdeutung),* «obra sobre todos los sentimientos y todos los sueños de que habla en su obra» (3).

Otro rasgo del carácter de Freud en esta época es su profundo respeto a la autoridad paterna. Y esto a pesar de sus éxitos en el Instituto, en el que durante sus siete años de estancia fué constantemente el primero de la clase. Además, no obstante su gran independencia de espíritu, «incluso a la edad de veinticinco años, no se permitía nunca contradecir a su padre, incomparablemente menos instruído que él» (4).

2. Orientación médica. — Después de muchas vacilaciones Freud renuncia al derecho y se decide por la medicina; después de haberse interesado por los trabajos de anatomía cerebral, se orienta por sí mismo hacia el estudio de las enfermedades nerviosas.

En esto sus tres iniciadores fueron Charcot, Bernheim y especialmente J. Breuer, con quien colaboró hasta 1895.

1.° *Charcot.* — Hacia 1886 Freud se traslada a París y asiste a las lecciones de Charcot en la Salpêtrière. Se halla así en estado de estudiar al mismo tiempo la influencia de las preocupaciones mentales sobre los síntomas morbosos de las histéricas, y la influencia de la sugestión. De regreso en Viena, en el verano de 1886, hace de la hipnosis su principal instrumento de acción sobre sus enfermos. Sabe ya, en efecto, que los trastornos histéricos tienen, por lo menos en parte, un origen psíquico.

2.° *Bernheim.* — En 1889 se traslada a Nancy. Las experiencias de Bernheim, a las que asiste, le llevan a estas dos conclusiones: los verdaderos

(1) *Freud: son visage et son masque,* pág. 183.
(2) J. de la Vaissière: *La théorie psychan.,* pág. 13.
(3) *Freud: son visage ...,* pág. 173.
(4) J. de la Vaissière: *La théorie psychan.,* págs. 13 y 14.

motivos de nuestros actos no nos son siempre conocidos; pero ciertos procedimientos permiten hacer que se revelen a la luz de la conciencia.

3.° *Breuer.* — Una curación efectuada por Breuer en un sujeto histérico contribuye grandemente a orientarle hacia el psicoanálisis (1). Comprueba que se hacen desaparecer los fenómenos morbosos *llevando a la luz de la conciencia* el recuerdo del hecho que había sido su origen, y, por consiguiente, dando a la emoción la oportunidad de *exteriorizarse*.

3. RUPTURA CON J. BREUER (1895). — En colaboración con J. Breuer, catorce años mayor que él, había publicado Freud dos obras: *Del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos,* en 1893; *Estudios sobre el histerismo,* en 1895.

Pero «divergencias relativas al histerismo y a la *universalidad de los factores sexuales* en la etiología de las neurosis» (2) llevaron en 1895 a la ruptura. J. Breuer se separó definitivamente de Freud, que escribe en 1925 en su autobiografía: «el desarrollo del psicoanálisis me ha costado su amistad» (3).

4. PERÍODO SOLITARIO (1895-1905). — Todas las grandes ideas de Freud surgieron en estos diez años de aislamiento y de soledad; de trabajo tenaz; de ejercicio de la medicina; de distribución juiciosa del tiempo.

1.° AISLAMIENTO. — Freud, que substituye el aspecto anatómico, físico y químico por el aspecto *psicológico,* tiene contra sí a la opinión. Sin discípulos, por lo menos al principio, es poco buscado y sistemáticamente ignorado. Así recibe una respuesta poco alentadora de un médico al que tiene en gran estima y con el que trata de ponerse en relaciones por correspondencia (4).

2.° *Trabajo tenaz.* — Publica: en 1900, *La ciencia de los sueños,* su libro más considerable y también «el más original y el más leído; el más sugestivo y el más desconcertante (5)»; en 1904, la *Psicopatología de la vida cotidiana,* una de sus «obras más legibles» (6); en 1905, los *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad;* entre 1893 y 1906, catorce opúsculos, relativos especialmente a las neurosis y reunidos bajo el título de: *Sammlung Kleinez Schriften.*

3.° *Ejercicio de la medicina.* — Muy pronto substituye las prácticas hipnóticas, que no eran ni apropiadas a todos los casos ni compatibles con una exploración real del inconsciente, primero con una especie de sugestión en estado de vigilia, y poco después con la técnica de las asociaciones libres.

(1) «Entre otros trastornos, la enferma manifestaba una repugnancia invencible para la bebida; durante seis semanas sólo apagó su sed con frutas. Ahora bien, durante una sesión hipnótica contó el disgusto experimentado un tiempo antes al ver beber en un vaso al perro de su ama; por urbanidad había reprimido la expresión de su repugnancia. Hecho este relato con la mímica más emotiva, la hipnotizada pide de beber, se despierta con el vaso en la mano y el trastorno desaparece para siempre» (J. de la Vaissière: *La théorie psychan,* pág. 15).

(2) J. de la Vaissière, pág. 16.

(3) *Ibid.,* pág. 15; véase *N. R. T.,* pág. 46, nota 1, 1926. En 1921, Breuer declara no ver «ninguna razón satisfactoria» a favor de las teorías sexuales de Freud.

(4) *Freud: son visage et son masque,* págs. 175 y sig.

(5) Jos. Maréchal, en *N. R. T.,* pág. 577, 1925.

(6) Jos. Maréchal, en *N. R. T.,* pág. 549, 1925.

a) *Especie de sugestión.* — En esto se inspira Freud en las experiencias de Bernheim. Al enfermo que declara no tener nada más que decir, afirma Freud enérgicamente lo contrario. Además le asegura que recordará en el momento preciso en que sentirá sobre su frente la mano del médico.

El procedimiento tiene éxito a menudo. Pero en cambio presenta el inconveniente de dejar poca latitud a una exteriorización *espontánea* del inconsciente.

b) *Asociaciones libres.* — Muy pronto emplea Freud con preferencia la técnica de las *asociaciones libres,* que describiremos más adelante. Permite al inconsciente, y por tanto a lo rechazado, exteriorizarse *espontáneamente* de una doble manera: por las palabras del enfermo; por sus vacilaciones y rehusamiento a hablar, que atestiguan una repulsión profunda. «Si se trata de una fuerte resistencia, lo rechazado no será expresado *directamente* en razón de su profundidad cuando la resistencia esté a punto de ser vencida, sino solamente por *substitutos, signos, símbolos*», que el médico interpretará (1).

4.° *Método juicioso.* — Cada día Freud divide su tiempo en tres partes.

a) *La primera,* de las nueve a las veinte horas, está consagrada a las consultas, que ocupan así por lo menos diez horas de la jornada.

b) *La segunda,* de las veinte a la una del día siguiente, es dedicada a la correspondencia y a la composición.

c) *La tercera,* de la una a las ocho, está reservada al sueño, que en el gran laborioso era excelente (2).

5. PERÍODO DE ÉXITO A PARTIR DE 1905. — A partir de 1905, Freud no es ni un desconocido ni un aislado.

Por sus obras, que se difunden progresivamente por todos los países, ha adquirido una gran notoriedad.

Al mismo tiempo reúne en su derredor gran número de discípulos y de colaboradores.

No pudo, sin embargo, retener a su lado a sus dos discípulos preferidos: *A. Adler* y *C. G. Jung.* Ambos «cedieron a la necesidad de liberar a la sociedad del yugo de la sexualidad que el psicoanálisis quiere imponerle» (3). Adler partió en 1911 y Jung en 1913. Ambos fundaron escuelas independientes. La más célebre es la de Jung, llamada de Zurich. «Freud ha referido en detalle, con viva emoción, las razones y circunstancias de sus disentimientos» con estos dos discípulos, cuya pérdida siente (4).

6. RETRATO SOBRE TODO MORAL. — Para terminar este bosquejo, diremos algunas palabras del físico, de la moral, de la religión.

1.° *El físico.* — Wittels, que le ha conocido bien, ha trazado de él un retrato del que citamos algunas frases.

(1) J. de la Vaissière, *loc. cit.,* pág. 20.

(2) J. de la Vaissière, *loc. cit.,* pág. 44.

(3) *Psychanalyse et médecine,* 1926; véase J. de la Vaissière, *loc. cit.,* pág. 87.

(4) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 87, nota 1.

«Freud es apenas de talla mediana, más bien delgado, y sus movimientos son enérgicos...» Su mirada «se dirige fácilmente de abajo arriba y tiene algo de enigmático» (1).

2.° *La moral.* — a) «*Profesor,* daba su curso sin aires de solemnidad, con el tono de una charla familiar, sazonada por su acostumbrado buen humor, lo que no le impedía «retorcer el cuello» sin piedad a la psicología tradicional. Gustaba de ver utilizados sus trabajos, aun sin delicadeza; pero no solía aceptar ideas personales en sus discípulos» (2).

En *La ciencia de los sueños* refiere el *profundo disgusto* que experimentó al oírse ensalzar por uno de sus auditores al salir de un curso sobre las relaciones entre el histerismo y las perversiones. Este himno de alabanzas no se avenía con su estado de ánimo en aquel momento. Se hallaba descontento de su conferencia, fatigado, sin impulso para su rudo trabajo, hastiado de «revolcarse en todas las suciedades humanas» (3).

b) Freud *escritor* no carece de cualidades que le atraen la simpatía de sus lectores: su amor profundo por los estudios psicológicos, su infatigable devoción a una labor austera, su cortesía hacia el adversario, su gracia para confesar sus faltas y rectificar sus asertos cuando le parecen erróneos (4). Veremos que se negó por desgracia a tres cosas: reducir a su justa medida las tesis manifiestamente exageradas; tener en cuenta las aspiraciones superiores del hombre; reconocer la primacía de la voluntad libre.

c) Su *moralidad* práctica es muy superior a sus teorías sobre la influencia nociva de la civilización, sobre el origen de la mala conciencia, sobre los peligros de las repulsiones, etc. «Ha hecho — dice Wittels — perder todo su crédito a la moral sexual; pero él mismo no se desvía del camino recto.» De hecho «excelente hijo, excelente esposo, se mostró siempre hacia sus seis hijos un padre atento y devoto... Si es algo severo al considerar a los demás, lo es más todavía hacia sí mismo. En cuanto a su manera de ejercer la beneficencia, es muy generosa, superior a sus medios» (5).

3.° *La religión.* — Aquí la práctica y la teoría se dan la mano. La consigna es ni religión positiva, ni religión natural en el sentido propio.

a) *Nada de religión positiva.* — «Miembro desde muchos años antes de una logia francmasónica judía, sostiene, en uno de sus últimos escritos, *El porvenir de una ilusión,* que las religiones *positivas* son manifiestamente opuestas a la razón y a la experiencia...» (6).

b) *Nada de religión natural.* — Psicológicamente la religión que llamamos natural tiene su origen en el famoso «*complejo de Edipo*». En otros términos más inteligibles, «el dios personal no es sino el *padre transfigurado*» (7). Es decir, que el instinto religioso *deriva del instinto sexual,* y que la religión natural no tiene ningún fundamento objetivo.

(1) Citado por J. de la Vaiss., págs. 43 y sig.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 44.
(3) *Freud: son visage et son masque,* pág. 170.
(4) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 99.
(5) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 44.
(6) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 44.
(7) *Ibid.*, pág. 71.

c) *¿Qué queda?* — El ideal casi religioso de Freud «parece una especie de confucianismo en el que entran en primera línea la piedad hacia los padres y el culto de la idea nacional» (1).

Asimismo, la exposición de la *doctrina* nos demostrará que no se calumnia al freudismo al escribir: «Aunque no haga ostentación de ningún *credo* filosófico, su inspiración práctica es la del *evolucionismo materialista*» (2).

§ 2. — El inconsciente; existencia; naturaleza; dinamismo

254. El psiquismo total. — Según la primera concepción de Freud, concepción que la *metapsicología* adoptará y completará, el psiquismo total se compone de *tres elementos:* el consciente; el preconsciente; el inconsciente, objeto del psicoanálisis.

1. Idea sumaria. — 1.° *El consciente* es para Freud, como para todos, el conjunto de hechos psicológicos gracias a los cuales cada uno de nosotros sabe lo que ocurre actualmente en sí mismo, y por lo tanto *se percibe* sintiendo, pensando, queriendo, obrando, viviendo.

2.° El preconsciente es el que al presente escapa a la atención y por consiguiente a la conciencia; pero ha sido consciente y es *susceptible de llegar a serlo.* Latente, para reaparecer no tiene que vencer *ninguna resistencia.*

3.° *El inconsciente* freudiano es el que, *profundamente rechazado,* es, en virtud de esta repulsión, *incapaz de conciencia.* Impotente para triunfar de la *resistencia* que se opone a su reaparición, no podría por sí mismo y bajo forma propia remontarse a flor de conciencia.

2. Explicación necesaria. — No insistiremos sobre la doble noción de consciente y preconsciente. Pero el *inconsciente* de Freud exige una explicación más larga. Veremos, en el párrafo 4, que se compone únicamente o casi únicamente de «*deseos sexuales de origen infantil* que más tarde han sufrido una repulsión» (3). Aquí tratamos solamente de su existencia; de su naturaleza, de su dinamismo, es decir, de su actividad (4).

255. I. Existencia del inconsciente. — ¿Existe *el inconsciente?* El *inconsciente freudiano,* es decir, dotado de todos los predicados que le atribuye Freud, ¿es una realidad? Son dos cuestiones *muy distintas.* La respuesta a la segunda supone conocidos la naturaleza del inconsciente freudiano y su contenido. Es necesario, pues, diferir la solución y contentarse de momento con investigar si el psiquismo está *en parte constituido* por un inconsciente dinámico, *sea el que fuere.*

(1) J. de la Vaiss., pág. 44.
(2) Joseph Maréchal, en *N. R. T.*, pág. 45, 1926.
(3) Dr. Edg. Michaelis, que cita Freud, págs 90 y sig.
(4) Véase en J. de la Vaiss., *loc cit.*, pág. 19, nota 3, como el subconsciente de los modernos no concuerda con el inconsciente ni con el preconsciente de Freud.

1. Común acuerdo. — En la hora actual no hay nadie que ponga en duda la existencia del inconsciente. «Los trabajos de Charcot, Bernheim, P. Janet, Freud y toda su escuela, de Morton Prince, Rivers y otros muchos, han hecho, por decirlo así, tocar con el dedo la existencia y la influencia del psiquismo inconsciente» (1).

2. Novedad relativa. — Por lo demás se trata de una novedad *relativa*. «Pues si nos remontamos a Aristóteles a través de la escolástica de la Edad Media, la psicología estaba en definitiva fundada en un dinamismo del inconsciente», y especialmente en «diversas tendencias, ora innatas (instintos), ora adquiridas en el curso de la vida individual» (2).

256. II. Naturaleza, según Freud. — En Freud la *naturaleza* del inconsciente está en íntima conexión con su *contenido*, que en su origen es siempre, o casi siempre, *sexual*, pero puede ser *sublimado*, es decir, orientado inconscientemente, y por lo tanto, *sin advertirlo el sujeto*, hacia fines más elevados y no sexuales.

1. Descripción del inconsciente. — El inconsciente en el sentido estricto, y tal como lo entiende Freud, posee diversos atributos que se pueden describir de la manera siguiente:

1.° *Incapaz de conciencia.* — Ante todo es definitivamente inconsciente; definitivamente *incapaz* de remontarse por sí mismo a la luz de la conciencia.

2.° *Repulsión definitiva.* — El inconsciente es lo *rechazado* de modo definitivo. Ha sido *primitivamente rechazado* «por la influencia de direcciones parentales, de exigencias sociales y religiosas» (3). Es *mantenido* en estado de *repulsión* por la intervención de una fuerza que se revela en forma de *resistencia* a las injerencias, v. gr., del práctico. Freud designa con el nombre expresivo de *censura* la energía que, conforme a las exigencias sociales, vigila y dirige la resistencia. Este «poder director de la resistencia... se ejerce sobre lo que tendería a pasar del inconsciente al preconsciente» (4). Durante el sueño, en el curso de los ensueños, la vigilancia de la censura se relaja, *sin cesar completamente*. Por esto durante el sueño, como en estado de vigilia, el inconsciente, profundamente rechazado, no puede penetrar en la preconciencia y la conciencia sino por medio de *substitutos*, de signos, de símbolos, de disfraces. Este punto es de particular importancia.

3.° *Repulsión primitiva y sin advertirlo el sujeto.* — La mayoría de las repulsiones datan de la *primera infancia*. Es decir, la repulsión de las tendencias socialmente chocantes tiene lugar sin saberlo el sujeto (5). Tiene, sin embargo, repulsiones más tardías que parecen voluntarias (6).

(1) J. de la Vaissière, *loc cit.*, pág. 90.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, págs. 91 y sig.
(3) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 18.
(4) *Ibid.*, pág. 18.
(5) A. Hesnard: *La psychanalyse*, págs. 26 y 27.
(6) *Ibid.*, pág. 73.

4.° *Repulsión sexual.* — Todo, o casi todo lo rechazado, y por lo tanto el inconsciente propiamente dicho, es, si no genital, por lo menos *sexual*. Es el pansexualismo que estudiaremos en el párrafo siguiente.

5.° *Repulsión dinámica.* — En el fondo de su mazmorra, el rechazado, y por lo tanto el inconsciente, no es inactivo ni estático. Por el contrario, es activo y dinámico. Lo diremos en el número siguiente.

6.° *Rechazado susceptible de sublimación.* — Freud reconoce que «los impulsos sexuales pueden, en todo o en parte, perder su uso propio y ser *aplicados a otros fines*». Pero él no atribuye esta aplicación a la enérgica intervención de la voluntad libre.

«El proceso que desvía así las fuerzas sexuales para aplicarlas a fines no sexuales es la *sublimación*. No es un simple desplazamiento de energía, sino una *transferencia precisa y específica* cuyo mecanismo es *siempre inconsciente*. Aun cuando con toda intención la voluntad dirigiera hacia el estudio o hacia un fin aun más noble «una actividad gastada hasta entonces en el placer, esta influencia superior podría yuxtaponerse a la sublimación, pero no se confundiría con ésta, que es siempre debida a la actividad de la *libido* rechazada». Comprended con el nombre de *libido* «la energía de este impulso incluído en toda afección», especialmente en toda afección sexual (1).

Así pues, la pretensión freudiana es que la sublimación inconsciente puede dirigir hacia *fines superiores* los impulsos bestiales, y con ello formar nobles caracteres, y aun más, dar origen a todas las bellezas religiosas, estéticas, morales y sociales (2).

En realidad, estos magníficos resultados proceden de la «imposibilidad en que se halla el instinto sexual de obtener una satisfacción completa» (3).

2. Comparación de Freud. — Al describir el inconsciente freudiano hemos dicho, en términos formales o equivalentes, que la *repulsión* (4) es el acto de rechazar fuera de la conciencia, y hasta de la preconciencia, una tendencia incompatible, o por lo menos poco compatible con la vida social, acto realizado de ordinario *sin advertirlo* el sujeto, y que acaba por formar en las profundidades del psiquismo un *complejo* o un grupo de elementos representativos, ligados juntamente y cargados de sentimiento diná-

(1) J. de la Vaissière, *loc. cit.*, pág. 38.
(2) *Ibid.*, págs. 38 y 39.
(3) *Freud: son visage et son masque*, pág. 134.
(4) El *Dr. René Biot* nota, con razón, que la repulsión, entendida en el sentido de Freud, difiere considerablemente del viril esfuerzo que todo hombre preocupado de su vida superior debe hacer para dominar sus tendencias animales y establecer en sí mismo la dominación del espíritu.

En Freud el término *repulsión* «tiene un sentido preciso, técnico. En una palabra, es una *actitud coercitiva* que se opone a la manifestación de las tendencias malsanas, antisociales, *sin que* haya cambiado el fondo del corazón. Y precisamente este fondo es el que transforma la vida moral, la ascesis religiosa» (*La crise du mariage*, págs. 97 y sig., 1932).

La repulsión que va a desarraigar, en tanto son perversos, los malos instintos, a substituirlos con nobles pasiones, a purificar el alma, liberar la personalidad humana, espiritualizarla, *nada tiene de común* con la repulsión freudiana como no sea el nombre. Es completamente distinta. Aquí la libre voluntad interviene para reinar como soberana y por lo tanto orientar hacia nobles fines la energía contenida en los instintos.

mico (de afecto). Hemos añadido que la *resistencia* es el conjunto de los obstáculos interiores que hay que vencer para llevar a la conciencia las tendencias así repelidas, y que la *censura* al ejercerse, no a modo de una voluntad racional, sino *a la manera de una especie de sentimiento,* vigila la resistencia y la impide que se debilite.

«*En una de las lecciones* dadas en la Clark University, Freud desarrolla una analogía capaz de facilitar a la inteligencia las nociones de resistencia, repulsión, censura e inconsciente. Supone que en la sala se introduce un sujeto turbulento que tiene por misión turbar al conferenciante. Por la orden formal del presidente de la reunión los oyentes se levantan, rechazan al indeseable y además adosan sus sillas a la puerta para prevenir toda tentativa de desorden. Hágase de la sala el consciente, del vestíbulo exterior el inconsciente, y la escena suministra las imágenes de la repulsión, de la resistencia y también de la censura» (1).

3. Observaciones críticas. — Tocamos ya el *primer gran déficit* de la doctrina freudiana. En la formación, y sobre todo en la *sublimación* del inconsciente, suprime o restringe considerablemente *el papel de la voluntad libre.*

1.° *Supresión completa.* — Apoyándose en el hecho de que el sistema freudiano está «psicológicamente determinado en todas sus partes», algunos psicoanalistas pretenden que la libertad es incompatible con el conjunto de la doctrina. «El psicoanálisis — dice uno de ellos — ha demostrado de modo brillante este *determinismo absoluto* que reina en el fondo de nosotros. Es imposible, a quien lo conozca y comprenda, hablar todavía del *libre albedrío*» (2). Freud parece ser de la misma opinión, y negar formalmente la *existencia* de la voluntad libre (3).

J. de la Vaissière demuestra netamente que esta incompatibilidad entre la libertad y el determinismo psicológico sólo es aparente. «Deriva principalmente de una manera inexacta de concebir la acción de la voluntad sobre las tendencias sensitivas y por ellas sobre los fenómenos fisiológicos y físicoquímicos» (4). Desaparece si se establece «que el punto de aplicación inmediato del esfuerzo voluntario es el mantenimiento del juicio que presenta el bien que se procura lograr» (5).

2.° *Restricción notable.* — Si Freud no niega expresamente el libre albedrío, *restringe* por lo menos singularmente su papel. Es un grave error. En algunas frases muy precisas, J. de la Vaissière ha puesto de relieve la verdad en este punto.

«Sin negar la ley tan bien expuesta por W. James de que las *primeras* aplicaciones de un instinto le imprimen un carácter imborrable que se vuelve a encontrar siempre en su ejercicio, hay que reconocer a la voluntad el poder de dirigir la vida, *no por fuera* de estas tendencias primeras y prescindiendo de ellas, sino dominándolas y *encaminándolas* hacia fines diferentes de aquellos a los que ellas por sí mismas se dirigen» (1).

(1) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 18.
(2) Citado por J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 96.
(3) *Ibid.*, pág. 86; 96.
(4) *Ibid.*, pág. 97.
(5) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 97.

Para realizar esta sublimación *voluntaria,* que es la *verdadera sublimación humana,* no hay ninguna necesidad, como objetan los pedagogos freudianos, de penetrar en el inconsciente y de llevarle, para descubrir la tendencia peligrosa, a la luz de la conciencia. Si, en efecto, ponemos aparte los casos patológicos, conozco, sin explorar el inconsciente, *todo lo que debo conocer* para que la acción de la voluntad libre sea eficaz.

«Sin penetrar en el inconsciente, sé muy netamente que todo lo que se opone a los bienes superiores tiene su raíz en un *amor exagerado de mi persona,* de la estima de los demás o de los bienes sensibles, es decir, en el *orgullo* y la *sensualidad.* Si, pues, la voluntad se aplica firme y habitualmente a luchar contra lo que es irrazonable en estas inclinaciones..., mantendrá tendencias sensibles en armonía con sus objetivos e inhibirá en igual grado los impulsos que van contra su ideal...» (2).

Y si decís que esto es reprimir, y por la tanto *rechazar,* confesad que no es reprimir *para aminorar,* sino al contrario, para aumentar y expansionar la vida *verdaderamente humana,* la vida razonable, que no es la sirviente, sino la dueña, de la animalidad.

Se ha dicho, y hay en ello una gran parte de verdad, que en Freud «el psiquismo propiamente dicho», entiéndase el psiquismo específicamente humano, «se encuentra eliminado del campo de las investigaciones», y, por consiguiente, que estas investigaciones «acaban por el establecimiento de una teoría de los instintos» que sólo tiene en cuenta el *lado «animal, bestial»* del hombre» (3).

257. III. Dinamismo del inconsciente. — Existencia de la *actividad* inconsciente; su modo de ejercicio; principios que regulan su mecanismo: tales son, con breves observaciones críticas, las cuestiones relativas al dinamismo del inconsciente.

1. Existencia de este dinamismo. — En el fondo de su escondrijo, el inconsciente freudiano es, en todo, y en cualquier circunstancia, activo y, por consiguiente, dinámico.

1.° *En el hombre normal.* — El inconsciente es activo en el hombre que no está afecto de neurosis ni de psicosis. Es activo en estado de vigilia y durante el sueño. Se tiene, por consiguiente, en estado de vigilia, «el psiquismo de la vida corriente con sus accidentes, los actos frustrados», de los que volveremos a hablar. Hay asimismo el psiquismo del sueño, los ensueños» (4).

2.° *En el enfermo.* — En los sujetos víctimas de una enfermedad nerviosa, el inconsciente tiene una acción *mucho más profunda* y mucho más

(1) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 75.
(2) J. de la Vaiss., págs. 63 y 64.
(3) Dr. Edg. Michaelis, *Freud...*, pág. 236.
(4) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, págs. 30 y 31.

nefasta. Es «el psiquismo anormal, manifestado en las neurosis y en las psicosis» (1).

2. Modo de ejercicio. — Considerado en su conjunto, el inconsciente es un *sistema de tendencias,* que, mantenidas por la *resistencia* y la *censura* en un estado de *repulsión,* se esfuerzan en exteriorizarse y por lo tanto en hacerse conscientes (2). Estas fuerzas instintivas dan origen a «ciertos sistemas *de imágenes inconscientes fuertemente cargadas de sentimiento*» que se denominan *complejos* y orientan a distancia el curso del *pensamiento* y de la *acción conscientes.* Hay numerosos complejos. Pero «tienen todos de común que son *imanes* más o menos ocultos del pensamiento y de la acción conscientes» (3).

Lo que acabamos de decir sobre el modo de ejercicio inherente al inconsciente, se aplica a *todo* el psiquismo, *normal* o *anormal.*

«En todos los casos el psicoanálisis encuentra iguales mecanismos accionados por un dinamismo semejante. Por todas partes manifestación de un inconsciente, revelación de conflictos, tendencias de intenciones determinadas que trabajan, cada una por su parte, para *exteriorizarse.* La más débil se encuentra apartada, reducida a buscar vías indirectas para expresarse. Tal es el dinamismo al que, afirma Freud, se reducen «todos los fenómenos sin excepción alguna». El estudio de las neurosis pondrá en plena luz que el estado normal y el estado anormal no ofrecen diferencias netas y definidas: la *continuidad* en toda la extensión psicológica está bien establecida» (4).

3. Principios de actividad. — Nada tan obscuro como la *doble* manera con que Freud expone en la *metapsicología* los principios de la actividad.

1.° *Primera exposición.* — El *principio del placer* regula todo el mecanismo. La *satisfacción* es el fin. Pero es necesario, en la satisfacción misma, tener en cuenta el *principio de realidad* (5). Es fácil comprenderlo. Las dificultades del mundo exterior y el instinto de conservación se oponen a que el principio del placer sea *siempre escuchado.* En este caso el proceso obedece al *principio de realidad.* «Sin que el objeto final del placer sea descartado, su realización *es diferida,* aun a riesgo de experimentar disgusto» (6).

2.° *Segunda exposición.* — Pronto estima Freud necesario llegar a la unidad sin suprimir no obstante el dualismo, que, fermento de oposición, asegura la actividad psíquica.

a) *Para establecer la unidad* admite un principio único: Eros o el Amor; le da por energía la *líbido* o *impulso afectivo,* sometido al doble principio del placer y de la realidad.

(1) J. de la Vaiss., pág. 31.
(2) A. Hesnard: *La psychanalyse,* pág. 19, nota 1.
(3) *Ibid.,* págs. 20 y 21.
(4) J. de la Vaissière, *loc cit.,* pág. 31.
(5) J. de la Vaissière, *loc. cit.,* pág. 94.
(6) *Ibid.,* pág. 47.

b) *Para conservar el dualismo* levanta delante de Eros el *principio de muerte,* de destrucción, de nirvana, que se esfuerza en substituir la movilidad vital con la *estabilidad inorgánica* y por consiguiente con lo contrario de la vida (1).

4. Observaciones críticas. — Se ve sin gran trabajo lo que en todo esto es *terreno firme,* o, por lo contrario, *arena movediza.*

1.° *Parte de verdad.* — Hay que elogiar en Freud el reconocimiento de la *continuidad psicológica* de los tres psiquismos y su insistencia en este punto (2). Su segundo mérito es haber concebido el inconsciente, considerado en su totalidad, como un dinamismo, un conjunto y un origen de impulsos hacia fines; como «un terreno profundo donde han arraigado y de donde brotan todos los instintos» (3).

Esta es, sin embargo, como hemos dicho ya, una novedad *relativa.* Sin hablar de la escolástica y del aristotelismo, hace ya mucho tiempo que la doctrina católica ve en los siete pecados capitales las fuentes primeras, innatas, muy profundas y activas, de todos los vicios (4).

2.° *Parte muy discutible de la teoría.* — Omitimos el eros, que no podría ser a la vez amor sexual y dar origen, por sublimación inconsciente, a todos los amores, aun a los más puros y espirituales. Las tendencias *espirituales* no pueden derivar de inclinaciones *sensibles,* que son comunes al hombre y a los animales. Son dos órdenes de impulsos específicamente distintos.

Omitamos igualmente el principio de muerte, cuyo funcionamiento no se explica.

Queda el *principio del placer,* que es muy discutido. En realidad nuestras tendencias sensibles son *puestas en acción por el objeto.* Impelen a la unión con el objeto, si esta unión es útil a la conservación del individuo o a la de la especie. Apartan por el contrario del objeto si la aproximación es nociva. El placer sensible no es en sí mismo ni principio ni fin de tendencias. Pero es una *modalidad* que acompaña al ejercicio correcto de las inclinaciones (5).

Añádase que «Freud parece que haga ejercer la actividad de la tendencia en el interior de lo que es estrictamente el inconsciente. Si tal es su pensamiento, apenas se ve cómo una tendencia actuaría *sin conocimiento presente del objeto.* Sin duda puede no haber atendido a esta manifestación; pero estamos entonces en presencia del *subconsciente,* que no responde al inconsciente freudiano, ni tampoco al preconsciente» (6).

(1) J. de la Vaissière, *loc. cit.,* págs. 47 y sig.
(2) *Ibid.,* pág. 31.
(3) *Ibid.,* pág. 90.
(4) Cf., entre otros, Noldin: *De principiis,* núm. 338 y sig.
(5) J. de la Vaiss., *loc cit.,* págs. 92, 94.
(6) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 94.

§ 3. — Metapsicología: aparato psíquico

258. El aparato psíquico y las tres partes. — Hacia 1923 Freud se aplica a determinar el aparato psíquico sobre el que se ejercen los principios de actividad, que, según la metapsicología, hemos definido en el número precedente (núm. **257**, 3). Según él, el aparato psíquico estaría compuesto de tres partes, *insertas una en la otra,* y designadas por tres nombres, dos de los cuales son más bien extraños: el sí, el yo y el super-yo.

En la metapsicología quiere sintetizar Freud los resultados ya obtenidos, y, para ello, construir una *teoría general de las tendencias humanas.* Sin abandonar la observación experimental, va a «dar libre curso a la tendencia largo tiempo reprimida a la especulación» (1).

Por una doble razón exponemos aquí la estructura del aparato psíquico, descrito en la metapsicología. Esta exposición muy breve *completará* el estudio del inconsciente y *preparará* el párrafo 4.º, que tendrá por objeto la teoría freudiana de la sexualidad.

259. I. El sí. — Antes de 1923, Léon Daudet había empleado ya el curioso nombre de *Sí (Soi)* para designar el instinto, «*inclusión de la naturaleza* en el hombre» (2). Bajo la inspiración de un libro de *Groddeck,* Freud fué inducido, al parecer por la misma razón, a llamar *Sí* o *Ello* (en alemán *Es*) «al conjunto incoordinado, anónimo, *impersonal,* de las *fuerzas atávicas,* de los instintos» (3).

Falta dar una *definición* más precisa e indicar el *triple contenido* del sí, que es, en definitiva, una nueva determinación del inconsciente.

1. Definición y caracteres. — El *sí* es a la vez el principio y el asiento de las tendencias instintivas y de sus impulsos.

Sus principales caracteres son los de ser:

1.º *Inconsciente,* y por lo tanto desconocido, al menos directamente, y amoral.

2.º *Activo y dinámico,* puesto que, como hemos dicho, el inconsciente ejerce sus impulsos sobre el consciente.

3.º *Inaccesible* a las influencias directas del exterior, pero muy accesible a las influencias del *yo,* que, en su lugar, comunica con el mundo exterior y transmite al *sí* sus experiencias (4).

2. Triple contenido. — El *sí* encierra un triple contenido: un contenido *hereditario;* un contenido *individual;* un contenido que se puede llamar *mixto,* «puesto que participa de los rasgos de los dos precedentes» (5).

1.º *Contenido hereditario.* — Directa y primitivamente el *sí* encierra todas las tendencias que no proceden de la conciencia-percepción, y,

(1) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 43.
(2) A. Hesnard: *La psychanalyse*, pág. 26.
(3) *Ibid.*, pág. 26.
(4) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 49.
(5) *Ibid.*, pág. 49.

por consiguiente, *provienen de la herencia.* Las hemos enumerado al describir los principios de actividad (núm. **257**, 3).

2.º *Contenido individual.* — El segundo contenido, que llamamos *individual,* es todo lo *rechazado* por el yo, y por consiguiente todo lo que en el curso de la vida, bajo los impulsos del yo unidos a los del eros y del instinto de muerte, llega a ser *inconsciente.* Separados del yo por las resistencias, estos elementos rechazados comunican con él por el intermedio del *sí.*

3.º *Contenido mixto.* — El tercer contenido, que llamamos *mixto,* es a la vez hereditario e individual. Es *hereditario* porque proviene de los antepasados. Es *individual* porque ha nacido del *yo* de los individuos antepasados (1). Parece inútil explicar más completamente este tercer contenido muy problemático.

260. II. El yo. — Según Freud, «el yo es una *parte del sí* que ha sufrido modificaciones *bajo la influencia de la conciencia-percepción*» (2). Puede deducirse de esta definición la génesis del yo; su contenido; sus funciones.

1. Génesis del yo. — El yo nace del sí y de la percepción consciente. Su génesis es, pues, debida «en primer lugar a los impulsos del sí; luego a la influencia del mundo exterior» (3).

2. Contenido del yo. — El yo contiene todos los conocimientos; primero los que son *actualmente conscientes,* y luego los que no tienen que vencer *resistencia* para llegar a serlo. Corresponde por lo tanto al *consciente* y al *preconsciente;* pero «este último es el que lo ocupa en mayor extensión» (4) por la sencilla razón de que la mayor parte de nuestros conocimientos se encuentra en nosotros en el *estado habitual.* A. Hesnard lo concibe como el conjunto «de ideas, imágenes, emociones y reacciones coordinadas que acoge del exterior las percepciones y del interior las impresiones afectivas» (5).

3. Funciones del yo. — En *El yo y el sí* (1923) propone Freud este principio: «El *yo* representa la *razón* y la *sabiduría;* el *sí* por el contrario está dominado por las pasiones.» Pero añade inmediatamente: «Todo esto concuerda con las distinciones corrientes y bien conocidas; pero no debe tomarse más que *de una manera muy general* y considerarse como de una exactitud puramente virtual» (6).

Representante de la razón, el yo tiene especialmente el *triple papel* de servir de intermediario entre el sí y el mundo exterior; de mantener la integridad del sí; de enriquecerlo.

1.º *Papel de intermediario.* — Normalmente es el yo «el que controla las avenidas de la motilidad». *Por una parte* hace suyas, por decirlo así,

(1) Véase sobre este punto J. de la Vaissière, *loc. cit.*, págs. 49 y 51.
(2) Citado en J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 50.
(3) *Ibid.*, pág. 51.
(4) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 50.
(5) *La psychanalyse*, págs. 25 y 26.
(6) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 50.

y traduce en acciones las tendencias del sí. *Por otra* permite al mundo exterior que influya, por su intermedio y gracias al principio de realidad, sobre el sí, que se hace con ello capaz de dominar el principio del placer.

2.º *Papel de guardián.* — El yo vigila el buen funcionamiento de la *censura,* que por él se ejerce noche y día. Vigila asimismo la *resistencia,* inconsciente por otra parte.

3.º *Papel de proveedor.* — Del yo proceden las repulsiones, que se hacen sin embargo, por lo menos de ordinario, sin saberlo el sujeto.

La *conclusión* de A. Hesnard es que «el *Yo* está preso entre dos influencias antagonistas, ambas amenazantes, a las que trata perpetuamente de conciliar: de un lado la Realidad exterior, — con sus *coacciones* sociales —, y del otro, las exigencias instintivas y ciegas del *Sí* inconsciente» (1).

260. III. El super yo. — El super yo es la creación más original de Freud. Para dar una idea de ella, expondremos su naturaleza, su origen, sus funciones.

1. Naturaleza del super yo. — El super yo es el yo ideal, y una especie de esencia superior del hombre, esencia «de la que emanan las religiones, la moral, las inclinaciones sociales» (2).

2. Origen del super yo. — El super yo es el producto de una diferenciación efectuada en el seno del yo. «Ha sido sacado por el *yo* del *sí*» (3).

Resulta, en efecto, de la *identificación precoz del niño con sus progenitores,* y sobre todo con el padre. Cuando expliquemos en el párrafo 4.º la formación y la solución del famoso complejo de Edipo, diremos en qué consiste esta identificación.

Por el momento añadamos solamente que el super yo *se perfecciona,* en el curso de la vida, «con todas las adquisiciones complejas del sentido moral y de las conveniencias sociales» (4).

3. Funciones del super yo. — Una de las funciones del super yo es el mantenimiento en estado de repulsión de todo lo que proviene de la sexualidad infantil, y por consiguiente la oposición en este punto a todo desfallecimiento del yo.

Pero su función principal es la de elevar sobre el complejo parental el edificio de la *religión* y de la *moral.* Esto es natural en la teoría freudiana, puesto que psicológicamente «el dios personal no es sino el *padre transfigurado*» (5).

«Este yo ideal, o super-yo, aparece muy por encima del yo. De ahí nace una tendencia a erigirlo en ser distinto, padre supremo, ante el cual se experimenta «este sentimiento de humildad... que forma parte de toda fe ardiente y apasionada» (6).

(1) A. Hesnard: *La psychanalyse,* pág. 27.
(2) J. de la Vaissière, *loc. cit.,* pág. 51.
(3) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 51.
(4) A. Hesnard, pág. 27.
(5) J. de la Vaissière, págs. 53 y 71.
(6) *Ibid.,* pág. 53.

La conclusión de esta teoría es la negación de toda religión *objetiva,* y por consiguiente de toda moral estrictamente *obligatoria.*

§ 4. — Teoría de la sexualidad: el «pansexualismo»

261. Cuestión por tratar y definición de lo sexual. — Hemos dicho hasta aquí *lo que es* el inconsciente, en tanto se distingue del consciente y del preconsciente. Es preciso investigar ahora cuál es el *contenido* del inconsciente, y particularmente del inconsciente convertido en tal por *repulsión,* efectuada de ordinario sin saberlo el sujeto. La teoría freudiana de la sexualidad resuelve esta cuestión. Al exponer principalmente la precocidad de la vida sexual en ejercicio desde los primeros días de la existencia, los componentes del instinto sexual, las fases y los complejos de este instinto, nos informa sobre el *contenido único* o casi único del inconsciente, y en otros términos de lo *rechazado.* El inconsciente rechazado es casi exclusivamente sexual. Su dinamismo es la *líbido.* La *líbido,* en efecto, designa la *fuerza con la que se manifiesta el instinto sexual,* como el hambre designa la fuerza con que se manifiesta el instinto de nutrición» (1).

Pero, sin una *buena definición* del sexual freudiano, quedaríamos en lo vago y correríamos el riesgo de desfigurar el pensamiento de Freud. Investiguemos, pues, ante todo *lo que él entiende* por sexual, remontándonos a los primeros días de la vida, universal, normal.

En esta cuestión, que no es en modo alguno una *cuestión de palabras,* como pretenden ciertos psicoanalistas, se destacan claramente *tres puntos.*

1. Sexual y genital. — En el lenguaje de Freud, *sexual* desborda a *genital,* y, considerado desde este ángulo, se toma en el sentido lato. Todo lo genital es sexual; pero no todo lo sexual es genital. Las perversiones del adulto, que quiere el placer sin posibilidad de concepción, son sexuales sin ser genitales (2).

2. Sexual e impulso vital, etc. — Bajo el nombre de sexual y de sexualidad, Freud *no entiende,* como varios de sus discípulos, el *impulso vital,* la *afectividad,* la *raíz común* de la que procede *toda actividad* sexual o no sexual (3). Lo ha dicho bastante claramente, en 1926, en *Psicoanálisis y medicina:* «Algunos de mis discípulos cedieron a la necesidad de librar a la sociedad de este *yugo de la sexualidad* que quiere imponerle el psicoanálisis. Uno declara que lo sexual no significa en modo alguno la sexualidad, sino algo abstracto, místico. Otro, que la vida sexual no es sino uno de los dominios en el que el hombre satisface su *apetito instintivo* de potencia y dominación» (4).

3. Sexual propiamente dicho. — La conclusión es que Freud conserva suficientemente al término sexual su sentido propio. Se ha explicado

(1) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 38; *N. R. T.,* pág. 594, 1925. Se ve que la *líbido* es a la vez *placer intenso* y *tendencia* singularmente activa.
(2) *N. R. T.,* pág. 594, 1925.
(3) *N. R. T.,* pág. 603, 1925; A. Hesnard: *La psychanalyse,* pág. 156.
(4) En J. de la Vaiss., pág. 87.

asimismo con claridad sobre esto en un pasaje de la *Psicología colectiva* (1921), en el que designa por *líbido* «la energía... cuantitativa de las tendencias que se relacionan con lo que resumimos en la palabra *amor*». Enseña, en efecto, que *todo amor* es sexual, o fundamentalmente idéntico al amor sexual. Y esta enseñanza se da en nombre del psicoanálisis. «Afirma llegar, en todos los casos, a tendencias que tienen por objeto la unión sexual misma, o a otras que, incluso cuando parecen ir contra de este objeto, conservan no obstante ciertos rasgos, signos de una *identificación fundamental* con el instinto sexual propiamente dicho» (1).

Comprendemos, pues, sexual en el *sentido propio,* en las páginas siguientes, en las que expondremos, según Freud, la precocidad infantil del instinto sexual; sus componentes; sus fases principales y sus principales complejos. El mismo Freud nos ha trazado nuestro programa. En una de sus lecciones sobre el psicoanálisis (1910) se lee, en efecto, esta frase relativa a las tendencias sexuales: «El niño aporta estas tendencias al venir al mundo. Y *de estos primeros gérmenes* nace, en una evolución llena de vicisitudes y de numerosas etapas, la *sexualidad normal* del adulto» (2).

262. I. Precocidad de la vida sexual: la sexualidad infantil. — Después de haber expuesto brevemente la tesis de Freud sobre la sexualidad *infantil,* diremos qué partes de verdad y de error encierra.

1. La tesis freudiana. — En el niño se encuentra, no sólo la *raíz* del intinto sexual, sino la vida sexual *en ejercicio,* es decir, la *función* sexual. Esta función data de los primeros días. «Incluso, según ciertos análisis de sueños, dataría del período prenatal» (3). Freud añade que esta precocidad es normal y universal.

Las pruebas de esta extraña afirmación son gran número de exámenes de niños menores de cinco años; muchos exámenes de adultos; a veces inquisiciones en los padres.

De estas múltiples pruebas deriva la *conclusión* siguiente: «Todas las tendencias *perversas* tienen sus raíces en la infancia. En una palabra, la sexualidad perversa *no es sino* la sexualidad infantil, aumentada y descompuesta en sus tendencias particulares» (4).

2. Parte de verdad. — Importa distinguir, como ya se ha hecho, el *funcionamiento* del instinto sexual y su *raíz;* en otros términos, el *acto* y la *potencia.*

«*Si nos detenemos* en el otro aspecto de la precocidad, a saber, que *todas* las tendencias de la edad adulta tienen una *raíz* en los primeros días de la vida, ello está en perfecta armonía con la psicología pedagógica...» (5).

(1) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 38, en la que refiere el pensamiento y casi las palabras de Freud; *N. R. T.,* págs. 603 y 604. 1925, donde hay una cita más completa.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 32.
(3) J. de la Vais., pág. 32. — El Dr. P. Divry escribe únicamente: «*Algunos adeptos de* Freud han hablado incluso de una sexualidad *fetal*» *(Physiologie sexuelle,* pág. 164).
(4) En J. de la Vaiss., *loc. cit.,* págs. 32 y 33.
(5) *Ibid.,* pág. 34. Véase también Dr. P. Divry, *Physiologie sexuelle,* pág. 165.

Conviene asimismo distinguir el niño *normal* del *anormal.* W. Stern, en su comunicación sobre el congreso de Berlín en 1926, no deja de hacer esta distinción. «Esta sexualidad precoz, según los psicoanalistas universal y normal, no es en realidad más que un *caso patológico*» (1).

3. Gran parte de error. — Contraria a la mentalidad general de la humanidad, que experimenta hacia la tesis freudiana una extrema repugnancia, la teoría de Freud sobre la aparición precoz de la sexualidad en el niño normalmente constituído se apoya en experiencias positivas a las que, por una triple causa, no se podría conceder un *valor demostrativo.* De estas tres razones la tercera es la más convincente. Señala, en efecto, un origen de error casi inevitable.

1.° *Primer origen de error.* — Con frecuencia es difícil distinguir, en materia semejante, los casos patológicos de los normales. Es una verdad vulgar que no nos detendremos en demostrar.

2.° *Segundo origen de error.* — No es raro que el examinador, deseoso de comprobar su teoría, sugiera al examinado la respuesta conforme a sus ideas. Y ocurre igualmente que el examinado, adivinando lo que se espera de él, dé precisamente al examinador la respuesta que éste desea. Se confesará que esto es *psicología corriente,* especialmente cuando se trata de interrogar a niños.

3.° *Tercer origen de error.* — En los exámenes de niños, y de modo semejante en los exámenes de adultos interrogados sobre su infancia, «la psicología pedagógica... *niega un valor demostrativo* en virtud de uno de sus principios fundamentales: el niño no *es un adulto en miniatura;* tiene su propia psicología, y por lo tanto no puede ser interpretado en términos de adulto» (2).

Un adulto interroga a un niño sobre su pretendida sexualidad infantil. El niño responde en su lenguaje de niño, y el adulto interpreta las respuestas en la suya de adulto.

Si interrogáis a un adulto sobre sus recuerdos de infancia, añadís una segunda causa de error a la primera. Adultos, interpretáis en términos de adulto las respuestas; y el interrogado os informa en términos de adulto. «Además, es casi imposible que estas reminiscencias no sean modificadas por el psiquismo subsiguiente, si es que no son imaginaciones recientes indebidamente localizadas en la primera infancia» (3).

Concluyamos, pues, con el Dr. P. Divry: «A menos de otorgar al vocablo sexual la acepción metafísica de instinto, de tendencias en general, *es manifiesto que el pansexualismo* freudiano rebasa la medida, y engloba *arbitrariamente* en la sexualidad casi todas las tendencias vitales del individuo» (4).

Lo que falta decir de los *componentes* y de las *fases* de la sexualidad no hará sino reforzar esta conclusión.

(1) J. de la Vaiss., pág. 33.
(2) J. de la Vaiss., pág. 33.
(3) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 34.
(4) *Physiologie sexuelle,* pág. 164; la misma observación en *N. R. T.,* pág. 47, 1926.

263. II. Componentes del instinto sexual en el niño. — ¿Qué se entiende por componentes del instinto sexual? ¿Cualés son en el niño estos componentes, por lo menos los principales? ¿Qué concluir de su existencia en el infante?

1. DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES — Freud llama *componentes* del instinto sexual a los *instintos parciales* que, por su agregación, constituyen el instinto sexual total. «Todos los instintos parciales no son igualmente utilizables con miras al objeto final», que es la reproducción. «Deben ser derivados, remodelados, en parte sofocados» (1).

Busquemos, pues, en el niño pequeño «uno u otro de estos componentes, netamente sexuales por lo demás» (2).

2. COMPONENTES EN EL NIÑO. — 1.° *Punto de partida.* — Según Freud «el acto que consiste en succionar el seno materno» para satisfacer dos grandes necesidades de la vida: saciarse y experimentar placer, «llegar a ser el *punto de partida de toda la vida sexual...*» (3). En este acto se concentra tan bien toda la facultad de gozar del niño que una vez destetado chupa, como compensación, «su pulgar o su lengua», o cualquier otra cosa.

Digamos solamente que para ver en esto una primera manifestación de la vida sexual hace falta una gran dosis de buena voluntad.

2.° *Componentes por parejas.* — Los componentes se organizan *por parejas* de dos factores: uno de carácter pasivo, el otro de carácter activo (4).

a) Así el niño pequeño manifiesta una *doble tendencia,* que responde a la *curiosidad sexual:* la tendencia a mirarse, y por lo tanto a inspeccionar todas las partes visibles de su persona; la tendencia a exhibirse ante los demás. Se ha designado ridículamente a estas tendencias, de las cuales la una es activa y la otra pasiva, «con los nombres bárbaros de *miradorismo, exhibicionismo*» (5).

b) Algo más tarde el niño encuentra un placer casi voluptuoso en atormentar a los demás, y la niña en dejarse atormentar. En este hecho, que dista de ser universal, se ha visto la expresión de una doble tendencia, que es el bosquejo del *sadismo* y del *masoquismo* (6).

3. ¿QUÉ CONCLUIR DE ELLO? — Repetimos que ver en estos componentes tendencias sexuales es traducir en lengua de adultos los gestos infantiles, o suponer, sin sombra de razón, que toda acción acompañada de placer es sexual.

264. III. Fases del instinto sexual. — Para Freud los períodos de evolución que los psicólogos distinguen en la formación del niño, son las fases del instinto sexual, o, lo que es lo mismo, de la *líbido,* «especie

(1) En J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 34.
(2) *Ibid.*, 34.
(3) En *N. R. T.*, págs. 595 y 596, 1925.
(4) J. de la Vaiss., pág. 34.
(5) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 34.
(6) *Ibid.*, págs. 34 y sig.

de concupiscencia... que, si bien todavía difusa, responde a la energía con la que procura satisfacer el instinto sexual» (1).

Distingue especialmente, hasta la pubertad, cuatro fases: 1.ª, la fase de *autoerotismo,* siguiendo una expresión de Havelock Ellis; 2.ª, la fase del *narcisismo;* 3.ª, la *fase objetiva,* que comienza el estadio de heterosexualidad y se subdivide en varias otras; 4.ª, la fase o período de *latencia,* que es el período del olvido, efecto de la repulsión.

265. 1) Fase de autoerotismo. — Ante todo el niño, por la exploración y excitación de ciertas regiones de su cuerpo, que Freud llama «*zonas erógenas*», y también por su complacencia en las funciones intestinales, y hasta en las funciones fisiológicas de excreción, encuentra, *en sí mismo* y por sí mismo, su propio placer, placer que, para Freud, es ya una voluptuosidad sexual.

Si se quiere distinguir esta primera fase de la siguiente, puede decirse, con J. de la Vaissière, que en esta primera fase de *autoerotismo* «cada componente trabaja por su propia cuenta... Se disciernen así los estadios señalados por los predominios del erotismo de las zonas bucal, anal, genital» (2). Decimos «*genital*», pues entre las zonas erógenas el niño «reconocerá probablemente también los órganos especiales de la vida sexual normal» (3).

266. 2) Fase de narcisismo. — Desde que el yo se encuentra constituído por conocimientos de los que el sujeto tiene conciencia, el autoerotismo se cambia en *narcisismo,* «el cual comprende una evolución del autoerotismo, complicado con sensualidad moral y sentimientos amorosos, *hacia un objeto* que es la *propia persona* del individuo» (4).

Según Freud el *narcisismo,* que alude a *Narciso* enamorado de sí mismo, «designa todo lo que hay de sexualidad en los instintos relativos al yo» (5).

En este estadio «las diferentes tendencias sexuales» del niño «*conspiran para dirigirse hacia él*», escogido en primer lugar como objeto de voluptuosa complacencia (6). En esto el narcisismo difiere del *egoísmo,* que refiere a sí todo lo que es *útil.* El Dr. P. Divry comprueba que se encuentra el narcisismo como perversión sexual en el adulto. «Consiste en las disposiciones amorosas del individuo respecto a su propia persona, y particularmente a sus ventajas anatómicas. El narcisista hace de sí mismo un objeto sensual. Ante un espejo adora su propia imagen...» (7).

267. 3) Fase objetiva propiamente dicha. — A medida que el niño crece, por ejemplo en el curso del segundo año, su *líbido* se desplaza.

(1) Dr. J. Laumonier: *La thérapeutique des péchés capitaux*, pág. 161.
(2) J. de la Vaissière, *loc. cit.*, pág. 36.
(3) *N. R. T.*, pág. 596, 1925.
(4) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 50, nota 2.
(5) *Ibid.*, pág. 50, nota 1.
(6) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 36.
(7) *Physiologie sexuelle*, pág. 169.

Se refiere a los objetos exteriores, o mejor, *a las personas que le rodean* con su afección, y en primer lugar a la madre o a la nodriza. «Así aparece el primer bosquejo de esta *heterosexualidad* hacia la que evoluciona normalmente el instinto sexual» (1).

Es el período durante el cual se forman los *complejos* que serán rechazados a la fase de latencia. Siguiendo a Freud, distinguiremos *tres complejos* que desempeñan un papel de particular importancia: el complejo de Edipo; el complejo de la castración; el complejo familiar.

1.° Complejo de Edipo. — Antes de la formación del complejo de Edipo, la criatura, niño o niña, aunque muy especialmente atraída hacia su madre, ve en su padre el *tipo de la potencia* y el objeto de su admiración: un ser que lo sabe todo y lo puede todo. Esta es, según Freud, la raíz primera del sentimiento religioso.

Pero bien pronto la actitud del niño hacia su padre y su madre es la *reproducción inconsciente del parricidio y del incesto de Edipto,* el rey de Tebas que, sin reconocerle, mató a su padre Layo y se casó con su madre Yocasta.

Si consideramos al *muchacho,* he aquí lo que encontramos. Ama a su madre con amor apasionado, que recuerda el amor del joven por la mujer de su elección: es el *incesto.* Tiene celos de su padre, en quien ve a un rival y al que quisiera suprimir: es el *parricidio* de intención. La *niña invierte* los papeles. «Se dirá, añade Freud, que esto son niñerías en comparación con las acciones de Edipo; pero ello basta en cuanto a hechos, y representa aquellos actos en germen» (2).

2.° Complejo de la castración. — En virtud de la *ambivalencia* de los sentimientos elementales en el niño, es decir, de su propiedad de existir simultáneamente *en formas opuestas,* por ejemplo en forma de amor y de odio después de sobrevenir el complejo de Edipo, el odio más o menos obscuro del niño por el padre, su rival, no impide ni el temor reverencial, ni la admiración, ni aun cierto cariño. Otro tanto puede decirse de la niña, que, enamorada de su padre, continúa admirándole, pero ve en su madre una rival a la que detesta sin cesar de quererla.

«De esta complicación primitiva de sentimientos nace un nuevo complejo, *de tal modo extraño* que nos excusamos de tener que mencionarlo: el *«complejo de la castración»,* rueda de socorro en el mecanismo freudiano de las neurosis. «Entendemos con él el *sentimiento* de no poseer, en la niña, y el temor de perder en el niño, los atributos físicos y morales de la virilidad» (3).

3.° Complejo familiar. — Al ampliarse, el complejo de Edipo llega a ser el *complejo familiar.* Los hermanos mayores están celosos de los menores hasta el día en que el hermano tiene por la hermana el amor casi incestuoso que ha tenido por su madre. A su vez la hermana ama al hermano con el amor *equívoco* que sentía por su padre (4).

(1) Dr. J. Laumonier, *loc. cit.,* pág. 161.
(2) En *N. R. T.,* pág. 598, 1925.
(3) *N. R. T.,* págs. 600 y sig., 1925.
(4) *Ibid.,* pág. 599.

268. 4) Período de latencia. — «A partir del tercer año, escribe Freud, la vida sexual del niño ofrece muchas analogías con la del adulto. Sólo se distingue por la ausencia de una organización sólida bajo la primacía de los órganos genitales; por su carácter *innegablemente pervertido;* y naturalmente por la menor intensidad del instinto en su conjunto. Entre el sexto y el octavo año», o aun antes, hacia el quinto año, «el desarrollo sexual sufre un tiempo de detención o de regresión que, en los casos socialmente más favorables, merece el nombre de período *de latencia*».

1.° Carácter de este período. — Según Freud, la característica de este período es el *olvido,* que es efecto de la repulsión.

«La mayoría de los acontecimientos y tendencias psíquicas anteriores al período de latencia son entonces *atacados de amnesia infantil,* caen en ese olvido que nos oculta y hace extraña nuestra primera juventud... No se puede evitar la sospecha de que el olvido es por consiguiente el efecto de la repulsión» (1).

2.° Causas de la repulsión. — Son el pudor y la repugnancia que despiertan; la presión de las órdenes parentales, sociales y religiosas. «Es la organización de una resistencia, la construcción de diques, que, a la aparición de la pubertad, rechazarán los impulsos sexuales en la dirección de la reproducción» (2).

3.° Solución del complejo de Edipo. — Durante el período de latencia la identificación del niño con el padre, y por lo tanto su «introyección» en el yo con el deseo de parecérsele, se hace más completa. De donde Freud concluye la solución del complejo de Edipo y la génesis del super yo. (3).

269. IV. Observaciones críticas. — Hay teorías que se refutan por su simple exposición, de todo punto en desacuerdo con el *sentido común de la humanidad.* Nos permitimos creer que las teorías de Freud sobre la precocidad y la evolución de la vida sexual en el niño pertenecen a esta categoría. Por esto nos limitaremos a algunas breves citas.

1. Dr. J. Laumonier. — «En mi libro ya citado, el *Freudismo* (capítulo IV), he demostrado que la sexualidad infantil es una *creación artificial,* debida a los que intentan interpretar los actos de los niños con una *mentalidad de adulto.* Y si no existe sexualidad infantil, todas las pretendidas fijaciones primitivas de la *líbido se desvanecen*» (4).

2. Dr. P. Divry. — «En esta fase de la vida el instinto sexual está todavía indiferenciado, es vago. No puede tratarse de la psicosexualidad

(1) *N. R. T.,* págs. 601 y sig., 1925.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.,* pág. 36.
(3) *Ibid.,* pág. 52.
«El *super yo* viene, pues, de las primeras fijaciones del *sí,* al mismo tiempo que es una formación destinada a reaccionar contra ellas. Dirige al yo», cuyas relaciones con los padres han sido desexualizadas, «como dos consejos: parécete a tu padre y no hagas todo lo que hace; hay derechos que sólo pertenecen a él. Como precisamente sobre el padre se ha apoyado el hijo para *dominar* el complejo de Edipo, se concibe que cuanto más fuertemente éste se habrá arraigado, tanto más fuerte será el rigor con que el super yo reinará sobre el yo.»
(4) *La thérapeutique des péchés capitaux,* pág. 163.

propia del adulto. Por esto estimamos que el pretendido autoerotismo del niño de pecho está situado en un plano *completamente distinto* del período de la pubertad» (1).

3. FOERSTER SOBRE EL COMPLEJO DE EDIPO. — «Si se quiere, ante las interpretaciones de la escuela freudiana, conservar un espíritu tranquilo, léase una vez en el «*Cuento de invierno*» de *Shakespeare* la escena en que el rey está obsesionado por la sospecha de que su esposa le es infiel. Desde entonces encuentra el medio de interpretar «sexualmente» cada uno de sus hechos y gestos. Nadie es capaz de hacerle entender que por cada una de estas interpretaciones es posible dar otras tres mucho más fáciles de concebir. *Exactamente lo mismo ocurre* con la mayoría de las interpretaciones de los psicoanalistas. Que se busque en cada caso particular si no es posible encontrar una interpretación diferente por completo, pero igualmente evidente» (2).

4. J. DE LA VAISSIÈRE. — «Digámoslo una vez más: el niño y el adulto difieren porque son estadios distintos de la evolución humana. De una cierta similitud en la conducta exterior es ilógico concluir la identidad de los impulsos experimentados» (3).

Concluyamos que el niño no merece en modo alguno ser denominado, a causa de sus inclinaciones, un «*pervertido polimorfo*».

§ 5. — EXPLORACIÓN DEL INCONSCIENTE: MEDIOS

270. Objeto y medios. — Bastará una palabra para el fin perseguido. Por el contrario, la descripción de los medios o de las técnicas llenará todo este párrafo. En este número nos limitaremos a enumerar estos medios.

1. OBJETO PERSEGUIDO. — El objeto no es explorar el inconsciente por el placer de hacerlo, sino *llevar a la luz de la conciencia* los complejos, o grupos de elementos representativos y cargados de sentimiento, que, enterrados en el inconsciente, y por lo tanto rechazados, son semejantes a una espina clavada en la carne y sordamente dolorosa, es decir, *que derivan toda su nocividad del estado de repulsión* que impide al individuo, especialmente al neurótico, reaccionar.

Según Freud, es posible esta llamada a la conciencia. Indudablemente el verdadero inconsciente, a causa de su profundidad, no será expresado *directamente*, sino manifestado *indirectamente* por substitutos, signos, símbolos, que el estudio del psicoanálisis y la experiencia permitirán interpretar.

2. MEDIOS PRINCIPALES. — Los principales medios que llevan al conocimiento del inconsciente son:

1.° *El análisis* de las «ASOCIACIONES LIBRES», análisis grandemente facilitado por el fenómeno de la transferencia al analista, fenómeno del que trataremos algo más adelante.

(1) *Physiologie sexuelle*, pág. 168. Véase también págs. 164 y sig.; pág. 179.
(2) *Morale sexuelle*, pág. 143, nota 1.
(3) *La théorie psychanalytique de Freud*, pág. 37.

2.° *La interpretación* DE LOS SUEÑOS, interpretación que, a juicio de Freud, es la técnica más útil, la «*vía regia*» para descubrir el inconsciente.

3.° *La psicopatología* DE LA VIDA COTIDIANA, o investigación del significado que es preciso atribuir a los errores corrientes, y, por consiguiente, a los actos designados bajo el nombre de actos fallidos.

3. CONCLUSIÓN. — Por lo tanto, «el psicoanálisis considerado como *método* consiste en el descubrimiento de los complejos inconscientes, en *poner a la luz las tendencias instintivas rechazadas* en el sujeto — normal o enfermo — cuya mentalidad fundamental se desea conocer», o al que se intenta curar (1).

271. I. Análisis de las asociaciones libres. — El primero o más sencillo de los métodos o técnicas de exploración del inconsciente es el estudio analítico de las *asociaciones de ideas libres*. Diremos en qué consiste este análisis; por qué tiene la virtud de denunciar, por lo menos a la larga, al inconsciente; cómo es facilitado por el fenómeno de transferencia, a condición, sin embargo, de que la transferencia afectiva a la persona del médico sea, a su vez, liquidada.

1. NATURALEZA DE LAS ASOCIACIONES LIBRES Y DE SU ANÁLISIS. — Las «*asociaciones libres*» son esencialmente un *sueño hablado* al que se abandona el enfermo, con la menor restricción posible, en presencia del médico, cuya intervención debe limitarse a guiar al soñador despierto. Se ve, pues, cuál es el papel del enfermo y cuál el del médico.

1.° *Papel del enfermo.* — El papel del enfermo, «prevenido de lo que se espera de él, extendido, sin que le moleste la mirada del médico, en una habitación en la que nada solicita especialmente su atención», consiste en decir sin reflexión alguna *todo lo que le venga a la mente*, «incluso los detalles insignificantes, penosos, inconvenientes», con plena libertad de referir la historia de su enfermedad, sus disgustos familiares, sus recuerdos de infancia, sus faltas, en una palabra, toda su vida íntima.

Debe adoptar, por lo tanto, «la actitud más pasiva, menos crítica y más neutra que le sea posible».

2.° *Papel del médico.* — Durante esta sesión, que se prolonga de ordinario durante una hora, *el papel del médico es doble:* hacer precisar ciertos puntos relativos a acontecimientos reveladores; proponer al enfermo progresiva y prudentemente la interpretación que entrevé (2).

2. EFICACIA PARA DESCUBRIR EL INCONSCIENTE. — El análisis de las asociaciones de ideas, unido, si es posible, al análisis de los sueños, contribuye de una *triple manera* a descubrir el inconsciente: 1.°, *en primer lugar* por las *palabras*, que contienen a veces una alusión a las aspiraciones rechazadas, y por lo tanto a los complejos; 2.°, *luego*, y más todavía, por las vacilaciones, los intervalos que separan cada palabra de la siguiente, las detenciones bruscas, los *silencios* obstinados, debidos a que se ha alcanzado una repulsión; 3.°, *finalmente* por las *emociones* características, suspiros, llantos, risas

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 55.
(2) *Ibid.*, págs. 59 y sig.; 123 y sig.

nerviosas, vivas repugnancias a abordar ciertas materias, «precisamente las más importantes por estar ligadas a las tendencias más fuertemente censuradas y rechazadas» (1).

Lo *difícil* es interpretar correctamente estas palabras, estos silencios, estas emociones. El analista llamará en su ayuda a la *Simbolia freudiana*. Se sabe, en efecto, que para Freud el *símbolo* «es ante todo una *expresión substitutiva*, destinada a reemplazar una cosa oculta, con la que la imagen en cuestión se relaciona por asociaciones de ideas inconscientes» (2).

Si todo se desenvuelve normalmente, es decir, si el enfermo se entrega sinceramente, y si el médico es un psicólogo experimentado, «después de numerosas sesiones, que ocupan en general varios meses, algunas veces hasta dos o tres años, se recoge un rico material cuyo estudio revelará» tal vez «el secreto del mal» (3).

3. Fenómeno de la transferencia. — «En gran número de neurosis el análisis será facilitado grandemente por el fenómeno de la transferencia» (4).

La *transferencia afectiva* no es más que el «transporte *sentimental a la persona del médico*... A medida que el analista logra penetrar en la intimidad moral del paciente, éste experimenta respecto a su médico sentimientos diversos, pero siempre muy vivos: inclinación calurosa, ternura imaginativa u odio súbito, rencor amargo, etc., o también una mezcla compleja de estos sentimientos» (5).

«Tal fenómeno se explica... por la *reproducción de las situaciones infantiles*, pues el enfermo adopta instintivamente respecto a su médico la actitud afectiva que observa en otro tiempo para con sus padres y todos aquellos que desempeñaron un papel en el rechazamiennto mal comprendido de sus tendencias prohibidas» (6).

En otros términos, «en lugar de recordar su infancia, el enfermo *reproduce la historia de ésta*, en general la de su amor por uno de sus padres» (7).

4. Liquidación de la transferencia. — La curación se completa por la liquidación de la transferencia. «Al obtener que el enfermo *lo relacione todo con su pasado*, tal como lo ha vivido, ora en realidad, ora en las fantasías de sus sueños despiertos» (8), libra definitivamente al enfermo de la necesidad que ha contraído de su médico.

«En el cumplimiento de este deber médico se reconocen a la vez la habilidad profesional y la alta conciencia del psicoterapeuta» (9).

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, págs. 124 y 60.
(2) A. Hesnard: *La psychan.*, págs. 56 y sig., en las que el autor trata del método simbólico en general.
(3) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 20.
(4) *Ibid.*, pág. 20.
(5) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 126.
(6) *Ibid.*, pág. 126.
(7) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 40.
(8) *Ibid.*, *loc. cit.*, pág. 41.
(9) A. Hesnard: *La psychan.*, págs. 128 y 129.

272. II. Interpretación de los sueños. — Nos limitaremos a exponer los principios que dirigen a Freud en la interpretación de los sueños, interpretación que, bien conducida, lleva al descubrimiento del inconsciente en la vida psicológica.

1. Existencia de un sentido verdadero. — El primer principio de Freud es que *todo sueño tiene un sentido*, velado por símbolos cuya clave poseen los psicoanalistas hábiles.

No estima, sin embargo, que todos los sueños sean susceptibles de una interpretación *adecuada*. Además escribe: «Cada sueño ofrece por lo menos un punto que escapa a la interpretación, una especie de ombligo por el cual se liga con lo desconocido» (1).

2. Doble contenido del sueño. — Puesto que todo sueño tiene un sentido, pero un *sentido velado*, es necesario distinguir en todo sueño, por lo menos en los de los adultos, un *doble contenido:* el latente y el disfrazado manifiesto.

El *contenido latente* es el sentido verdadero del sueño; el *contenido manifiesto* no es sino la expresión más o menos desfigurada del mismo.

3. Razones de esta desfiguración. — El sueño es casi siempre la *realización de un deseo*, que la mayoría de las veces es un *deseo sexual*, rechazado en el estado de vigilia.

Es preciso, pues, «reconocer aquí las influencias combinadas de la censura y del dinamismo del inconsciente. *En el estado de vigilia* ciertas resistencias prohibían a más de un deseo la entrada en el consciente y hasta en el preconsciente. *Durante el sueño* la censura disminuye su rigor, conservando no obstante potencia suficiente para imponer a estos impulsos una máscara que los estimule. *La expresión disfrazada* tiene, pues, por *causas* la repulsión, el relajamiento de la censura y la aceptación de un compromiso» (2). He aquí por qué el sueño, por lo menos en un adulto, es la realización *simbólica* de un deseo.

Un joven, muy honrado, desea *inconscientemente* la herencia de un tío anciano, muy digno de afecto. *En estado de vigilia* rechaza enérgicamente este deseo. Mas *una noche* sueña que viaja con su tío por Italia; se detiene con él en Pisa; visitan el Campo Santo, y le deja en contemplación frente a los venerables frescos del «*Triunfo de la Muerte*» (3).

4. Mecanismo de este disfraz. — Pueden distinguirse en los sueños de los adultos numerosos *procedimientos de disfraz*, siendo los principales la dramatización, la condensación y el desplazamiento afectivo.

1.° *Dramatización.* — La dramatización destruye, en virtud de ciertos artificios, la *apariencia de las relaciones lógicas*, y hace casi irreconocible la situación pintada por las imágenes.

De este modo transforma en viaje el deseo de llegar a ser. Representa la semejanza por la identidad, o también la relación de causa a efecto por una simple sucesión de incidentes. Transforma un suceso en otro, etc.

(1) *Freud: son visage et son masque*, pág. 67.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 23.
(3) *N. R. T.*, pág. 582 y sig., 1925.

Una mujer que ama mucho a su sobrino le ve en sueños muerto en su ataúd. ¿Realiza ella el deseo, inconsciente y rechazado, de enterarse de su muerte? No ciertamente. Realiza el deseo de encontrarse con un hombre por el que alimenta una pasión secreta y al que no tiene probabilidades de volver a ver si no es en las exequias de algún pariente (1).

2.° *Condensación.* — La condensación funde en una imagen compuesta varias imágenes, que corresponden a otras tantas ideas latentes. Una mujer celosa ve en sueños a una sola persona. Pero esta persona, del sexo femenino, luce un vestido del que cada detalle pertenece a una de las rivales que envenenan la vida real de la soñadora (2).

3.° *Desplazamiento afectivo.* — El desplazamiento afectivo refiere bajo la acción de la censura, a un personaje indiferente la afección apasionada que el soñador experimente por otra persona. «Pues, según Freud, la afectividad (afecto) puede desplazarse, transferirse de una representación a otra, por ser una energía psíquica de naturaleza esencialmente móvil» (3). Así no es suprimida o minorada por la censura. Es simplemente *disfrazada en sus expresiones,* sobre todo si el sueño es la realización afectiva de un deseo sexual fuertemente rechazado. En este caso el procedimiento de desplazamiento desempeñará el papel principal.

5. Objeto del análisis. — «El fin del análisis es... despojar a los complejos de un sueño de su revestimiento imaginativo y aparentemente absurdo», y llegar con ello a extraer el *contenido latente,* que es el sentido verdadero del sueño (4).

Para alcanzar este fin el analista recurre a las reglas de la *simbolia,* cuyo arsenal ocupa, en Freud, más de cuarenta páginas (5). Pero el «primer puesto» corresponde a la técnica de la utilización de las ideas espontáneas del soñador. Por esto la interpretación de un sueño solamente es posible si se *conoce íntimamente* al soñador (6).

6. Observaciones críticas. — Tres cuestiones exigen un breve examen. Las dos primeras se refieren a la *naturaleza* del sueño, que, según Freud, es siempre o casi siempre la realización imaginativa simbólica de tendencias afectivas, es decir, de un deseo que ha quedado insatisfecho, rechazado, sexual. La tercera cuestión concierne exclusivamente a la *interpretación* de los sueños.

1. *Sueño realización de un deseo.* — En nuestra humilde opinión, que es la de gran número de críticos, Freud y sus discípulos *no han establecido* que todos, o casi todos, los sueños sean realizaciones de deseos. En esto, como en muchas de las teorías freudianas, hay una *generalización* apresurada que descuida importantes datos. Es una falta. «El análisis debe tener en cuenta la totalidad del psiquismo humano en lugar de

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, págs. 80 y sig.
(2) *Ibid.*, págs. 79 y sig.
(3) *Ibid.*, pág. 80.
(4) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 81.
(5) *Freud: son visage et son masque,* pág. 68.
(6) *Ibid.*, págs. 71 y sig.; 75 y sig.

fijarse en una *sola* perspectiva, pretendiendo que agota y resume toda la vida interior del hombre» (1).

2.° *Sueño realización de un deseo sexual.* — Después de haber rechazado las teorías de Freud sobre la precocidad, la universalidad, la evolución de la vida sexual infantil, no podemos admitir que todo sueño de adulto sea la realización simbólica de un *deseo sexual.* «Hay que repetirlo: una reglamentación semejante del simbolismo, especialmente en el sueño, sólo es admirable con la primacía» o, mejor dicho, el imperio exclusivo «de la influencia sexual en los impulsos del inconsciente» (2).

3.° *Interpretación de los sueños.* — La interpretación de los sueños llevará raramente el análisis a conclusiones *plenamente ciertas.* Hay ciertamente una gran parte de verdad en estas observaciones del Dr. J. Laumonier. Conviene observar «que el médico conduce, a veces involuntariamente, el sueño despierto hacia el fin que se propone, y que el sueño nocturno se deforma al despertar y se olvida (3). Además... los neurópatas son, en su gran mayoría, mentirosos y simuladores, a cuyas alegaciones sólo se puede otorgar confianza si son confirmadas por una encuesta minuciosa, por otra parte difícil y que, por consiguiente no se practica jamás» (4).

273. III. La psicopatología de la vida cotidiana.—En qué *consiste* el análisis de los «actos fallidos», y a qué *conclusiones* nos conduce este análisis: doble cuestión de un «capítulo curioso, pero algo secundario o accesorio, del método psicoanalítico» (5).

1. Naturaleza y causa verdadera de los actos fallidos. — Para Freud, gran número de actos que se ejecutan en el curso de la vida normal, que *en apariencia* no tienen ninguna razón de ser, y parecen el resultado de la inatención o del azar, son *en realidad* los efectos del inconsciente, por lo menos actual, entiéndase los efectos de las tendencias reprimidas, orgullo, vanidad, celos, etc.

Pueden citarse los olvidos en apariencia injustificables, los recuerdos singulares, las observaciones extravagantes, los lapsos, los engaños y torpezas, los errores de lectura o de escritura, y muchos tropiezos de la vida cotidiana.

De ordinario «el autor de estos actos fallidos no sabrá indicar *bajo qué influencia* han sido ejecutados. Un *análisis,* en general rápido, demostrará que tienen una causa y son los efectos de tendencias reprimidas que logran ejercer algo la influencia de su dinamismo» (6).

Escojamos, entre muchos otros, *algunos ejemplos,* sin sujetarnos a relacionarlos con tal o cual forma de actos fallidos.

(1) *Freud: son visage et son masque,* págs. 79 y sig; pág. 81; J. de la Vaiss., *loc. cit.*, págs. 26 y sig.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 25.
(3) A. Hesnard no niega esta elaboración secundaria del sueño (*La psychan.*, pág. 81).
(4) *La thérapeutique des péchés capitaux,* págs. 163 y sig.
(5) A. Hesnard: *La psychanalyse,* pág. 97.
(6) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 28.

En el momento de pasar del salón al comedor, Pedro se sorprende al iniciar un paso hacia la puerta de salida. *¿De dónde procede este gesto torpe?* Procede de que el paciente, invitado en casa de unos conocidos superficiales, había aceptado resignadamente.

Al principio de un debate político el Presidente se levanta de modo solemne y proclama sin malicia: «Señores, se levanta la sesión». *¿Por qué este lapso?* Porque el Presidente, no esperando nada bueno, se había resignado a una reunión inútil e insípida.

Al hacer una visita a dos banqueros, Pablo ve en el salón de espera sus retratos colgados uno al lado del otro. Y dice a media voz: «Falta un Cristo entre los dos». *¿Por qué esta observación atrevida,* hecha por un hombre que ignora su motivo? Porque el visitante no estimaba en absoluto a los dos banqueros, e incluso les tenía por dos ladrones dignos de la horca.

Al recibir la visita de un camarada demasiado feliz, Rodolfo comete sin querer este *deplorable lapso:* «¡Felicitaciones! Hete aquí convertido en un personaje *importuno.*» Es que está molesto por la visita, y un tanto celoso de una felicidad poco merecida (1).

Estos son hechos menudos, pero accidentes graves pueden tener una causa semejante: la influencia del inconsciente. Un amigo es atacado a la vista de un verdadero hombre de bien, incapaz de no socorrer a su prójimo en peligro. «Va en su socorro. Pero su gesto, como refrenado por un poder oculto, llega tarde, desprovisto de la eficacia necesaria. El análisis demuestra que, sin tener conciencia, estaba secretamente celoso de su amigo» (2).

2. Conclusiones. — A condición de no ser generalizada indebidamente, la teoría de los actos fallidos es exacta y ofrece varias ventajas. Indicaremos tres de ellas.

1.° *Continuidad del psiquismo.* — Al mostrarnos que el inconsciente desempeña su papel en todos los dominios, asociaciones libres, sueños, actos fallidos, el análisis de la vida cotidiana pone de relieve la *continuidad* de la vida psicológica humana. Sin suprimir la conciencia y la libertad, el mismo dinamismo se encuentra por doquier.

2.° *Naturaleza del azar.* — Además el análisis de los actos fallidos nos recuerdo que «el hecho de azar resulta del concurso accidental de dos causas, de las que ninguna está ordenada por sí misma» o cuando menos no basta por sí misma «para producir el resultado» (3). Sin duda el inconsciente empuja en este caso al lapso, etc. Pero sin la inatención del agente, o cualquier otra circunstancia, no tendría éxito.

3.° *Corrección de los defectos.* — Quien quiera corregirse de sus defectos debe vigilar atentamente las *intenciones secretas,* los motivos secretos, que, sin saberlo él mismo y antes de toda reflexión, le hacen obrar de tal o cual manera. Investigando bajo qué influencia ha ejecutado determinado acto, espontáneo o fallido, llegará a veces a descubrir estos motivos secretos.

(1) *N. R. T.*, págs. 549 y sig., 1925.
(2) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 29.
(3) J. de la Vaiss., *loc. cit.*, pág. 30; S. Tom., 1.ª P., q. 116, art. 1.

§ 6. — Cura psicoanalítica

274. I. Objeto. — La cura tiene esencialmente por objeto hacer comprender intuitivamente al enfermo el mecanismo afectivo de sus síntomas neuropáticos, hacerle descubrir las *aspiraciones rechazadas* de las que son resultado, es decir, darle la intuición de su psicogenia, y con ello hacerle aparecer la relación entre sus síntomas y las causas interiores, reales de su mal» (1)

En este tratamiento conviene distinguir lo que es procedimiento *esencial* y lo que es procedimiento *complementario.*

1. Procedimientos esenciales. — Ya hemos descrito, aunque muy sumariamente, los procedimientos esenciales. Son en número de tres: 1°, exploración del inconsciente por el análisis de las asociaciones libres, de los sueños, de los actos fallidos; 2.°, transferencia afectiva o sentimental a la persona del médico; 3.°, la liquidación de esta transferencia.

2. Procedimientos complementarios. — El fin de los procedimientos complementarios es la *reeducación de los instintos* por la condenación; la sublimación; el enderezamiento del régimen sexual.

1.° *Condenación.* — Consiste en llevar al sujeto a combatir las tendencias perversas, y, por consiguiente, a renunciar a las satisfacciones groseras que implican.

2.° *Sublimación.* — La sublimación, de la que hemos hablado ya, tiende a desviar hacia objetivos no sexuales, y hasta hacia fines de orden superior, las tendencias sexuales que han producido la psicopatía.

3.° *Enderezamiento.* — El enderezamiento del régimen sexual va a asegurar, en lo que sea posible, la vida sexual normal (2).

275. II. Condiciones de éxito por parte del enfermo. — El tratamiento psicoanalítico exige, por parte del enfermo, circunstancias favorables; ciertas cualidades de inteligencia y de voluntad; una juventud relativa.

1. Circunstancias favorables. — Disponer de tiempo y de medios de fortuna son condiciones precisas. El tratamiento es largo y costoso. Dura semanas, meses, a veces años, a razón de una hora de sesión cada día o cada dos días.

2. Cualidades de inteligencia y de voluntad. — 1.° El enfermo no reaccionará contra sus impulsos instintivos, o cuando menos afectivos, si no logra, con ayuda del médico, discernirlos y reconocer su malignidad. Esto requiere alguna inteligencia y cierta cultura.

2.° Por parte de la voluntad, son necesarias tres disposiciones para que el tratamiento, a menudo penoso y siempre fundado en una colaboración estrecha, dé el resultado deseado. Estas cualidades son un vivo deseo de curación; una perfecta sinceridad; una buena voluntad constante.

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 123.
(2) *Ibid.*, págs. 132 y sig.

3. JUVENTUD RELATIVA. — Por último el tratamiento debe recaer sobre sujetos relativamente jóvenes. «Pasados los cuarenta y cinco años, por término medio, los enfermos se muestran más o menos refractarios a la comprensión de su vida afectiva profunda» (1).

En esta ocasión responderemos brevemente a esta pregunta: ¿es oportuno explorar *en los niños* el inconsciente, y, por consiguiente, emplear en su formación, como método a la vez *correctivo* y *preventivo,* el psicoanálisis que descubrirá los focos peligrosos, desalojará una aversión por tal género de enseñanza, aversión análoga a la repugnancia por ciertos alimentos; señalará los puntos en que las malas pasiones pueden estallar; substituirá la reprensión, ineficaz si es débil, peligrosa si es fuerte, siempre incompleta, puesto que deja subsistir el principio del mal, por la sublimación, inconsciente es cierto, pero bienhechora y capaz de transformar en todas las virtudes los gérmenes de desorden?

Nuestra respuesta es la de W. Stern, que condena absolutamente el empleo del método psicoanalítico en educación, y ve en él «un pecado pedagógico».

Dos razones motivan este veredicto: el gran peligro del método aplicado al niño normal; la inutilidad de la exploración para orientar hacia el bien los impulsos inconscientes, y asegurar, en la conducta de la vida, la primacía de la voluntad libre.

1.° *Peligro de la exploración.* — Lo que podría ser medio de salud para el adulto es pernicioso para el niño, que no podría, sin graves inconvenientes, replegarse con ansiedad sobre sí mismo y asistir a la violenta manifestación de tendencias profundas que conviene, principalmente a esta edad, combatir indirectamente por el dominio del espíritu (2).

2.° *Inutilidad de la exploración.* — Sin penetrar en el inconsciente, el educador puede, acostumbrando al niño a combatir su *orgullo* y su *sensualidad,* obligarle a formarse una voluntad firme y constantemente aplicada a bienes superiores. Esta voluntad *sublimará libremente* todas las tendencias sensibles, y con ello utilizará para el ideal al que tiende sus potentes energías (3).

276. III. Condiciones de éxito por parte del médico. — Será provechoso distinguir las condiciones que no son necesarias y las que son indispensables.

1. CONDICIONES QUE NO SON NECESARIAS. — Aunque se muestra muy indulgente para Freud, el Dr. A. Hesnard *no exige* que el médico sea «un *creyente del psicoanálisis*».

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 129.

(2) «Aun en manos de un médico honrado el psicoanálisis freudiano es un instrumento peligroso. Expone a abrir intempestivamente abscesos morales, o bien a inocular, por sugestión inconsciente, en una alma todavía intacta, «complejos» particularmente virulentos» (*N. R. T.*, págs. 48 y sig., 1926). Esta reflexión se aplica *particularmente* al psicoanálisis en los niños.

(3) J. de la Vaiss., págs. 57 y sig., en la que esta cuestión es tratada con la extensión deseable.

Es posible provocar una transferencia, hacer revivir al enfermo sus emociones..., penetrar... en la intimidad de su vida instintiva y llevarle poco a poco a la intuición de los orígenes reales de su mal.., sin hacer intervenir para ello en todas sus exigencias doctrinales la misma *teoría* del psicoanálisis» (1).

Basta recordar el hecho cierto de que el inconsciente ejerce sobre la actividad consciente una influencia muy real y a veces muy nociva.

Añadimos que el enfermo estará en mayor *seguridad* con un práctico que repudie el pansexualismo; que admita una distinción esencial entre las tendencias espirituales y las tendencias sensibles; que tenga por cierta la existencia del libre albedrío (2).

2. CUALIDADES INDISPENSABLES. — Hay que considerar como *indispensables* buen número de cualidades, de las cuales unas se refieren a la *inteligencia,* otras a la *voluntad,* al carácter, a la personalidad moral.

1.° *Cualidades intelectuales.* — Las cualidades *intelectuales* se reducen, como es justo, a la habilidad profesional.

Pero esta habilidad profesional es de una complejidad singular.

Está constituída: *a)* por competencia médica *general; b)* por competencia médica *especial,* adquirida por un estudio profundo y práctico (3) de los métodos psicoanalíticos, competencia que el ejercicio personal del psicoanálisis perfeccionará poco a poco; *c)* por un sentido psicológico muy despierto, muy fino, muy penetrante; *d)* por un gran tacto natural, y por un tacto que se manifestará, ante todo, como exige la moral, por una exquisita delicadeza para tratar de las cuestiones sexuales, así como una casta reserva para omitirlas cuando no es moralmente necesario abordarlas.

Por esto el Dr. P. *Le Gendre* tiene plena razón cuando escribe: «El método de diagnóstico preconizado por Freud, que ha hecho correr ríos de tinta desde hace algunos años, supone *una buena dosis de psicología* para ser utilizado eficazmente» (4).

2.° CUALIDADES MORALES. — Las cualidades morales que dependen de la voluntad son:

a) Una *perfecta honradez,* y por lo tanto una elevada conciencia profesional, que, en todo, tenga por único objeto la curación del enfermo, y desprenda del curador al paciente cuando éste haya recobrado su capacidad de evolución normal.

b) Una *autoridad* que se imponga por su suavidad e inflexible firmeza.

c) Finalmente una *paciencia* a toda prueba, puesto que se trata de una cura larga y penosa, denominada con justicia por A. Hesnard «tratamiento heroico» (5).

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, págs. 130 y sig.

(2) *N. R. T.*, pág. 49, 1926.

(3) «Los psicoanalistas profesan que para practicar correctamente su método es necesario, entre otras condiciones, haber estado sometido a su vez al análisis (psicoanálisis didáctico); véase A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 129, nota 2.

(4) *La vie du médecin,* pág. 287, 1931.

(5) *La psychanalyse,* pág. 129.

3. Conclusiones. — *Sin estas cualidades* se corre el riesgo de agravar el mal en lugar de curarlo. *Con estas cualidades* es posible, por lo menos, mejorar las psiconeurosis.

1.° *Agravación.* — «Provocar directamente confidencias sexuales, intervenir en ellas sin tacto, manifestar ante la incomprensión ansiosa o excitada del paciente una pedante erudición freudiana verbal, es correr al desastre, enervar o indignar al enfermo y comprometer para siempre su tratamiento moral» (1).

Por lo tanto, al psicoanalista apasionado por las teorías sexualistas de Freud le son necesarias una gran delicadeza y una reserva muy prudente para no dañar gravemente (2).

«He tenido ya ocasión de comprobar la influencia tristemente desmoralizadora que ejerce, aun sobre las mujeres de la clase cultivada, cuando, arrastradas por el tratamiento freudiano, llegan a considerar todas las relaciones humanas, aun las más inofensivas, desde el punto de vista sexual» (3).

«En el fondo de las neurosis existe a menudo... un trastorno de la esfera sexual; ¿es siempre oportuno remover este fango y hacerlo subir a la superficie? Y el interrogatorio psicoanalítico inspirado por los prejuicios sexualistas del médico ¿no creará por completo en el enfermo «complejos» sexuales imaginarios? ¿No es exponerse por lo menos a reforzar artificialmente «complejos» preexistentes dormidos hasta entonces? Y todo esto, ¿con qué consecuencias psicológicas y morales? Un psicoanálisis algo profundizado va acompañado de serios riesgos para el que lo sufre» (4).

2.° *Curación o mejoría.* — «En la práctica, los casos enteramente favorables son *relativamente poco numerosos*. Pero toda neurosis puede ser mejorada cuando la cura es realizable prácticamente» (5).

Cualquier práctico, aun sin estar versado en las teorías freudianas, «que haya comprendido bien de qué se trata», puede intervenir útilmente en los *casos simples*.

Más aún. «El simple consejo de abandonar ciertas prácticas perniciosas de fraude conyugal — coito interrumpido, uso de preservativos masculinos, etc. — y de regularizar el régimen sexual, puede por ejemplo hacer desaparecer a veces como por encantamiento el nervosismo penoso de ciertos neurópatas» (6).

3.° Razón última de la curación. — El Dr. A. Hesnard estima que la curación es debida a la «puesta a la luz de los complejos» (7). Otros atribuyen la curación a la poderosa influencia moral del psicoanalista. Esta es, por ejemplo, la opinión de Foerster. «En los nerviosos, siempre que por una explicación o por un nuevo tratamiento se varía el curso habitual de las ideas, se provoca una diversión, hay una liberación momentánea» (8).

(1) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 130; véase también págs. 121 y sig.
(2) *N. R. T.*, pág. 49, 1926.
(3) Fr. W. Foerster: *Morale sexuelle*, pág. 145, nota 1.
(4) *N. R. T.*, pág. 49, 1926.
(5) A. Hesnard, pág. 120, nota 1; véase también págs. 163 y sig.
(6) A. Hesnard: *La psychan.*, pág. 136, nota 1; véase también págs. 131 y sig.
(7) *Ibid.*, pág. 163.
(8) Foerster: *Morale sexuelle*, pág. 144.

A los médicos corresponde decidir. Pero los médicos distan de estar de acuerdo. Hasta muchos de ellos, y no de los menos importantes, niegan que la neurosis provenga de causas *puramente psíquicas*. Para ellos no resulta, como pretende Freud, «de la influencia de tendencias o de complejos sexuales rechazados al inconsciente en el curso de la vida individual y que, en un momento determinado, entran en conflicto con la vida psíquica consciente sin que el sujeto se entere de ello» (1).

§ 7. — Conclusiones generales

En el curso de este estudio hemos derivado ya, de paso, las conclusiones generales que conviene retener. Sin embargo parece conveniente presentarlas en un *cuadro de conjunto*. En él se comprenderá mejor hasta qué punto el freudismo peca por exceso y por defecto. El *doble exceso* no es más que el pansexualismo y la sublimación inconsciente. En cuanto al *doble déficit*, consiste principalmente en la ruina equivalente de la voluntad libre y de la verdadera moral.

277. I. Doble exceso: pansexualismo y sublimación inconsciente. — «Al dirigir la atención sobre la importancia de las tendencias inconscientes, sobre el determinismo de conjunto y la continuidad del psiquismo, Freud ha prestado a la ciencia un señalado servicio, merecedor de una gloria muy pura.» Pero «esta gloria del psicólogo quedará para siempre velada por la reprobación debida a la temeridad del teórico, que, sin apoyarse en pruebas sólidas, ha presentado el dinamismo sexual del hombre como el origen de sus aspiraciones más elevadas y de sus afecciones más castas» (2).

Así todo el psiquismo *consiste* en lo sexual desde la más tierna infancia, y de lo sexual *derivan* sin excepción las tendencias superiores en el curso de la vida: he aquí el doble exceso del freudismo. He aquí también el secreto de su éxito entre las masas.

1. Primer exceso: pansexualismo. — La universalidad y, más aún, la precocidad de lo sexual en Freud hace de la teoría freudiana un sistema no solamente cerrado a las demás psicologías, sino opuesto al sentido universal de la más sana humanidad, y propio para separar del autor a sus mejores amigos.

«*Se conciben estas repugnancias.* — Hablar de «perversión sexual», de «narcisismo», de «complejo de Edipo», de «afectos incestuosos» en el niño de pecho es más que un abuso de palabras: es una falta de sentido. Pues si semejantes expresiones conservan una significación distinta, la toman por completo de desórdenes específicamente «genitales», ausentes, según el mismo Freud, en el niño muy pequeño. Suprimid el elemento ge-

(1) Dr. P. Divry: *Physiologie sexuelle*, pág. 163; véase también Laumonier: *La thérapeutique des péchés capitaux*, pág. 164.
(2) J. de la Vaiss.: *La théorie psichanalyste de Freud*, en *Archives de philosophie*, volumen VIII, cuad. I, págs. 100 y sigs.

nital: ¿qué queda de la *líbido* infantil sino el despertar de una facultad de gozar y de una afectividad vulgares que nada tienen que ver con la diferenciación de sexos?» (1).

2. Otro exceso conexo: sublimación sin saberlo el sujeto. — En cuanto a si la afectividad primitiva manifestada en las reacciones «hedónicas» del niño muy pequeño debe ser o no denominada «sexual», también se podría reprochar a Freud el querer hacer salir de ella, *como de un germen,* todas las actividades superiores del hombre, aun las más altamente intelectuales.

Entre la *líbido* hedónica y la investigación desinteresada de la verdad, entre la atracción del bienestar sensible y la tendencia al sacrificio de sí mismo, entre el amor al placer y el amor al ideal, la *desproporción* es evidente. ¿Cómo sería lo *menos* la causa adecuada de lo *más?* ¿Cómo germinaría el *espíritu* de la *materia*? Los diferentes géneros de la *líbido* inicial proponen, pues, un problema causal bastante grave que Freud no ha resuelto en modo alguno. No dice qué aumento de virtualidad se añade a la *líbido* para hacer posibles la sublimaciones...» (2).

Se puede admitir que un tendencia *sensitiva* se transforme en otra tendencia de la vida sensitiva. «Pero *el hombre no es solamente un animal.* Por encima del conjunto de las tendencias sensitivas posee las tendencias intelectuales, que manifiestan caracteres diferentes y hasta opuestos. Estas tendencias superiores se ejercen, en virtud de juicios, por medio de los actos voluntarios. En relación con ellas las tendencias sensitivas no son componentes, sino más bien mecanismos al servicio de la actividad superior... Es, pues, falso decir que las tendencias artísticas y las tendencias religiosas sólo son una expansión del instinto sexual» (3).

3. Influencia sobre las masas. — El freudismo «debe una parte demasiado grande de su éxito a la connivencia de los bajos instintos y de la curiosidad malsana» (4).

«*La posibilidad de influencia* de las ideas sexuales de Freud sobre la mentalidad de las masas se halla establecida por los hechos... El positivista italiano E. Morselli lo hace notar: «esta acción no se ejerce solamente sobre los psicólogos... Las producciones psicoanalíticas han inundado las bibliotecas, los gabinetes de lectura, los diarios, los teatros: en Suiza, en Alemania, en los países anglosajones, sobre todo en la Rusia soviética». Francia, al principio refractaria, abre cada vez más sus puertas a la invasión» (5).

278. II. Doble déficit: desaparición de la voluntad libre; descrédito de la moral. — Hemos hablado bastante (n. **256,** 3) de que

(1) J. Maréchal, en *N. R. T.*, pág. 47, 1926; véase más arriba. núms. **261** y **269.**
(2) J. Maréchal, en *N. R. T.*, pág. 48, 1926.
(3) J. de la Vaiss., en *D. P. C. R.*, t. III, artículo *Freud,* col. 434 supra, número **251,** 4.
(4) J. Maréchal, en *N. R. T.*, pág. 45, 1926.
(5) J. de la Vaiss.: *La théorie psychanalytique, Archives de philosophie,* vol. VIII, cuaderno I, pág. 89.

Freud suprime, o por lo menos reduce considerablemente, el papel de la voluntad libre, papel que en toda vida verdaderamente humana debe ser de primer plano y ejercerse bajo la dirección de la razón para establecer el reino del espíritu y orientar hacia fines superiores la actividad de las tendencias animales.

Nos bastará, pues, demostrar que casi todas las teorías de Freud desacreditan la moral tradicional, la moral de los deberes, la moral que la ley natural prescribe y sanciona, y especialmente, como es de justicia, la moral sexual.

1. Ruina de la moral en general. — En un sistema que suprime a Dios, y que por añadidura suprime o minora la libertad, no podría hablarse propiamente de *obligación moral.*

En verdad, la moral es, como la religión, pura y simplemente descartada. A una y otra ha substituído el evolucionismo materialista. Y si se conservan los antiguos términos de religión y moral es después de haberlos vaciado cuidadosamente de su sentido.

2. Descrédito sobre la moral sexual. — Nadie negará que Freud, sin apuntar a la inmoralidad sexual, desacredita de mil maneras los abstinentes sexuales y la misma moral sexual.

1.° *Desacredita las abstinencias sexuales.* — Según él, una causa de inferioridad es la abstinencia sexual, o también la ignorancia sexual. Escuchad estas afirmaciones extrañas que van hasta contra la verdad.

«De un modo general no creo haber comprobado que la abstinencia sexual contribuya a formar hombres de acción, enérgicos e independientes, pensadores originales, emancipadores y reformadores atrevidos. Por el contrario, los abstinentes sexuales son, en la mayoría de los casos, *bravas mediocridades,* y acaban por perderse entre la muchedumbre, a la que las individualidades fuertes logran, a pesar de ella, arrastrar en su seguimiento» (1).

«Si la mujer se muestra a veces intelectualmente inferior al hombre es porque se la ha impedido pensar en materias sexuales» (2).

Una de las conclusiones es la de que el niño debe recibir lo más pronto posible una instrucción sexual completa, dada en la escuela, con exclusión del clero, y esto por una razón completamente inesperada: «El eclesiástico no admitirá que haya una semejanza esencial entre el hombre y la bestia: sería renunciar a la inmortalidad del alma, de la que tiene necesidad para fundar las exigencias de su moral» (3).

2.° *Además Freud desacredita en numerosas ocasiones la verdadera moral sexual.* — Recordemos solamente los frecuentes ataques que dirige contra la moral «*cultural*»; el terror que inspira de las repulsiones; la definición que da del remordimiento.

(1) Citado por el Dr. Edgar Michaelis: *Freud: son visage et son masque,* págs. 106 y siguientes.
(2) En J. de la Vaiss.: *Archives de philosophie,* vol. VIII, cuad. I, pág. 65.
(3) *Ibíd.*, pág. 65. — Un instante de reflexión habría demostrado a Freud que la cuestión de la *inmortalidad* del alma supone al hombre *mortal* y por lo tanto animal razonable.

a) *Moral cultural.* — A la moral cultural, que tiene por objeto adaptar el ser humano a la vida social, o mejor a los sacrificios que exige del individuo, a las restricciones sexuales que impone, atribuye Freud en gran parte la nervosidad creciente de gran número de personas y las enfermedades de los neuróticos. «La influencia nociva de la civilización depende ante todo de las *restricciones* que la «moral sexual» en vigor impone a la vida sexual de los pueblos civilizados» (1).

Hay que confesar que consideraciones de este género, a menudo repetidas, no son para afirmar la verdadera moral sexual, distintamente severa de la moral «cultural».

b) *Terror de las repulsiones.* — Al insistir en muchas ocasiones sobre el peligro de la represión de los instintos, Freud inspira a muchos el terror de las repulsiones. Digamos solamente que el *dominio de sí mismo* nada tiene que ver con «la simple repulsión de impulsos y necesidades imperiosos si un tratamiento profundo de sus orígenes psicológicos y *sin aplicación, por otra parte, de su energía*» (2). Por esta distinción Freud habría hecho inofensiva una teoría, que, presentada sin precauciones, arruina la moral sexual.

c) *Definición del remordimiento.* — Según Freud el remordimiento, que él denomina la «mala conciencia», sólo es una constricción impuesta por el exterior. «La institución de la *mala conciencia (remordimiento)* fué primero, y en el fondo, una expresión de la crítica emanada de los padres, luego de la emanada de la sociedad; proceso al que asistimos siempre que una prohibición exterior y un obstáculo independiente del individuo hacen nacer en éste una tendencia a la repulsión» (3).

Se ve la consecuencia que se deriva fácilmente.

«Si por una parte la mala conciencia no es más que el producto de una interdicción exterior, y si, por otra parte, la satisfacción sexual constituye uno de los fines más deseables, el derrumbamiento de las barreras que se oponen a la realización de este fin sería una conclusión que derivaría naturalmente de estas premisas y se habría hecho para seducir al gran público» (4).

Asimismo, considerar la *conciencia* como «el producto de una interdicción exterior» es destruirla.

(1) En *Freud: son visage et son masque*, pág. 105; véase también Foerster: *Morale sexuelle*, págs. 146 y sigs.
(2) Foerster: *Morale sexuelle*, pág. 154.
(3) Citado en *Freud: son visage et son masque*, pág. 107.
(4) Dr. Edgar Michaelis: *Freud: son visage et son masque*, pág. 150.
Entre los adversarios más decididos de Freud los hay que, como el Dr. Laumonier, adoptan pura y simplemente su definición de *moral*. «Es *moral* lo que queda conforme con los hábitos, convenciones y leyes de la sociedad.» (J. Laumonier: *Les péchés capitaux*, página 15).

CAPITULO XV

CONSEJOS QUE INTERESAN A LAS COSTUMBRES

279. Cuestión que debe resolverse. — En sus relaciones con los enfermos, y particularmente en sus visitas y consultas a domicilio, el médico tiene ocasión a menudo de dar *consejos*.

Puede ocurrir que estos consejos sean *extramédicos*, consejos de amigo, consejos que no dependan de la ciencia médica y no tengan por objeto, en modo alguno, la salud.

Pero *de ordinario* los consejos que se piden al médico, o que él da espontáneamente, son consejos *médicos* que interesan a la salud de los clientes.

Por último, no es raro que estos consejos sean a la vez *médicos* y *morales*, es decir, que interesen a la salud y a las buenas costumbres.

En este capítulo no nos ocuparemos, como es natural, de los consejos extramédicos. Notemos solamente que el médico debe ser *muy reservado* en esta materia para no adelantarse e importunar con sus consejos (1); *lleno de prudente desconfianza en sí mismo*, para no salir de su competencia y aventurarse en un terreno mal conocido; *lleno de prudencia*, sobre todo si algún día encuentra entre sus clientes «a una vieja señora rica, sin familia próxima o reñida con ella, que se pega al médico, su único amigo, para pedirle consejos sobre el manejo de su fortuna» (2). Ahora bien, *nada más peligroso* que dar consejos sobre *colocación de fondos*. «Los prácticos viejos no caen en esta trampa. Escribo esto para los jóvenes: he visto a algunos, *demasiado envanecidos* por ser tratados con una confianza creciente que les transformó poco a poco de confidentes en consejeros y luego en árbitros de todos los problemas no médicos de la vida, que se han permitido dar consejos de los que han tenido que arrepentirse más tarde» (3).

Dejamos asimismo de lado, salvo en el artículo I, los consejos *médicos*, que, sujetos a las mismas reglas que el empleo de los remedios, no interesan a las buenas costumbres.

(1) «*No imitemos* a ese personaje imaginado por el humorista inglés Jerome K. Jerome. Después de haber tenido tanta confianza en sus propias luces que se había ofrecido por vía de publicidad a dar consejos a todos en cualquier circunstancia, no había tardado en comprobar que la mayoría de sus consejos habían sido nefastos, de suerte que no solamente había renunciado a ser consejero profesional *omnibus et de omni re*, sino que sacaba su revólver en cuanto se le pedía su opinión sobre la materia más vulgar» (doctor Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 353).
(2) *Ibid.*, pág. 354.
(3) *Ibid.*, pág. 354.

El objeto principal de este capítulo es, por lo tanto, el de estudiar, desde el punto de vista deontológico, los consejos *médicos* y *morales,* los consejos que en sí mismos, o en sus consecuencias, interesan no solamente a la salud, sino también a la moralidad.

2. División. — Después de haber expuesto el principio general que lo domina todo, examinaremos lo que *deben ser* moralmente los consejos relativos al cambio de profesión y al retiro; al celibato perpetuo o temporal; a la incontinencia antes del matrimonio; a la celebración del matrimonio; a la vida conyugal; a la fecundación artificial; a la unidad y a la indisolubilidad del matrimonio.

Se ven la delicadeza e importancia de estas diversas cuestiones, varias de las cuales son resueltas por muchos autores, sin preocuparse de la moral y de la verdad, con la ayuda de sofismas más o menos disfrazados, más o menos especiosos, derivados a menudo de una pretendida experiencia (1).

280. Principio general. — En sus consejos médicos, el médico debe, *no solamente* ser tan útil a la salud como le sea posible, sin acarrearle jamás conscientemente perjuicio alguno, *sino* que debe respetar *también* toda ley obligatoria en conciencia, e incluso todas las formas del bien, de lo mejor y de lo perfecto: por consiguiente, no empujar jamás al mal o aprobarlo; no desviar del bien, moralmente necesario o plenamente libre y subjetivamente realizable; disuadir, con oportunidad y prudencia, de todo lo que sería violación de la ley, injusticia, falta de caridad, o incluso de lo que, mejor en sí, sería para el cliente un fardo demasiado pesado.

Obrando de tal suerte el médico *servirá al cuerpo sin dañar el alma:* no detendrá sus ojos en la envoltura carnal, sino que llevará su mirada *hasta el espíritu,* que anima a la materia y da al compuesto humano su dignidad. En una palabra, será hombre de conciencia y de perfecta honestidad.

ARTICULO PRIMERO

CAMBIO DE PROFESION Y RETIRO

281. I. Cambio de profesión. — Consultado sobre la necesidad u oportunidad de un cambio de profesión por un cliente que tiene en su favor, o tal vez en su contra, a la familia y trata de *escudarse* tras un consejo autorizado, el médico se mostrará *prudente* y *reservado,* sobre todo si se trata de un enfermo que se deja gobernar por los sentimientos y está lejos de poseer toda la firmeza de carácter deseable.

De ordinario se limitará a hacer las observaciones pertinentes que pondrán a los interesados en condiciones de decidir por sí mismos.

(1) Sobre todos estos puntos, el médico, a fin de que no le tomen desprevenido, debe tener de antemano principios bien determinados.

Si tiene, pues que presentar *razones médicas sólidas* en pro o en contra de la resolución que está en estudio, las expondrá francamente al cliente y a su familia, dejándoles, en la mayoría de los casos, el cuidado de decidir. Si, por el contrario, no tiene que hacer valer, en favor o en contra, ningún motivo muy grave *derivado de la salud,* lo dirá y se negará a un mayor compromiso.

Mediante esta conducta prudente se ahorrará recriminaciones que no dejarían de producirse si el cambio provocara a continuación lamentaciones tardías, o incluso llegara a causar dificultades financieras y tal vez a disminuir la unión de la familia (1). Lo que acabamos de decir se aplica en parte al *retiro anticipado.*

282. II. Retiro anticipado. — Consultado a veces sobre un cambio de profesión, el médico es *consultado* con más frecuencia todavía por un enfermo, negociante, funcionario, magistrado, oficial superior, sobre la necesidad o la oportunidad de *retirarse* antes del tiempo normal. También a veces debe hacer, por razones urgentes, los primeros pasos con este motivo y *dar un consejo que no se le pide* y que no será muy bien recibido. Por esto conviene distinguir los *dos casos,* que exigen del médico una conducta *algo diferente.*

1. Consejo solicitado. — Si es *consultado* sobre la necesidad o la oportunidad de un retiro anticipado por un enfermo que se siente demasiado debilitado para cumplir sus obligaciones, procederá con la más *extremada prudencia.*

Sólo aconsejará al enfermo retirarse si comprueba, *con certeza,* después de un examen escrupuloso y reiterado, una afección orgánica, o, lo que es más delicado, una neurastenia *incurable,* que, según todas las apariencias, hace *definitiva* la impotencia absoluta que padece el cliente. Si no encuentra lesión orgánica alguna y no desespera completamente de un mejoramiento del estado neurasténico con el tiempo, desviará al paciente de toda *medida irreparable,* y se contentará con aconsejarle un reposo más o menos prolongado.

Con esta prudente reserva servirá del mejor modo los intereses de su cliente sin comprometer sus propios intereses. «Consideremos — dice el doctor Le Gendre — los casos frecuentes en que una insuficiencia funcional no responde a una lesión orgánica y *sólo será pasajera.* Si hemos aprobado la renuncia, cuando el paciente haya dimitido, y recuperado su actividad gracias a un cierto período de reposo, se arrepentirá de haberse retirado y nos acusará de haberle dejado obrar sin haber previsto que sus fuerzas renacerían» (2).

2. Consejo dado espontáneamente. — Puede ocurrir que un retiro anticipado sea el *único medio* de prolongar la existencia de un tuberculoso, de un diabético, cardíaco, etc., *o también* de evitar los desastres financieros, o desgracias más graves, que resultarían casi fatalmente si un indi-

(1) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 354 y sigs., 1931.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 355.

viduo, condenado desde entonces a perder toda lucidez de espíritu, permaneciera por más tiempo a la cabeza de una importante empresa comercial o de un servicio público, cuyo manejo exige una inteligencia plenamente dueña de sus recursos.

En este doble caso, *y más aún en el segundo,* el deber profesional prohibe al médico guardar silencio. Debe necesariamente *anticiparse,* aconsejar el retiro inmediato con todos los cuidados requeridos, y, si es necesario, no expresar su opinión sino después de haberla hecho apoyar por uno o varios consultantes. Asimismo, una consulta se hace muy útil, y hasta prácticamente indispensable, sobre todo en *dos circunstancias: primero* si el enfermo no goza de una posición de fortuna que le permita, una vez retirado, vivir sin profesión; *luego,* y especialmente, si no sospecha en manera alguna las legítimas inquietudes que inspira su estado mental. «Entonces — dice el Dr. Le Gendre — conviene apelar a las luces de un colega de competencia reconocida, ingeniándose a veces para obtener esta intervención *antes de dar los primeros pasos* y hacer las sugerencias preventivas, tan penosas como necesarias» (1).

Llegamos así a los consejos que son a la vez *médicos* y *morales.*

ARTICULO II

CELIBATO TEMPORAL O PERPETUO

283. Cuestión por tratar. — Si el médico es consultado o cree que debe hablar sin que se le pida su opinión, *¿qué consejos* debe dar respecto al *celibato* temporal o perpetuo, que es, por algún tiempo o para siempre, una renuncia al matrimonio? ¿Está autorizado para desaconsejar a *todos* sus clientes, como contraria a los legítimos intereses de la sociedad y del individuo, y especialmente de la salud, la *continencia absoluta* y *perpetua* que implica para toda la vida la renuncia al matrimonio y, por lo tanto, a los actos sexuales legitimados únicamente por tal estado? Si no puede honradamente desaconsejar a todos la perfecta continencia, ¿debe *adaptar sus consejos* a las circunstancias, es decir prohibir unas veces para siempre o por algún tiempo el matrimonio, otras veces por el contrario, aconsejar calurosamente el matrimonio inmediato, y otras, aprobar el celibato, unido a la práctica más exacta de la castidad?

Es imposible responder a esta cuestión bastante compleja *si se confunde* el celibato con la continencia, *y si no se distinguen,* según los móviles que alejan del matrimonio, *tres formas de celibato.*

1. CELIBATO Y CONTINENCIA. — La renuncia al matrimonio, designada con el nombre de *celibato,* no tiene valor moral sino cuando va acompañada de la *continencia,* por la que el hombre conserva una *castidad perfecta,* y por lo tanto se abstiene de todo goce sexual, no tiene

(1) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 356.

comercio con mujer alguna, respeta su propio cuerpo, en una palabra, *se contiene.*

2. TRES FORMAS DE CELIBATO. — En cuanto al celibato, puede ser y es, según los casos, *necesidad, cobardía, virtud.* Es una *necesidad* si es impuesto, v. gr., por la incapacidad absoluta de realizar el acto conyugal, por una pobreza extremada, por una enfermedad contagiosa. Es una *cobardía* si está inspirado por el deseo egoísta de evitar las cargas del matrimonio: en este caso se alía con excesiva frecuencia con la incontinencia más vergonzosa. Es una *virtud* si es motivado por la viril resolución de dedicarse más completamente al servicio de Dios o del prójimo, y ennoblecido por la práctica constante de la más completa castidad (1).

Ahora nos hallamos en condiciones de determinar *qué clases de consejos* debe dar el médico en materia de celibato, si quiere estar *de acuerdo con la ley moral.*

§ 1. — DEL CELIBATO QUE ES NECESIDAD

284. I. Principio. — Si, por excepción, es consultado, o juzga que debe hablar sin que le pregunten su opinión, el médico *prohibirá* resueltamente el matrimonio a todo cliente que, en razón de un estado de impotencia *antecedente, perpetua y cierta,* sea, absolutamente y para siempre, impropio para el acto conyugal.

Desaconsejará más o menos enérgicamente el matrimonio a un enfermo que no pueda, sin *grave daño* para su propia salud o la del cónyuge, hacer, como conviene, la vida conyugal.

Mas, para no salir de sus atribuciones y no ser más severo que el derecho natural, nunca olvidará las *tres observaciones* siguientes, que precisan los deberes morales del candidato al matrimonio hacia su propia persona, hacia su cónyuge y hacia los hijos que nazcan de la unión proyectada.

Aparte de la salud, consideraciones muy serias pueden tenerse en cuenta y legitimar moralmente el matrimonio de un enfermo que, presa de una enfermedad *no contagiosa,* corre tan sólo el riesgo, en el uso de la vida conyugal, de agravar notablemente su propio estado. Más aun, un enfermo afligido por una enfermedad *contagiosa* no se hace culpable de ninguna injusticia si contrae matrimonio con una persona *debidamente advertida* de la situación y que por graves razones consiente. Por último, desde el punto de vista estrictamente moral, no hay, para un individuo afecto de enfermedad *transmisible* por vía de herencia o de educación, obligación rigurosa de abstenerse del matrimonio para no gravar con tachas hereditarias los hijos que puedan nacer de él.

285. II. Explicación. — 1. IMPOTENCIA PERPETUA. — La impotencia *antecedente, perpetua* y *cierta,* es decir, la incapacidad absoluta de rea-

(1) P. Bureau: *L'indiscipline des mœurs,* cap. 7, pág. 321.

lizar el acto conyugal, constituye, según el *derecho natural,* un obstáculo insuperable para la *validez* del futuro matrimonio: en este caso falta el objeto esencial del contrato. Al *prohibir* el matrimonio, el *médico, que está seguro* del estado de impotencia perpetua, se limita, pues, a intimar una prohibición establecida por la ley moral (Can. 1.068).

Mas la impotencia de que hablamos no es frecuente; y si una operación quirúrgica no ha extirpado los órganos necesarios para las relaciones sexuales, es muy difícil comprobarla con seguridad; algunas veces incluso, si se trata de una mujer, resulta difícil, después de una intervención quirúrgica, distinguirla de la simple esterilidad (1). Por esto el médico, en caso de ser consultado, no tendrá sino muy raramente ocasión de prohibir por este motivo la unión conyugal. En materia semejante debe mostrar, además, una extrema reserva y prudencia. Sin conserva *alguna duda* se guardará de *prohibir* el matrimonio (2).

2. SALUD DEL CLIENTE. — El derecho natural no prohibe el matrimonio a un hombre destinado a una muerte prematura como consecuencia de una enfermedad crónica, pero *no contagiosa,* y que la vida conyugal *no agrava* (3).

1.° *No obstante, nada impide* al médico colocarse en el punto de vista estrictamente médico y *desaconsejar* uniones semejantes. El Dr. Le Gendre escribe a este respecto: «Creemos que los grandes *diabéticos,* los sujetos que sufren una *nefritis crónica,* deberían renunciar al matrimonio... Pero las *albuminurias* pasajeras, especialmente la albuminuria cíclica de los adolescentes, no son tachas que produzcan gran impedimiento (4).

2.° *Aun es más fácil para el médico* disuadir del matrimonio a un enfermo que, afligido por una afección crónica y no contagiosa, no puede permitirse la vida conyugal *sin agravar notablemente su estado:* si razones muy graves no legitiman el matrimonio, la moral se une al arte médica para prohibirlo.

(1) *Así la ablación de los ovarios,* y hasta de los ovarios y del útero, no constituye *ciertamente* para la mujer, a juicio de las Congregaciones Romanas, un caso de impotencia (Capellmann: *Médecine pastorale,* págs. 352 y sigs.). La *esterilidad* es cierta; pero la *impotencia,* que hace inválido al matrimonio, sigue siendo objeto de controversia. La unión conyugal no podría, pues, ser prácticamente prohibida.

(2) La *esterilidad* no *invalida* el matrimonio; pero puede, *a causa de la circunstancias,* hacerlo *ilícito.* Un hombre todavía joven, que se sabe incapaz de tener hijos y sin embargo contrae matrimonio sin advertir a su novia, falta a la vez al honor y a las prescripciones de la ley moral, que obliga en todo contrato a manifestar al otro contrayente los defectos ocultos y *gravemente nocivos.* Si este hombre es desgraciado en su hogar, merecerá su suerte. Naturalmente, la misma obligación se impone a una mujer joven consciente de su esterilidad. El médico aconsejará al hombre abstenerse del matrimonio o que prevenga a su futura esposa. El mismo consejo dará a la mujer (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 364 y sigs.).

(3) El enfermo no comete ninguna *injusticia,* puesto que su enfermedad no es contagiosa; y la *caridad* no le obliga, para ahorrar a otro una viudez prematura, a sufrir este *grave inconveniente* que es la privación del matrimonio.

(4) Dr. Le Gendre: *loc. cit.,* pag. 364.

Naturalmente, corresponde al médico juzgar si en el caso dado las relaciones sexuales pueden tener inconvenientes graves desde el punto de vista de la salud (1).

Al parecer los *cardíacos* deben ser considerados especialmente. Pero en este caso no suele haber regla general. «El matrimonio de los *cardíacos,* tanto si se trata de lesiones adquiridas como congénitas, es sobre todo asunto de casos particulares. Al *hombre* que no tiene sino una lesión orificial bien compensada, le conviene especialmente *evitar los excesos,* ora sexuales, ora de fatiga física... Para la *mujer* se plantea la cuestión del embarazo... Si la lesión es poco acentuada, o las condiciones permiten una higiene perfecta, la mujer cardiópata puede llevar a buen término uno o varios embarazos... No obstante, nuestro deber es advertir a los interesados la posibilidad de accidentes grávidocardíacos que pueden manifestarse desde el primer embarazo...» (2).

3.° «*Sin embargo, hay que esperar* con mucha frecuencia que, después de haber escuchado nuestra opinión, los individuos o las familias *no se conformen a ella* si contraría a sus intereses o a sus inclinaciones» (3). Incluso a veces razones derivadas del orden moral, por ejemplo la dificultad de observar una perfecta continencia, pueden autorizar *en conciencia* a un enfermo a contraer matrimonio.

3. SALUD DEL CÓNYUGE. — Si es consultado sobre el matrimonio por un cliente afecto de *enfermedad contagiosa,* o también si se ve obligado, por oficio, a tomar la iniciativa y a dar su opinión sin ser consultado, el médico cuidadoso de sus deberes considerará *a la vez* los intereses de su enfermo y los de la parte sana: *los intereses del enfermo,* que tal vez no se halla en condiciones, sin agravar notablemente su estado, de hacer frente a los deberes conyugales; *los intereses de la parte sana,* que en justicia tiene ciertamente el derecho, y el derecho riguroso, de no ser contaminada sin su consentimiento.

(1) Nos referimos a las *relaciones sexuales* con su *consecuencia natural,* que para la mujer es a menudo el embarazo.

Por esto la siguiente observación del Dr. Le Gendre tiene su utilidad: «Hay, dice, ciertos consejos que no se nos piden, pero que haremos bien en darlos cuando convenga: así el de *hacer operar* antes de casarse a una joven *afecta de apendicitis crónica,* puesto que sabemos cuánto agrava al pronóstico el embarazo» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 365).

(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 360 y sigs.

Alguna vez el médico deberá desaconsejar el matrimonio a la *parte sana,* por ejemplo a la joven novia, aun cuando la enfermedad del pretendiente *no fuera contagiosa ni tendiera a agravarse por la vida sexual.*

Es decir, que desviará a su cliente de la unión proyectada si la enfermedad, mental o física, del novio ha de hacer al matrimonio *mal avenido y desgraciado.*

Así una *predisposición a la alienación mental,* «sobre todo cuando existen casos en los ascendientes», una *psicastenia* muy avanzada que haga la vida insoportable a los que rodean al enfermo, el *alcoholismo,* «confirmado por signos acentuados», son otras tantas razones para tomar partido contra el matrimonio: «debemos disuadir a una mujer que acepte un pretendiente que seguramente será un mal marido» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 364 y sigs.).

(3) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 356 y sigs.

En la práctica, la *principal dificultad* para el médico consiste en discernir *en qué casos* el peligro de contagio subsiste, y por tanto le obliga a plantear al enfermo la alternativa de abstenerse por el momento del matrimonio o de declarar con todo honor y lealtad su estado de salud a quien tiene derecho a ello.

Concederá de preferencia su atención a la tuberculosis, y más todavía a la sífilis, sin olvidar, como ocurre harto a menudo, la blenorragia.

1.° *Tuberculosis.* — «Conociendo la frecuencia extrema de la tuberculosis», no puede prohibirse el matrimonio a todos los individuos que han sufrido un ataque extrapulmonar o incluso pulmonar de esta enfermedad. Por el contrario es preciso descartar del matrimonio, por lo menos provisionalmente, a *todo caso en actividad,* en vías de erupción, febricitante o no, con deterioro del estado general. *Grancher* autorizaba el matrimonio un año o dos después de la recuperación de las fuerzas y de la detención de las *lesiones no abiertas*; pero hay que tener muy en cuenta las condiciones sociales. Si se ha tratado de *lesiones abiertas,* se impone la comprobación de la desaparición de los bacilos... Para la *joven* tuberculosa el matrimonio puede ser especialmente peligroso a causa del embarazo, a pesar de que éste va en general acompañado de una detención de la enfermedad, o incluso de una notable apariencia de salud. Para el *joven* tuberculoso el peligro está en los excesos sexuales; para la *pareja,* en las fatigas de los viajes o fiestas mundanas...» (1).

2.° *Sífilis.* — «Si bien por una parte no debe permitirse el matrimonio a los sifilíticos antiguos, con tachas por otra, cuando el tratamiento más intensivo posible ha sido instituído desde el principio..., si una vigilancia atenta no ha revelado ningún accidente, si las Wassermann de la sangre y del líquido cáfalorraquídeo han sido siempre negativas, puede permitirse el matrimonio *al cabo de dos años.* Es más prudente continuar el tratamiento durante un año y pasar todavía dos años en observación; más prudente todavía es aplicar tratamientos intensivos el primer año, bastante intensivos el segundo, muy intermitentes el tercero y el cuarto» (2).

Sobre las cuestiones delicadas que suscita la *sífilis hereditaria* puede consultarse al Dr. Le Gendre (3).

3.° *Blenorragia.* — ¡Cuántos hombres se casan sin preocuparse de la blenorragia, «que costará a sus esposas una metrosalpingitis gonocócica con sus consecuencias lejanas posibles, la ablación de los anexos! La mayoría de ellos ignora, por otra parte, la importancia de este rezumamiento uretral insignificante: nos corresponde advertir a nuestros clientes en vísperas de matrimonio que deben hacerse examinar y curar definitivamente, si es posible...» (4).

4. Salud de los hijos. — El interés de los hijos que nacerán afectos de tachas hereditarias, o contraerán casi inevitablemente en el medio familiar afecciones crónicas y penosas, no obliga a un enfermo a prohibirse el matrimonio y a abstenerse de la vida conyugal. Imitando a Santo Tomás y San Ligorio (1), los intérpretes más autorizados del derecho natural estiman que vale más para el niño nacer o desarrollarse en un estado lastimoso que no llegar a existir nunca.

(1) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 358.
(2) *Ibíd.,* págs. 361 y sigs.
(3) *Ibíd.,* págs. 362 y sigs.
(4) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 363.

El médico no puede, por lo tanto, *en nombre de la ley moral* y de la procreación de los hijos, descartar del matrimonio a un *tuberculoso* que ha advertido lealmente de su estado a su futura compañera, o incluso a un tuberculoso y una tuberculosa que pretenden unir su común miseria.

No obstante está autorizado para hablar *en nombre del arte médica* y para expresar las inquietudes que le inspira una unión semejante. Estas inquietudes serán menos vivas si ambos enfermos se han «curado recientemente de un ataque bacilar o están simplemente en curación aparente», con tal que, «a juzgar por sus lesiones anteriores y su salud general», haya esperanza de una bella curación definitiva. En este caso el médico insistirá más bien en las precauciones que deben adoptarse, particularmente en la necesidad «de elegir el *momento* de la procreación favorable» y de evitar, sobre todo entonces, todo exceso y toda fatiga (2).

§ 2. — Del celibato que es cobardía

286. I. Principio. — El médico puede a menudo aconsejar el matrimonio a un cliente que no se casa *por egoísmo,* para conservar sus comodidades e independencia y para substraerse a las cargas de la vida familiar. Indudablemente la semilla de la verdad caerá con frecuencia en un *terreno rocoso* y cubierto de espinas. Mas algunas veces encontrará una buena tierra: el consejo dado oportunamente salvará al joven que, *por debilidad,* no resiste a sus pasiones y compromete, con su salud, el honor de su familia.

II. Explicación. — El consejo de que hablamos es en sí legítimo; a menudo ineficaz; a veces fecundo.

1. Consejo legítimo. — Pueden distinguirse *dos clases* de célibes *por egoísmo:* los que, *excepción muy rara,* guardan de hecho la continencia,

(1) S. Alf., l. VI, núm. 951.
(2) *Sabourin,* citado por el Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 360 y 359.
Sobre la herencia del bacilo, el Dr. Le Gendre ha modificado algo lo que escribía (página 277 y sigs.) en su primera edición (*Déontologie...,* 1920).
He aquí lo que leemos en *La vie du médecin,* pág. 359, 1931.
«La herencia del bacilo ha sido por mucho tiempo considerada excesivamente rara y hasta dudosa: la placenta parecería un filtro suficiente. *Trabajos más recientes* relativos a la existencia de un ultravirus tuberculoso pueden invalidar la opinión de que los hijos de tuberculosos nazcan siempre exentos de tuberculosis. En todo caso pueden ser de escasa resistencia al contagio y tuberculizarse fácilmente al contacto de sus padres o de los bacilos del ambiente, incluso los que puede aportarles la alimentación. Por esto la vacunación con la BCG (vacuna Calmette-Guérin) se impone desde el nacimiento.»
Sobre los *predispuestos* a la tuberculosis se leerá útilmente al Dr. Léon Vannier: *La doctrine de l'homœopathie,* págs. 236 y sig.

sin dedicarse en manera alguna al bien social; los que rechazan o aplazan el matrimonio *para abandonarse a sus pasiones.*

Se presta un servicio *a los primeros* induciéndoles al matrimonio. Tal vez comprenderán demasiado tarde «que han frustrado su vida por cuanto ha carecido de deberes: privada de los deberes tonificantes de la disciplina familiar, su existencia se ha restringido a la medida de sus necesidades excesivamente reducidas» (1).

Es manifiesto igualmente que hay una razón muy particular, y distintamente apremiante, para aconsejar *a los segundos* la vida conyugal. Puesto que todo goce sexual está prohibido por la ley natural fuera del matrimonio, éste se convierte en una *necesidad moral* para quien no quiere observar la castidad perfecta.

2. Consejo ineficaz. — El consejo del médico, aunque sea un amigo, no será bien recibido por los individuos demasiado «enamorados de sí mismos», demasiado amantes de falsa libertad, quizá «susceptibles, misántropos y de una sensibilidad tal que a la más ligera restricción están tentados de tomar sus ligas por cadenas» (2).

Por lo menos el hombre de deber habrá descargado su conciencia y merecido, por una empresa penosa, mayor fortuna en otras circunstancias.

3. Consejo fecundo. — Un joven que cede mucho menos al egoísmo que a una pasión culpable, cuyas consecuencias, individuales y sociales, no mide por completo, aceptará más fácilmente al consejo del médico en especial si no pretende más que remitir para más tarde el grave asunto del matrimonio, y más todavía si es de aquellos que, semejantes en esto al conde Schouvaloff, convertido a continuación en religioso barnabita, conservan todavía *demasiado orgullo de alma* para complacerse en su abyección y encontrar la paz en ella.

Es posible que no se muestre insensible a este cuadro, tan verdadero, del amor libre, cuyo doble defecto es el de no ser *libre ni amor:* «No estar nunca contento, sentirse digno de desprecio, temer a la opinión, saber que no debe su reputación sino a la falsedad, envidiar la reputación de los demás, envidiar su virtud y no obstante negarse a creer en ella, esforzarse en disminuir su mérito a los propios ojos, luego calumniarlos, volverse duro, implacable, sacrificarlo todo a las inclinaciones; en una palabra, corromperse, sentirlo, y, sin embargo, obstinarse en no mejorar; luego disculparse de ello, culpar a la naturaleza, culpar al Creador, revocar» (o más bien invocar) «la fatalidad, negar el bien; más tarde blasfemar temblando y rechinar los dientes fingiendo que sonríe, he aquí... adónde lleva el amor profano», que nada tiene de legítimo (3).

Si estos rasgos acerados no han perdido toda su efectividad, se comprenderá «que la *libertad* no es para cada uno de nosotros un estandarte que se enarbola contra los demás, sino una *conquista laboriosa y dolorosa* que se realiza poco a poco en sí mismo; que significa esencialmente esfuerzo, docilidad, disciplina, *sumisión de la carne al espíritu,* de la bestialidad a la espiritualidad, del capricho fugaz a la voluntad reflexiva y tenaz; finalmente, y por encima de todo, victoria obtenida por la generosidad sobre el egoísmo y la investigación de sí mismo: se reconocerá entonces que el matrimonio monógamo, lejos de ser menos favorable que el amor libre a la verdadera liberación del hombre, es por el contrario la primera condición y el colaborador más activo de su libertad» (1).

(1) P. Bureau: *L'indiscipline des mœurs,* pág. 367.
(2) Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 182.
(3) P. Schouvaloff: *Ma conversion,* cap. I, pág. 26.

En el celibato *por devoción* encontraremos la más elevada expresión de esta libertad.

§ 3. — Del celibato que es virtud

287. Doble cuestión. — No está al alcance de todos guardar, por renunciar a la vida de los sentidos, por amor al prójimo, por amor de Dios y por virtud, el celibato perpetuo unido a una perpetua continencia.

Pero la castidad perfecta en el celibato es posible para ciertas naturalezas elegidas, bienhechora para el individuo, bienhechora para la sociedad, bienhechora para el cuerpo y la salud, y muy lejos de serles contraria en modo alguno.

Es lo que aclararán los *dos principios* siguientes, de los que el médico podrá y deberá derivar, en su papel de consejero, su regla de acción.

288. I. Primer principio. — No está prohibido al médico, y es más bien prudencia, desaconsejar la práctica del celibato perpetuo, por virtud y celo, a ciertas personas a las que una perfección semejante no conviene *ciertamente,* «ora en razón de su disposición física, ora como consecuencia de hábitos desgraciadamente adquiridos y de los que el matrimonio sería en el caso el único remedio legítimo» (2).

II. Explicación.—1. El celibato, o abstención del matrimonio, puede ocasionar en los individuos de que hablamos un *doble inconveniente:* la incontinencia secreta, y algunas veces pública, a pesar de los compromisos irrevocables, *o, tal vez,* si la voluntad no decae, un profundo debilitamiento del sistema nervioso, aunque este último peligro es muy raro, si es que existe. «Se concibe — dice Moureau — que para esta categoría de personas la vida de continencia perpetua podría ocasionar consecuencias enojosas; también, y con mayor frecuencia, estas consecuencias serán debidas, no a la continencia, sino a la mala conducta, que en estas circunstancias no es sino demasiado frecuente» (3).

2. El médico puede, con prudencia y guardándose de toda exageración, pintar este doble inconveniente a un joven que *manifiestamente* quisiera cargar con un peso superior a sus fuerzas y revestirse con la arma-

(1) Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs,* pág. 362.
(2) Moureau y Lavrand, pág. 257.
(3) *Ibid.,* pág. 257.

dura de Saúl. Mas en materia tan delicada se le consultará raramente, y, *si el caso es dudoso,* deberá remitir su cliente al médico del alma.

289. III. Segundo principio. — El médico no tiene en absoluto el derecho de desaconsejar el celibato perpetuo a un joven o a una joven, de constitución normal, que quiere guardarlo por virtud y se ha preparado a él por una pureza virginal al abrigo de toda contaminación, o por ásperas y victoriosas luchas contra malos hábitos contraídos en la infancia.

Vamos a explicar, de modo bastante extenso, este principio y a demostrar que el médico, para disuadir a su cliente del celibato perpetuo, no puede invocar con alguna apariencia de razón ni la imposibilidad de la continencia, ni la obligación del matrimonio, ni el bien de la sociedad, ni los intereses de la salud.

290. IV. Posibilidad de la continencia. — Si se sostiene, con los adversarios de la castidad y aun del verdadero matrimonio, que la vida sexual es en todo ser una *necesidad fisiológica,* una exigencia incoercible, como la necesidad de alimentarse y de respirar, se estará plenamente autorizado para negar que la continencia sea físicamente posible. Pero cuando demostraremos que la castidad perfecta, lejos de ser contraria a la salud, le es muy favorable, destruiremos esta pretendida necesidad, que somete el espíritu a la materia.

Es cierto, no obstante, que la castidad es difícil y que para la mayoría de los hombres resulta penoso dominar los deseos de los sentidos. Pero, con la ayuda del Altísimo, lo que en sí es difícil se convierte en posible, e incluso en relativamente fácil para quien sabe querer con voluntad *plena y tenaz;* abstenerse de jugar con la pasión sensual y de hacerle concesiones; suprimirle las vituallas evitando, tanto como lo permita la situación social, las excitaciones peligrosas; implantar y cultivar con amor en el corazón una *pasión noble,* arrebatadora, absorbente, manantial perenne de gozo, de impulso, de plenitud; en resumen, *conquistarse a sí mismo,* liberarse poco a poco del yugo de los sentidos, realizarse en un todo jerarquizado, establecer la primacía del espíritu sobre la materia.

291. V. Libertad del matrimonio. — De nada serviría haber demostrado la posibilidad de la continencia si el matrimonio fuera, por la ley natural, obligatorio. Por ello debemos recordar que *nadie está obligado a casarse* si ha resuelto abstenerse de los goces sexuales.

Indudablemente el matrimonio es necesario para la conservación y propagación de la raza humana: es el medio legítimo y único de combatir la obra de la muerte, que pasados algunos años extingue a las generaciones. Mas la *inclinación natural* que empuja a la mayoría de los seres a la vida sexual, *únicamente permitida en el matrimonio,* basta para asegurar, en ausencia de toda obligación moral impuesta a los individuos, la perpetuidad del género humano. No tenemos, pues, razón alguna para pretender que la ley moral obliga al matrimonio a las personas de uno y otro sexo. Donde es suficiente la inclinación natural no interviene la ley moral (1).

Diremos igualmente, si se prefiere otra expresión de la misma verdad, que la obligación de casarse es *real, pero hipotética.* Tan sólo el que no quiere privarse nunca de los goces sexuales, prohibidos por el derecho natural fuera de la unión conyugal, está obligado en conciencia a contraer matrimonio. Pero, lejos de condenar el celibato perpetuo unido a la más rigurosa continencia, la ley natural lo considera como un *estado más perfecto* y abundante en beneficios para el individuo, la sociedad, la salud.

292. VI. Beneficios individuales del celibato *plenamente casto.* — Si es *bueno casarse* con objeto de tener hijos a los que se educará, en primer lugar *para ellos,* y a los que se inculcará el culto del deber, *mejor* es renunciar a los goces de la familia para consagrarse en cuerpo y alma, sin reserva alguna, al servicio de Dios y del prójimo.

La excelencia del celibato perpetuo proviene entonces de un *triple origen:* del triunfo que se obtiene sobre la carne, del motivo que inspira el sacrificio, de la inflexibilidad de los lazos con los que se encadena. El célibe por libre elección y voluntad se espiritualiza, se dedica *sin restricciones* y para toda la vida, se entrega para siempre. En esta separación de la materia, en esta devoción, en esta donación definitiva de sí mismo, encuentra una perfección que J. de Maistre ha celebrado en estos términos: «Todos los pueblos han proclamado que hay en la continencia algo celeste que exalta al hombre y le hace agradable a la divinidad; que por una consecuencia necesaria, hace que toda función sacerdotal, todo acto religioso, toda ceremonia santa se avenga poco o nada con el matrimonio» (2).

Por lo demás la castidad en el celibato no es menos beneficiosa para la sociedad.

293. VII. Beneficios sociales del celibato por virtud. — Sin considerar más que la irradiación y el calor vivificante de la castidad perfecta, sin hablar de las obras múltiples a las que da origen, los beneficios *sociales* del celibato por libre elección, virtud y celo, se extienden sin sombra de exageración a todas las clases de la sociedad civil. Para todos es el celibato voluntario un fermento singularmente activo de *vida superior,* y por lo tanto magníficamente fecunda, plena, humana. He aquí la *idea maestra* que intentaremos aclarar brevemente.

Vamos a demostrar que el celibato por amor, unido a la perpetua continencia, es: para los *célibes forzosos,* un consuelo, una levadura de justo orgullo, una confortación; para los *jóvenes* no casados todavía y para los *esposos* unidos para siempre, un estimulante enérgico de la castidad temporal, garantía de un matrimonio fecundo; un origen de pureza, de generosidad, de fidelidad conyugal; para *todos indistintamente* (célibes forzo-

(1) Moureau y Lavrand, págs. 259 y sigs.
(2) Citado por el Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 183.

sos, adolescentes, jóvenes, esposos, viudas jóvenes), un ejemplo a la vez luminoso y animador. El hermoso libro de Paul Bureau (*L'indiscipline des mœurs*) nos suministrará todos los elementos de este estudio, forzosamente sumario.

1. Célibes forzosos. — El celibato voluntario *consuela, ennoblece, fecunda* el celibato forzoso.

Hay en toda sociedad un número mayor o menor de adultos *involuntariamente* condenados por las circunstancias al celibato perpetuo. «Ahora bien, ¿no es evidente que la resignación de estas diferentes personas se hará *menos penosa y más gozosa* si encuentran junto a ellas a otros adultos que, en plena posesión de su vigor físico e intelectual y de recursos a veces abundantes, han anunciado su firme resolución de permanecer toda su vida en el celibato? Estos *célibes voluntarios y «d'élite»*, que han querido consagrarse sin reserva a Dios, a la oración, y al culto de las almas, proclaman que a sus ojos el celibato, lejos de ser un estado disminuído y minorado, es por el contrario un *estado superior* en el que el hombre afirma en su plenitud el dominio de la voluntad sobre el instinto... Sería un error y una injusticia no reconocer aquí el servicio prestado a los célibes a pesar suyo por estos *generosos voluntarios* del celibato perpetuo, cuya espontaneidad tonificante da valor y confianza, *al elevarlos a sus propios ojos*, a esa inmensa multitud de adultos de toda condición a los que su soledad abandonada conduciría fácilmente al desaliento y a la acritud. Un ejemplo tan noble les *fortifica*, demostrándoles que una vida puede ser magníficamente fecunda, aun para quien está privado de los goces de la fecundidad conyugal...» (1).

Pero el servicio prestado por el celibato perpetuo a los jóvenes y a los esposos, es decir, a la familia y al matrimonio, es aún mayor.

2. Solteros y casados. — Los generosos amantes de la castidad perpetua contribuyen de una manera indirecta, pero muy eficaz, a promover en los *jóvenes* la *castidad virginal*, que es la mejor preparación para la santidad de las relaciones matrimoniales, y, en los *esposos*, la *castidad conyugal* y por lo tanto la fidelidad, unida a la fecundidad, que hace la alegría de las familias y la fuerza de los pueblos.

«En efecto, el matrimonio sólo es una institución social bienhechora mientras es capaz de mantenerse a cierto nivel de pureza, de generosidad, de nobleza. Ahora bien, la *experiencia* atestigua que este mantenimiento es casi imposible sin la colaboración activa de otros miembros del cuerpo social que habrán llevado todavía más lejos el dominio de la voluntad sobre los sentidos, y cuyo desinterés completo prueba que el hombre de buena voluntad puede dominar estas preocupaciones vulgares de interés y de ambición que asedian, hasta la obsesión envilecedora, a tan gran número de personas casadas.

El celibato perpetuo demuestra a los *jóvenes* de ambos sexos, demasiado jóvenes aun para contraer matrimonio, *que es posible* pasar la juventud en la continencia y la castidad.

(1) Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs*, págs. 324 y sigs.

Recuerda *a los esposos* el deber que les incumbe de mantener las relaciones conyugales en una exacta disciplina, y de no permitir nunca que una consideración interesada pueda prevalecer, en su hogar, contra las exigencias superiores de la generosidad moral y de la lealtad de las relaciones conyugales...»

He aquí por qué «toda tentativa de rebajar el celibato perpetuo *debe necesariamente afectar*, y de una manera múltiple, a la misma institución conyugal».

Comprobamos particularmente que la *fecundidad del matrimonio* está relacionada estrechamente con la continencia que los esposos hayan sabido guardar durante los años que han precedido a su unión, y con la que sabrán guardar también durante su matrimonio: pues *la continencia tiene su puesto indispensable en toda vida conyugal regulada*. Por consiguiente, la ejemplaridad de los voluntarios del celibato perpetuo es una *perpetua lección de valentía*, una victoria cotidianamente renovada, cuyo valor social e importancia no se podría alabar lo suficiente» (1).

Este valor social no enriquece solamente a los jóvenes solteros y a los casados; es el bien de todo el que cede, como San Agustín, al impulso de una noble emulación (2).

3. Todos indistintamente. — La castidad perpetua es una *lección de cosas* que habla con elocuencia penetrante a todo hombre de buena voluntad, aunque éste estuviera tentado por su hábito de carne que murmura: ¿podrás vivir sin mí? Comprende que él también puede libertarse de la tiranía de los sentidos y espiritualizarse. Es un beneficio de primer orden, y ¡cuán necesario!

«En toda sociedad», en efecto, «los actos que parecen no reclamar sino una dosis común de moralidad y de celo no son cumplidos por la gran masa de individuos en tanto no encuentran delante de ellos a vanguardistas, a *animadores* capaces de llevar hasta el heroísmo la observancia perfecta del principio integral. Respecto a las disciplinas sexuales, los voluntarios de la castidad perpetua *desempeñan el magnífico papel de animadores* y de guías... Su ejemplo nos muestra, al lado del deber, la *extensión de nuestro poder*, y, detrás de estos vanguardistas, de estos conquistadores de la libertad espiritual, camina la masa innumerable de los humanos, no ciertamente liberados como ellos, pero no obstante algo menos sometidos, menos esclavos de su egoísmo y de sus malos apetitos» (3).

Así la humanidad adquiere la inteligencia, o más bien la visión experimental de la gran verdad de que el *sacrificio es la condición de la vida plena:* no se lucha contra la naturaleza sino para fortificarla...; no se reduce ni se suprime sino para hacerse más capaz de las obras de fecundidad y de vida» (4).

(1) Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs*, págs. 326 y sigs.
(2) *Confessions*, 1, 8, núm. 11.
(3) Paul Bureau: *loc. cit.*, págs. 334 y sigs.
(4) *Ibid.*, pág. 330.

Concluyamos que el médico no puede, para condenar el verdadero celibato, invocar la imposibilidad de la continencia, la ley moral, el bien del individuo, el bien de la sociedad humana.

Tampoco está autorizado a pretender que el celibato perpetuo dañe a la salud.

294. VIII. Influencia sobre la salud. — La antigua objeción, cien veces refutada y cien veces renacida, es referida por P. Bureau en estos términos que la condensan: «La castidad, al negar a un órgano el ejercicio que reclama, es *nociva para la salud* y conduce el individuo, al cual atrofia, al desequilibrio, a la neurastenia y a veces a la locura» (1).

Los médicos, aparte de «ciertos medicastros ignorantes», los hechos y la razón protestan a la vez contra esta *asimilación mentirosa* del órgano genésico a un órgano ordinario. Establecen en cambio la feliz influencia de la continencia sobre la salud.

1. Médicos. — De entre todos los testimonios que P. Bureau ha reunido, siguiendo a Franck Escande y otros muchos, nos contentaremos con citar dos.

«La continencia, dice sir Andrew Clarke, no hace ningún daño (2): no impide el desarrollo, aumenta la energía y aviva la percepción. La incontinencia debilita el imperio de sí mismo, crea hábitos de relajación, embota y rebaja todo el ser y le expone a contraer enfermedades que pueden ser transmitidas a varias generaciones. Decir que la incontinencia es necesaria a la salud de los jóvenes, es no solamente un error, sino una crueldad. Es falso y nocivo a la vez» (3).

«Los males de la incontinencia son por desgracia bien conocidos, innegables; los que provocaría la continencia son supuestos, imaginarios. Lo que lo demuestra es que numerosas obras se han dedicado a exponer los primeros, y que los otros esperan todavía su historiador. Sobre este punto sólo hay vagas alegaciones, que se disimulan vergonzosamente en los libros, en algunas líneas, pero que no suministrarían la materia de un tratado y no toleran la luz de pleno día» (4).

2. Hechos. — «Una comprobación muy fácil y muy concluyente es la de la *longevidad* de que gozan en general los que han hecho votos de

(1) Paul Bureau: *loc. cit.*, pág. 294.

(2) Aquí sin embargo *se impone una observación* de la mayor importancia.

La continencia no hace ningún daño con la condición expresa de que no solamente sea exterior, sino *interior*, que al reinar sobre los actos del cuerpo establezca paralelamente su reino *sobre los actos del alma*, sobre los actos voluntarios y por lo tanto sobre los deseos *consentidos*, sobre las imaginaciones *aceptadas*, sobre las complacencias *mantenidas*.

Subscribimos plenamente la aserción siguiente de Foerster:

«Hay personas que por ciertas razones morales se prohiben todo desorden sexual», si se trata de los *actos exteriores*, «pero al mismo tiempo se procuran con la *imaginación* todas las satisfacciones que su conciencia reprueba. Que tales estados psíquicos pueden dañar fuertemente al sistema nervioso está fuera de duda» *(Morale sexuelle et pédagogie sexuelle*, pág. 152).

Pero en este caso el daño hecho al sistema nervioso proviene *de la falta* de continencia.

(3) Citado por Paul Bureau, págs. 297 y sigs.

(4) Dr. Surbled: *La morale...*, t. I, pág. 50.

celibato religioso...» (1). «En Francia, de 1823 a 1843, murieron 750 sacerdotes en la diócesis de París: sólo 200 no habían llegado a los sesenta años; 354 tenían de sesenta a setenta años; 148 más de setenta años, y 77 más de ochenta años...» (2). La *longevidad media* de los sacerdotes de Francia es «por lo menos de sesenta y cinco años, superior a los de los profesionales de cualquier otra carrera liberal» (3).

3. Razón. — Los hechos y testimonios que acabamos de relatar demuestran hasta la evidencia que, en las condiciones normales, el hombre puede resistir victoriosamente, y *sin peligro para su salud*, los impulsos y exigencias del instinto sexual. *Esto quiere decir* que el órgano genésico *no es un órgano como los otros* y que en ello no hay, en el pleno sentido del término, ni verdadero instinto ni necesidad real. «Todos sabemos, dice el Dr. Viry, lo que costaría no satisfacer la necesidad de alimentarse, suprimir la respiración; pero no se citan hechos patológicos agudos o crónicos consecutivos a la práctica de la castidad momentánea o absoluta... Una necesidad que puede sufrir tales variaciones, un instinto que se acomoda tan bien a no ser satisfecho, no es necesidad ni es instinto» (4). Compréndase: por lo menos no es un instinto como los demás.

Asimismo, si el órgano de la generación fuera un órgano *como los demás*, reclamaría *siempre por sí mismo* su alimento. Ahora bien, *muy a menudo* sólo lo reclama por la impulsión del deseo excitado por la representación sensible del placer.

Así, cualquiera que sea el lado por el que lo consideremos, nos encontramos constantemente ante esta *conclusión:* la continencia perpetua y absoluta no es nociva a la salud.

El Dr. Surbled expone brevemente por qué ella es, considerando la función fisiológica, realmente útil: «En el continente... el esperma es en parte resorbido, lo que es una ganancia para la economía, y en parte evacuado al exterior por las poluciones *naturales* que alivian y confortan al individuo en lugar de fatigarlo, como se ha pretendido. Hay que notar también que la continencia atenúa a la larga la secreción espermática y contribuye así al vigor del temperamento...» (5).

Concluyamos que el médico no tiene *razón alguna* para desaconsejar el celibato perpetuo a un joven o a una joven que se sientan capaces, con la ayuda de Dios, de someter, *por la castidad perfecta*, la carne al espíritu.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 256.

(2) Ch. Coppens: *Morale et médecine*, págs. 95 y sigs.

(3) Moureau y Lavrand, pág. 256; véase en Ch. Coppens: *loc. cit.*, pág. 95, la estadística hecha por Casper, de Berlín.

(4) Citado por Paul Bureau, págs. 300 y sigs.

(5) Dr. Surbled: *La morale*, t. I, pág. 55.

ARTICULO III

DE LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DEL MATRIMONIO

295. Cuestión por resolver. — 1. Suponemos conocida y admitida de todos la verdad evidente de que el médico no puede nunca, sin infringir gravemente la ley moral y sin dañar gravemente la salud de su cliente, aconsejarle la *incontinencia secreta* y solitaria, o, en términos más técnicos, la *masturbación*.

Mucho más queremos creer, en honor del cuerpo médico, que pocos médicos subscriben las tristes teorías del Dr. Lasègue, en otro tiempo profesor de la Facultad de Medicina de París, y consideren con él la masturbación como una *necesidad* física e irresistible, de la que se substraen sin duda algunos adultos próximos a la perfección moral, pero no menos próximos a la impotencia: «de suerte que en lugar de felicitar a los padres por el hecho de que sus hijos no se masturben nunca, *habría que hacer lo contrario*» (1).

Por esto no discutimos si el médico puede aconsejar a un joven libre de todo lazo conyugal la práctica de lo que se ha denominado justamente «*vicio solitario*».

2. Nos preguntamos únicamente si está autorizado a aconsejarle, en ciertos casos, *relaciones sexuales* antes del matrimonio.

Si así lo hace, ¿viola en consecuencia la ley moral y compromete el porvenir sin tener la excusa, por otra parte insuficiente, de reforzar la salud?

Tal es la cuestión que debe resolverse: cuestión importante, puesto que demasiadas ideas falsas sobre la libertad individual y el *derecho a la felicidad* aportan cada día frutos de muerte (2).

A todo esto, no hay que buscar una solución personal. Con todos los moralistas, diremos que el médico no puede, sin violar gravemente la ley moral, sin comprometer el porvenir, sin dañar a la salud, aconsejar nunca a un cliente no casado relaciones sexuales con una mujer, o aprobarlas tácitamente.

(1) *Etudes médicales*, t. II, pág. 352.

(2) «Nunca quisiera en las conversaciones con los jóvenes discutir contra el «*vivir su vida*»; pero les preguntaría simplemente: *¿cuál es la vida* que quieren *vivir* en último término? ¿La del ser superior, de la grandeza de alma y del vigor espiritual, o la del filisteo del goce sexual? ¿Qué entendéis en resumen por vuestra *higiene de las fuerzas vitales?* ¿Sabéis que el dominio, la concentración y la continencia son la verdadera higiene de estas fuerzas de vida?

Cuando el jardinero corta en el rosal todos los renuevos que parten de la raíz no lo hace ciertamente para matar la rosa sino justamente para fortificar y concentrar la fuerza del rosal para que la rosa se expansione. Es exactamente lo mismo que la «ascesis» o represión de las inclinaciones desarregladas «propone al hombre: corta sus abandonos sensuales para que la personalidad superior, producto de toda concentración y acumulación, pueda expansione.» (Fr. W. Foerster: *Morale sexuelle*, págs. 214 y sigs.).

§ 1. — Consejo contrario a la ley moral

296. I. Exigencias de la ley moral. — La ley moral sólo autoriza el comercio sexual en el verdadero matrimonio, uno e indisoluble. El acto sexual no puede, en ningún caso, ser aconsejado por el médico fuera del matrimonio legítimo.

II. Explicación. — La conclusión que acabamos de deducir se impone con fuerza irresistible si deriva de un *principio cierto*. Es necesario, pues, poner fuera de duda la verdad de que la ley moral prohibe *siempre* las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Esto no es tan difícil por poco que, en lugar de escuchar a la pasión, se oiga el lenguaje de la razón.

Se concederá sin dificultad, así lo esperamos, que por naturaleza el fin principal y *esencial* del acto sexual es el de procrear, no de una manera cualquiera y completamente animal, sino *de una manera conforme a la dignidad humana,* no para dejar perecer o crecer a los hijos a la ventura de las circunstancias, sino para darles una *educación física,* intelectual y moral, una educación propia para continuar la especie, una educación apta para *hacer hombres*.

Ahora bien, para llevar a buen término esta tarea de la educación humana, tarea larga, delicada, llena de celo y desinterés, *no basta ciertamente* que un hombre, ávido ante todo de placer, se asocie por algunos instantes, algunos días, algunos meses, con una mujer animada igualmente de voluptuosidad.

Es necesario para esta obra una *asociación estable, permanente,* y bastaría alargar algo más el argumento para demostrar que esta asociación debe ser exclusiva de cualquier otro lazo sexual y también, *una e indisoluble* (1).

«Por esto la unión del hombre y de la mujer sólo puede tener lugar si *previamente* ambos (pues bajo esta relación son iguales) han aceptado

(1) He aquí cómo se podría demostrar que la sociedad conyugal debe ser no sólo permanente, sino *una e indisoluble*.

Partamos del principio evidente de que «la moral sexual tiene simplemente por objeto hacer *humana* la vida sexual», y por consiguiente adaptarla a las *exigencias* de la generación humana y a las *aspiraciones fundamentales* del amor humano, orientado a la transmisión de la vida o, por decir mejor, a la *obra de la vida*.

Ahora bien, «esta obra de la vida se realiza por la procreación y la educación. Es larga, es delicada y compleja; mantiene al hijo durante muchos años hasta que ha alcanzado la edad de hombre, en la imposibilidad de bastarse a sí mismo, en la necesidad de depender de sus padres por su cuerpo, su espíritu, su corazón y alma. Exige por parte del padre y de la madre una colaboración cuya intimidad sólo puede realizarse por el don mutuo de ellos mismos con miras a la misión a la que les invita su amor libremente ratificado por el cambio de sus juramentos. ¿Cómo sería posible dedicarse juntos a una obra de vida que compromete todo lo que se tiene y todo lo que se es sin darse por el mismo hecho uno al otro *enteramente* y *para siempre?*» Unicamente la unión *monógama e indisoluble* asegurará esta donación y responderá por ello a las exigencias de la generación humana y a la llamada profunda del amor humano que quiere ser eterno (*Mariage et Natalité*, páginas 279 y siguientes).

las obligaciones que resultan de su unión, es decir, si han contraído matrimonio» (1).

Tanto más cuanto que la educación que debe darse es ante todo *obra de amor* y de *sacrificio*... Ahora bien, «la *familia* es, entre todas las agrupaciones humanas, *la única* capaz, no solamente de amar al hijo con amor incomparable, sino también con un amor incansablemente *orientado hacia su progreso* y su ascensión a un nivel superior. Otras agrupaciones de la vida social son susceptibles de atestiguar al individuo la simpatía y benevolencia; pero esta simpatía es interesada: se funda en la consideración de los servicios prestados o descontados, y permanece indiferente a los progresos de la persona en tanto estos progresos sólo son provechosos para esta misma persona». Además «se ha comprobado desde hace mucho tiempo que únicamente pueden ser educadores dignos de su noble función los adultos que, ora en el celibato temporal o perpetuo, ora en el matrimonio, se han demostrado capaces de *dominar su sensualidad* y someterla a una exacta disciplina»: tan cierto es que la educación humana es ante todo obra de amor, y de amor desinteresado (2).

Añadamos que el padre y la madre del hijo encuentran *únicamente* en el matrimonio el auxilio mutuo que necesitan, y la juiciosa satisfacción de la inclinación sexual.

No se requiere más para que el derecho natural prohiba estrictamente el acto sexual fuera del matrimonio y para que el médico no pueda aconsejarlo nunca.

§ 2. — Consejo que compromete el porvenir

297. Doble mal. — El médico no puede permitirse semejante consejo sin correr el riesgo, por la misma fuerza de las circunstancias, de comprometer el porvenir de su cliente y aun, en cierta medida, el porvenir de la sociedad: doble mal, individual y social.

1. Mal individual. — En lugar de enseñar al joven a *gobernar sus sentimientos*, a liberarse, a espiritualizarse, el médico le lleva a poblar su imaginación de representaciones impuras, a contaminar su inteligencia, a contraer hábitos que esclavizan la voluntad y pervierten el corazón.

«La revelación del amor — dice Ruyssen —, turbadora a cualquier edad, puede ser en la juventud la señal de una perversión radical..., *de un desequilibrio irreparable de la voluntad y de los sentidos*... El adolescente que va por primera vez con una mujer cualquiera *se juega propiamente la vida física, intelectual y moral;* no sabe si mañana será el mismo en la familia, en el trabajo, en la vida social; no sabe qué obsesión suscitará en él la revelación de la carne, qué «*servidumbre*» *sin esperanza* puede representar el término demasiado exacto de «*maitresse*», y sabemos de más

(1) Moureau y Lavrand, pág. 252.
(2) Paul Bureau: *loc. cit.*, pág. 350 y 357.

de una vida frustrada después de comienzos ricos en promesas y cuyas primeras decepciones databan de una primera quiebra sexual» (1).

2. Mal social. — Quiera o no, el médico no daña solamente a un individuo; daña a la sociedad entera. Aconseja «un *acto perturbador de la vida social*». Poco a poco su mal ejemplo enerva el valor, se burla de la pureza de los jóvenes, hace irrisión de la fecundidad de las madres, insulta la fidelidad conyugal, y hasta las prácticas contranatura y el aborto encontrarán en él una justificación y un punto de apoyo» (2).

§ 3. — Consejo perjudicial a la salud

298. Excusa vana. — El médico que aconseja relaciones ilícitas con las mujeres, no tiene siquiera la triste e insuficiente excusa de dañar al alma para beneficiar al cuerpo; perjudica al hombre por entero. El remedio que indica es ineficaz, nocivo, exclusivo de todo tratamiento racional.

1. Remedio ineficaz. — Es falso que, consideradas en sí mismas y en sus circunstancias, las relaciones sexuales fuera del matrimonio sean útiles a la salud, es decir, sean *a propósito para calmar, sin graves inconvenientes, los trastornos genitales* de los que se cree son el remedio.

«Protesto — dice el Dr. Acton — de la manera más enérgica contra el derecho que se toma el médico que aconseja tal remedio. La verdad es que muchos jóvenes son demasiado felices en encontrar una excusa para sus deseos. Estoy convencido de que todos estos trastornos genitales son muy exagerados, cuando no inventados por completo con el objeto que sabemos» (3).

2. Remedio nocivo. — Si la eficacia del remedio dista mucho de ser cierta, sus peligros en cambio son demasiado comprobados. *A pesar de*

(1) Citado por Paul Bureau: *loc. cit.*, págs. 315 y sigs.
¿Hay necesidad de refutar el grosero sofisma que considera las relaciones sexuales del joven soltero con una *iniciación práctica* al futuro matrimonio? «En último término, se dice, puesto que las relaciones conyugales son tan delicadas que la felicidad puede depender de ellas», es necesario «aconsejar al joven que esgrima sus primeras armas antes del matrimonio. Es el mejor modo de evitar las dificultades que marcan bastante a menudo los comienzos de la vida conyugal».
Este argumento, que pretende apoyar una teoría por desgracia demasiado extendida, reclama una doble respuesta. El medio que se propone es inmoral y no conduce al fin.
1.º *Es inmoral.* — «Estas experiencias prematrimoniales se oponen al mismo principio de toda educación sexual: la castidad.»
2.º *No va al fin.* — «Generalmente esta iniciación práctica no produce ninguna variación. Pues existe una diferencia total entre la posesión de una profesional, habituada a suplir la torpeza de los hombres, y las relaciones con una mujer virgen y además inexperta. Más de un hombre ha hecho la experiencia y la confesión. Y, por otra parte, hay el peligro de las enfermedades venéreas, contra el que es imposible precaverse completamente.
Si las dificultades al principio del matrimonio pueden ser reales, no son insuperables. Una mujer seria y amante tendrá plena indulgencia para la inexperiencia de su marido y hasta se sentirá feliz y orgullosa de la pureza del hombre que ha escogido. En el fondo de su corazón estará encantada de que por su cuerpo reciba su marido la primera revelación de la mujer» (Dr. L. Goedseels en *Mariage et Natalité*, págs. 317 y 318).
(2) Paul Bureau: *loc. cit.*, pág. 311.
(3) Citado por Moureau y Lavrand, pág. 263.

todas las precauciones, el comercio sexual fuera del matrimonio es a menudo la causa de enfermedades temibles que después de haber contaminado al culpable infectarán tal vez, sin respetar a la madre, al hijo en flor (1).

Por lo menos lo que está confirmado, y es *constante,* es que el *organismo* contrae disposiciones de las que es difícil deshacerse. «La satisfacción ilícita de la pasión naciente no es únicamente, al decir de John G. M. Kendrick, una falta moral: es un *perjuicio terrible para el cuerpo.* La nueva necesidad se convierte en tirano si se cede a ella; una complacencia culpable la mantiene y la hace más imperiosa; cada acto nuevo forjará un nuevo anillo a la cadena del hábito. En muchos no queda fuerza suficiente para romperla, e, impotentes, acaban por una ruina física e intelectual, esclavos de un hábito contraído a menudo tanto por ignorancia como por perversidad. La mejor salvaguardia consiste en cultivar en sí la pureza del pensamiento y la disciplina de todo el ser» (2).

3. Remedio exclusivo de los demás. — El verdadero medio de conservar la salud es dominarse por un esfuerzo viril, guardar, hasta el matrimonio, *la más absoluta continencia,* y observar, en consecuencia, reglas de higiene física y moral apropiadas al objeto (3). Pero precisamente esta higiene que comprende sobre todo la sobriedad en la comida y bebidas, un sueño prudentemente moderado en una cama algo dura, ejercicios corporales juiciosamente regulados, el abandono de todo lo que alimente la pasión, una gran aplicación al trabajo, no suele ser compatible, o por mejor decir, es *enteramente incompatible* con el comercio sexual de que hablamos.

Con mayor razón no podría ser cuestión de piedad, aunque la piedad sea con la oración el gran apoyo de las voluntades vacilantes y la más potente pacificadora de las pasiones.

El remedio envenenado ha hecho imposible todo remedio saludable.

(1) Paul Bureau: *loc. cit.,* págs. 302 y sigs.

(2) Citado en Paul Bureau, pág. 316.

(3) En la Encíclica «*Casti connubii*» Pío XI insiste en la *preparación del matrimonio.* La preparación *lejana* consiste en el *dominio de sí mismo;* la preparación *próxima* en la elección juiciosa del futuro cónyuge. Citemos algunas líneas.

1.º *Preparación lejana.* — «No se puede negar que el sólido fundamento de un matrimonio feliz y la ruina de un matrimonio desgraciado se preparan ya en las almas de los jóvenes desde la época de la infancia y de la juventud. Pues aquellos que antes del matrimonio sólo tenían miras egoístas y se abandonaban a sus deseos inmoderados, es de temer que sean en el matrimonio igual a lo que eran antes; que no recojan sino lo que habían sembrado, es decir, la tristeza en el hogar doméstico, las lágrimas, el desprecio mutuo, las luchas, la falta de comprensión, el desprecio a la vida común, o también, lo que es peor, que no se comprenden con sus pasiones indomadas... Es necesario, pues, desde la más tierna edad, corregir las inclinaciones desarregladas de los niños y desarrollar las que sean buenas.»

2.º *Preparación próxima.* — «En cuanto a la preparación próxima de un matrimonio feliz, la elección cuidadosa del futuro cónyuge importa en el mayor grado. De esta elección, en efecto, depende en gran parte la felicidad o la desgracia del matrimonio, pues cada esposo puede ser una ayuda poderosa o un gran peligro y obstáculo»... (*La mariage d'après l'encyclique,* págs. 298 y sigs. Véase también *Mariage et Natalité,* págs. 316 y sigs.; *Le divorce,* págs. 108 y sigs.).

ARTICULO IV

DE LA CELEBRACION DEL MATRIMONIO

El médico, aunque raramente, puede verse obligado a dar su consejo sobre *dos circunstancias relativas* a la celebración del matrimonio que interesan a la vez la salud y las buenas costumbres: nos referimos a la *edad* del matrimonio y la *unión entre parientes próximos.*

Debe, pues, recordar que el matrimonio *puede* tener graves inconvenientes si es demasiado prematuro o, por el contrario, demasiado tardío; igualmente si se realiza entre personas de edad muy diferente; por último si los contrayentes están unidos por lazos de parentesco demasiado próximo y *morboso.*

Por esto no será inútil tratar la *doble cuestión* de la edad y de los matrimonios entre próximos parientes.

§ 1. — Edad para el matrimonio

299. I. Edad requerida por el derecho natural. — El derecho natural no fija, propiamente hablando, *ninguna edad* para la celebración del matrimonio. Se limita a declarar *inválida* la unión conyugal si uno de los contrayentes no ha llegado todavía al *pleno uso de la razón* y por consiguiente no sabe a lo que se compromete, siendo incapaz de dar *con conocimiento de causa* un libre consentimiento.

Si los contrayentes tienen el pleno uso de la razón y están suficientemente instruídos de las obligaciones matrimoniales, pero no están los dos *actualmente* en estado de cumplir el acto conyugal, el matrimonio es válido; pero de momento no se puede permitir que vivan juntos; deben aguardar el tiempo en que uno y otro se hallen en estado de cumplir sus obligaciones.

300. II. Edad requerida por el derecho canónico. — La Iglesia católica, cuyas leyes alcanzan *únicamente* de modo directo a los *bautizados,* determina primero, en el canon 1.067, la edad requerida para la validez del matrimonio; hecho esto, insiste en el mismo canon para que los «pastores de almas» hagan respetar, en lo que se refiere a la edad, las buenas costumbres de los diversos países.

«*Can.* 1067. — 1. El hombre antes de los dieciséis años cumplidos y la mujer antes de los catorce igualmente cumplidos no pueden contraer válidamente matrimonio.

2. Aunque el matrimonio sea válido a partir de la edad indicada, los pastores de almas tendrán buen cuidado de disuadir a los jóvenes antes

de la edad a la que, conforme a las costumbres establecidas en cada país, suele efectuarse el matrimonio» (1).

301. III. Edad preferible. — La mejor edad para contraer matrimonio es en sí seguramente la que garantiza una salvaguardia más eficaz de los intereses materiales y espirituales de los *contrayentes,* así como la que asegura a los *hijos* una constitución vigorosa. Estamos, pues, autorizados para enunciar el principio siguiente, que explicaremos según los datos de la experiencia.

1. PRINCIPIO. — Para conservar la salud y producir retoños sólidos es muy deseable que los jóvenes de ambos sexos no contraigan matrimonio antes de haber alcanzado, *desde el punto de vista físico,* su entero y completo desarrollo.

En todos los países la plenitud de las fuerzas es algo más temprana en la mujer y algo más tardía en el hombre. Pero en los climas más bien templados ocurre de ordinario, para los dos sexos, en las proximidades de los veinte o veintiún años, y mejor *después* de los veinte cumplidos.

En este tiempo la práctica de la continencia se hace particularmente difícil. Por esto es muy conveniente, para salvaguardar la virtud, que pasado este tiempo no se retarde demasiado el matrimonio.

Lo mejor sería, pues, si las circunstancias lo permiten, no casarse antes de los veinte años cumplidos y no diferir el matrimonio más allá de los veintitrés para las jóvenes y de veinticinco para los hombres.

2. EXPLICACIÓN. — 1.° El *matrimonio prematuro* tiene el riesgo de ser nocivo para la salud de los padres y la de los hijos.

«El matrimonio — dice el Dr. Proust —, con la condición de no ser prematuro, tiene en ambos sexos una acción saludable sobre la vitalidad. Sin embargo, *realizado prematuramente,* el matrimonio es una causa de peligros, y la mortalidad representada por la cifra de 14 por 1.000 en los hombre se eleva a 100 en los hombres casados antes de los veintiún años.» Y más lejos: «antes de los veintiún años el matrimonio es tan nocivo como conveniente es por encima de esta edad» (2).

Se comprende sin dificultad el buen fundamento de esta observación, que se apoya, según Bureau, en «estudios estadísticos conducidos muy metódicamente». El embarazo y el primer parto pueden comprometer seriamente la salud de una mujer demasiado joven. El peligro sería menor para el hombre si supiera moderarse. Pero a menudo ocurre lo contrario, cuando el matrimonio se ha realizado prematuramente: el acto conyugal es a la vez demasiado apasionado y frecuente (3).

Es natural que los hijos se resientan del estado de debilidad de los padres y que, aun cuando queden indemnes de enfermedades, disten de poseer toda la robustez y vigor deseables.

(1) En China el Código Civil exige: para el hombre, dieciocho años cumplidos; para la mujer, dieciséis años (Art. 980; véase también art. 989).
(2) Citado en Paul Bureau, pág. 295, nota 1.
(3) Antonelli: *Medicina pastoralis,* vol. II, núms. 727 y sig.

2.° El *matrimonio tardío,* aunque esté motivado por la necesidad de crearse una posición social, *expone muy a menudo a la incontinencia;* y no es raro que la incontinencia continúe bajo un barniz de vida honorable en el curso del matrimonio por una u otra de estas prácticas maltusianas que la ley moral reprueba. Se propone «constituir un hogar apacible y bien ordenado en el que la carga de hijos poco numerosos, uno o dos, permita con un trabajo moderado una economía substancial anual, con objeto de que los padres gocen durante su vida de un agradable bienestar y de que el hijo pueda ascender de algunos grados» (1).

3.° *Para evitar este doble escollo,* uno de los cuales amenaza la salud y el otro la moralidad, *lo mejor* es contraer matrimonio entre los veinte años cumplidos y los veinticinco.

El Dr. Le Gendre no da una regla muy diferente. «De una manera general — dice — *la edad óptima para el matrimonio* es, para la mujer, de los dieciocho a los veinte años, para el hombre, de los veintidós a los veinticinco. Hay que recordar a los interesados que es necesario casarse en el mejor estado de salud, no en el de convalecencia de una enfermedad» (2).

302. IV. Demasiada desproporción en la edad. — No hay ningún inconveniente en que el marido tenga *algunos años* más que su esposa. Incluso es una ventaja, puesto que el período reservado al trabajo y a la producción en el hombre es más largo. Pero una desproporción excesiva de edad puede ser motivo de muchas miserias, sobre todo cuando llegue el tiempo en que uno de los cónyuges sea casi impropio para el acto conyugal mientras que el otro conserva todavía su vigor.

Así pues, si el médico es requerido para que dé su opinión, no favorecerá de ordinario estas uniones, que con tanta frecuencia son desdichadas.

§ 2. — MATRIMONIO ENTRE PRÓXIMOS PARIENTES

El médico debe saber *entre qué parientes próximos* el derecho natural, y si se trata de bautizados, el derecho canónico, prohibe y dirime el matrimonio. Pero su papel consiste principalmente en señalar en tiempo oportuno los graves inconvenientes que pueden resultar de estas uniones, desde el punto de vista de la salud o del estado mental de los hijos, *si la consanguinidad es morbosa.*

Vamos, pues, a exponer las disposiciones de la ley natural y de la ley eclesiástica, así como los peligros de *ciertos* matrimonios entre parientes próximos por la sangre.

303. I. Derecho natural y derecho canónico. — Hay principalmente, como se sabe, un triple parentesco: el *parentesco por la sangre,* que, con el nombre de consanguinidad o de comunidad de sangre, resulta naturalmente entre dos personas por el hecho de que una ha dado la vida

(1) Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs,* pág. 65.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 357.

a otra, o que ambas, por intermediarios más o menos múltiples, pero poco numerosos, han recibido la vida de un antepasado común; el *parentesco por alianza,* que, con el nombre de afinidad, resulta de todo matrimonio válido consumado o no consumado y se establece, por una parte, entre el marido y los parientes consanguíneos de la mujer, y por otra parte, entre la mujer y los parientes consanguíneos de su marido; el *parentesco legal* o civil, que resulta, sin intervención de lazo carnal o matrimonial, de la libre adopción.

Naturalmente, sólo hablaremos aquí del *parentesco de sangre* en línea directa o en línea colateral; únicamente él puede dar lugar a *uniones consanguíneas,* que son el objeto de nuestro estudio.

Digamos que la *línea* es la serie de personas que descienden de un mismo antepasado común o de un mismo tronco.

Esta línea puede ser directa o colateral. Es *directa* cuando varias personas descienden del mismo tronco y una da, más o menos inmediatamente, la vida a la otra: se tiene así la serie de los ascendientes y de los descendientes: el bisabuelo, el abuelo, el padre el hijo, el nieto, el bisnieto, etc. Es *colateral* cuando está compuesta de una serie de personas que descienden todas del mismo tronco sin que una de ellas haya transmitido la vida al otro: por ejemplo los hermanos, tíos, sobrinos, primos, etc., son parientes en línea colateral.

El *grado* es la medida de la distancia que separa a los diversos descendientes del mismo tronco. En el derecho canónico los grados de parentesco corresponden al número de generaciones o de personas que separan el antepasado de su descendiente, o uno de los dos consanguíneos del antepasado común. Claro está que los dos consanguíneos colaterales pueden ser distantes igual o desigualmente del tronco común. En este caso hay tantos grados como generaciones sobre la línea *más larga.* El tío y la sobrina son, pues, consanguíneos en segundo grado.

Podemos ahora comprender las disposiciones de derecho natural y de derecho canónico.

1. DERECHO NATURAL. — En línea directa el derecho natural prohibe y dirime el matrimonio: *seguramente* en el primer grado de ascendencia o descendencia, es decir, entre padre e hija; madre e hijo; y *más probablemente* en cualquier otro grado.

En línea *colateral* sólo declara gravemente ilícito e inválido el primer grado, es decir, entre hermano y hermana. Y aun hay ligeras dudas sobre la existencia de esta ley. Por lo menos hay que confesar que no pudo ponerse en vigor en la primera edad del mundo, puesto que los hijos de Adán no tuvieron otro recurso para propagar el género humano que casarse entre sí .

Pero ahora no hay que insistir sobre ello. El matrimonio de una hija con su padre o su abuelo, de un hijo con su madre o su abuela, de un hermano con su hermana, sería objeto de horror para todos.

2. DERECHO CANÓNICO. — En el canon 1.076 el derecho canónico prohibe y anula: en línea *directa,* todo matrimonio entre ascendientes y descendientes legítimos o naturales en línea *colateral,* todo matrimonio entre consanguíneos, hasta el tercer grado inclusive.

Por consiguiente, si dejamos de lado la línea directa, que no ofrece ningún interés práctico, el derecho canónico prohibe y dirime el matrimonio, en línea *colateral,* no solamente entre hermano y hermana (primer grado), sino también entre primos hermanos (segundo grado), entre primos nacidos de hermanos (tercer grado), entre sobrino y tía y tío y sobrina (segundo grado mezclado con el primero), entre hijos y padres de éstos (tercer grado mezclado con el primero).

Los matrimonios que en la realidad se proponen con más frecuencia son entre tío y sobrina, entre primos hermanos y entre primos de segundo grado.

Falta determinar cuál debe ser el papel del médico respecto a estos matrimonios.

304. II. El papel del médico. — «*El impedimento dirimente*» de consanguinidad no ha sido establecido por el estéril placer de coartar la libertad humana. Dispuesto a conceder, por justas razones, las dispensas necesarias, el legislador ha tenido presente el bien general, que en este caso es el bien del alma, el bien de la sociedad y a veces el bien del cuerpo.

1. EN SU PENSAMIENTO el impedimento de parentesco salvaguarda, en primer lugar, esta *forma particular de respeto mutuo y de tierna afección* que los parientes próximos por la sangre se deben unos a otros a causa de su origen común: *respeto* cuya naturaleza especial no se acomoda a los fines matrimoniales y menos todavía a la vida conyugal, sobre todo si es un sobrino que se casa con su tía; *afección* cuya tranquila pureza y abandono lleno de encanto se alterarían pronto y se transformarían en pasión diariamente peligrosa por el pensamiento de un futuro matrimonio.

2. UTIL AL ALMA, cuyos intereses espirituales respeta, el impedimento es además *provechoso para la sociedad entera.* Gracias a él las familias de la misma sangre, en lugar de aislarse entre sí y de formar, por matrimonios entre parientes, *otras tantas castas casi cerradas,* abren sus filas a quien se juzga digno de entrar en ellas, se unen a familias de sangre diferente, y por esta expansión, por esta dilatación, esta ampliación de corazón, practican una caridad social que contribuye considerablemente a la prosperidad de la sociedad civil.

3. ¿HAY UNA TERCERA RAZÓN relativa al bien del cuerpo? ¿*Tiene por objeto* el impedimento de parentesco prevenir, o por lo menos *tiene por efecto* prevenir la funesta influencia de las uniones consanguíneas sobre la constitución de los hijos?

Esto es preguntar si esta influencia es real o ficticia, atestiguada por la experiencia o afirmada gratuitamente a causa de ideas preconcebidas y de hechos mal interpretados.

Después de largas discusiones se ha *casi* establecido el acuerdo sobre los *dos puntos* siguientes.

1.º La *consanguinidad sana* no es, ni en las especies animales que viven en libertad ni en la especie humana, causa para los descendientes de debilidad y declinación. Si el padre y la madre gozan de una buena salud y están exentos de toda lacra, los frutos de esta unión consanguínea serán sanos. Este primer punto parece demostrado por hechos innegables. Así «las observaciones muy precisas recogidas en la isla de Batz, aislada de Roscoff, cuyos habitantes, casi todos parientes, sólo forman una familia..., demuestran sin réplica que las uniones consanguíneas dan una raza fuerte, robusta, notablemente fecunda y dotada de longevidad» (1).

2.º La *consanguinidad morbosa* tiene en cambio una mala influencia. Las tachas del padre y de la madre *se adicionan,* y, en virtud de la herencia, se transmiten a los hijos. «Realizada entre diatésicos o degenerados, la unión consanguínea es indudablemente perniciosa, deplorable, y sólo puede dar malos frutos: reúne, si se puede decir, *en el mismo sentido* las constituciones débiles, enfermas, desviadas, y así no puede sino acentuar los defectos de los generadores y exagerar en la descendencia el vicio original» (2).

Tal vez conviene añadir que en *estos casos* la influencia es tanto mayor cuanto más próximo es el grado de parentesco, es decir, el matrimonio que se contrae entre sobrino y tía, tío y sobrina, primos hermanos (3).

Sobre estos dos puntos los autores están generalmente de acuerdo. *¿Hay que ir más lejos?* ¿Es necesario decir, con el Dr. Boudin, que la *sordomudez* es mucho más frecuente en los hijos nacidos de consanguíneos, que «la proporción de sordomudos de nacimiento crece con el grado de consanguinidad», que «los padres consanguíneos más sanos pueden más que los otros procrear hijos sordomudos?» (4). Dejamos a los más capaces el cuidado de decidir esta cuestión, si es que el estado actual de la ciencia lo permite. El peligro de la sordomudez es demasiado incierto para que,

(1) Dr. Surbled: *La morale...*, t. I, pág. 251.

(2) *Ibid.*, pág. 253.

(3) En 1908 el Obispo de Metz, apoyándose en los datos recogidos por médicos americanos, llegaba a las conclusiones siguientes: «48,8 por 100 de los hijos están enfermos o son deformes, si se trata de matrimonios entre parientes de tercer grado; 65,2 por 100 si se trata de matrimonios entre primos hermanos; 81,1 por 100 si se trata de matrimonio entre tío y sobrina o entre sobrino y tía; 96 por 100 si el parentesco fuera doble» *(Rev. eccl. de Metz,* págs. 329 y sigs., 1908; de Smet: *De spons. et matrim.*, núm. 605, pág. 529, nota 6). Pero ¿qué vale esta estadística?

Joseph Antonelli es aún más pesimista *(Medicina pastoralis,* vol. III, núm. 733).

El prof. Jules Monges, médico de los hospitales, se atiene a las tres aserciones siguientes:

1.º «La influencia de la consanguinidad sobre la raza es desde hace mucho tiempo y es todavía muy discutida.»

2.º «Es cierto que numerosos matrimonios entre consanguíneos han producido una descendencia numerosa y sana. Por otra parte, se atribuyen muy a menudo a la consanguinidad males que en realidad son imputables a sífilis o a otra lacras de los padres.»

3.º «Pero, eliminados todos estos casos, es *indudable* que la consanguinidad, al favorecer a veces el juego de ciertas herencias morbosas o latentes, motiva verdaderoes desastres, tanto más cuanto que estas uniones pueden ser muy fecundas» *(L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 138).

(4) Citado en Gasparri: *De matrimonio,* t. I, pág. 427, nota 1, 1932.

poniéndose en el punto de vista médico, se desaconseje el matrimonio a consanguíneos exentos ambos de tachas individuales.

Queda, pues, solamente que «la *consanguinidad morbosa* es una contraindicación evidente de matrimonio» (1). Si es consultado, el médico, en este caso, tendrá que desaconsejar un matrimonio fatal para los hijos.

En todo caso, nunca le está prohibido recordar con tacto a los católicos las leyes de la Iglesia a que pertenecen.

ARTICULO V

DE LAS PRACTICAS ANTICONCEPCIONALES

DIVISIÓN. — Después de haber recordado el objeto de las «precauciones» anticoncepcionales, los principales medios para impedir la concepción, las teorías destinadas a justificarlas, demostraremos que todas estas prácticas sin distinción son siempre contrarias a la ley moral por sí mismas y a causa de sus consecuencias. Finalmente haremos ver que se apoyan en argumentos ruinosos. De ello concluiremos que el *médico* nunca puede aconsejarlas o aprobarlas, sino que por el contrario debe combatirlas en la medida de su poder.

§ 1. — OBJETO PERSEGUIDO — MEDIOS EMPLEADOS — DIFUSIÓN

305. I. Objeto perseguido. — Con el nombre de objeto se puede entender aquí, como en cualquier otra cuestión, *ora* el fin al cual tienden por su naturaleza los medios empleados, *ora* el fin que los esposos se proponen alcanzar. De ordinario estos dos fines coinciden. Sin embargo, puede ser que estén separados, y que el marido, deseoso por otra parte de tener hijos, recurra a una práctica anticoncepcional, y por lo tanto rehuse las relaciones normales, *con la única intención* de no contaminar a su esposa. Pero si el medio que emplea es malo en sí, su buena intención no podría en modo alguno legitimarlo.

No hay motivo, pues, para hacer esta distinción, a veces real, entre el fin de la obra y el fin del agente. Basta recordar que las prácticas anticoncepcionales, sean cuales fueren, tienen *todas* por *objeto intrínseco* impedir la fecundación y la concepción sin impedir el acto conyugal, o, en otros términos, asegurar entre los esposos relaciones sexuales necesariamente estériles, y suprimir las cargas *sin suprimir el placer.*

Asimismo, con la mayor frecuencia, los esposos quieren expresamente no tener hijos, o por lo menos limitar sistemáticamente su número, restringiéndolo por ejemplo, a uno o dos.

306. II. Principales medios. — 1. Las prácticas anticoncepcionales son designadas por los teólogos y los moralistas con el nombre de

(1) Dr. Surbled: *La morale...*, t. I, pág. 253.

onanismo. Pero a menudo son calificadas por los médicos y los publicistas de *profilaxis anticoncepcional* o también de *neomaltusianismo:* de *profilaxis anticoncepcional* porque son precauciones propias para evitar, so pretexto de salud, y más o menos seguramente, la concepción; de *neomaltusianismo* porque, sin haber sido preconizadas por Malthus, quien de antemano las ha reprobado expresamente, tienden, como las doctrinas maltusianas, a restringuir el crecimiento, *juzgado* demasiado rápido, de la población.

Se ve, por lo demás, que, dando por resultado la despoblación, exceden singularmente del fin perseguido por el pastor protestante de Ailesbury, que quería simplemente proporcionar el número de los nacimientos a los recursos disponibles (1).

2. Asímismo, los medios empleados para impedir la concepción son *múltiples* e *interesa* poco describirlos en detalle. Es preferible referirlos a algunas categorías bien definidas.

Sin hablar de la vasectomía, que es para el hombre causa permanente de esterilidad, o mejor de impotencia; de la *ovarotomía,* etc., que en la mujer produce, si no la impotencia, por lo menos la esterilidad perpetua; de la *esterilización* debida a los rayos X o a cualquier intervención quirúrgica, podemos distinguir *como tres clases* de prácticas anticoncepcionales: las que por interposición de un instrumento preservador impiden que el semen contacte con las paredes vaginales, o por lo menos le impiden su entrada en el útero; las que dejan penetrar libremente en la vagina el germen de vida, pero por el empleo previo del medio anticoncepcional le preparan de antemano un campo de muerte donde sucumben los espermatozoos; las que por último, decoradas con el bello nombre de medios de aseo, consisten en inyecciones antisépticas o en lociones vaginales y van, inmediatamente después del acto conyugal, a matar y expulsar, o por lo menos a expulsar, la obra del hombre.

Así lo que está destinado por la naturaleza a dar la vida es tratado como enemigo temible, al que se impide entrar, se mata o se expulsa. –

(1) Así, entre el neomaltusianismo y la teoría desarrollada en 1798 por Malthus en su *Ensayo sobre el principio de la población,* no hay, propiamente hablando, *identidad de fin* y menos todavía *identidad de medios.*

1.º Propiamente hablando, el *fin no es el mismo.*

Malthus parte del principio de que si los esposos se casan jóvenes y una vez casados no guardan continencia alguna, la población crece mucho más rápidamente que las subsistencias.

Busca, pues, un medio, no de producir la despoblación, sino de impedir que la población crezca más rápidamente que los recursos alimenticios. Pero quiere un medio que no sea inmoral ni antisocial, es decir, que no paralice el trabajo ni la industria. –

2.º El medio que encuentra y denomina *restricción moral* es muy diferente de las prácticas anticoncepcionales.

Al parecer no aconseja a los esposos que se abstengan, por lo menos en ciertas épocas, del acto conyugal. Se limita a reconocer o mejor a prescribir el matrimonio *tardío;* hay que diferir, pues, el matrimonio y por lo tanto guardar una completa castidad tanto tiempo como no se tenga la certidumbre de poder soportar como conviene las cargas pecuniarias de un hogar.

Asimismo prevé la *objeción.* Se nos puede objetar, dice, «que al exigir el deber de la restricción moral» y al predicar el matrimonio tardío «corremos el riesgo de multiplicar las faltas contra la castidad». Responde que en el matrimonio «la extrema pobreza expone a mayores tentaciones todavía» y que por consiguiente entre los dos males es necesario saber escoger el menor. (Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs,* págs. 431 y sig.; páginas 459 y sigs.). El moralista por lo demás no puede, porque prevea infracciones a la ley, dispensarse de insistir sobre el *doble deber* de guardar la castidad antes del matrimonio y de no casarse sino cuando se está en pleno poder de criar a sus hijos (Paul Bureau: *Ibid.,* página 460, nota 1).

Sin emprender aquí la crítica de esta teoría, sobre la que insistiremos, núm. **320**, digamos que no tiene bastante en cuenta las condiciones morales del hombre ávido de placer y enemigo de la restricción. Los hombres continuarán casándose jóvenes; pero inventarán prácticas anticoncepcionales y no querrán recurrir a la continencia conyugal, que es el único medio legítimo de evitar, en caso necesario, una familia numerosa.

307. III. Inmensa difusión. — No solamente estas prácticas anticoncepcionales se han extendido por todas partes gracias a la perseverancia de los procedimientos de propaganda, lo que es ya un gran daño; sino, lo que es mucho peor, se han extendido *so pretexto* de higiene, de control racional, *de bien y moralidad*; so pretexto de hacer más feliz a la humanidad; incluso en Inglaterra, con la solemne aprobación (restringida, sin embargo, a ciertos casos) de las más altas autoridades religiosas anglicanas. Se puede decir, pues, con toda la verdad que únicamente la Iglesia católica se mantiene firme y fiel a su misión de conservar e interpretar el derecho natural, sin ceder ni una pulgada de terreno.

1. INMENSA DIFUSIÓN GRACIAS A LA PROPAGANDA. — No hay que admirarse de esta difusión cuando se considera que la propaganda es desenfrenada, métodica, adaptada a las mentalidades y costumbres de los diferentes países en que se ejerce.

1.º *Propaganda desenfrenada.* — La propaganda se vale de *todos los medios:* libros teóricos repartidos por centenares de millares, obras prácticas que explican los procedimientos que permiten evitar los enojos de fecundidades inoportunas (1), la novela, el teatro, el periódico, hojas volantes; «reclamos»; centros de información y clínicas (2); etc.

No se olvida de ningún país; pero es especialmente activa en Inglaterra; en América; en Alemania (3).

2.º *Propaganda metódica.* — La campaña es particularmente *metódica* en Alemania. «Se han fundado varias clínicas... Numerosos médicos se ocupan en investigaciones relativas a los medios anticoncepcionales científicos. Existen también cursos de perfeccionamiento para médicos. La dirección del movimiento está más que en otras partes en manos de los médicos» (4).

3.º *Propaganda adaptada.* — Brutal y audazmente revolucionaria en ciertos países, la doctrina se da en otros, sobre todo en los países anglosajones, un barniz de *honorabilidad exterior* y de sentimentalidad. «El neomaltusianismo supo tomar posesión de estos polos de la mentalidad anglosajona, la respetabilidad y sentimentalidad, para realizar su pe-

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* prefacio, pág. 10.
(2) *Ibid.,* págs. 61 y sigs.
(3) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.,* págs. 60 y sigs.
(4) *Ibid.,* pág. 66.

netración en Inglaterra y en América. Y a este efecto descubrió su instrumento más eficaz, el que encarnaba más perfectamente las tendencias del alma puritana: la mujer anglosajona... Mrs. Stopes en Inglaterra y Mrs. Stanger en América» (1).

2. So color de bien, de moralidad, de felicidad. — Las prácticas anticoncepcionales son casi tan viejas como la humanidad (2). Pero en nuestros días han revestido un *triple carácter*. Se han hecho universales; sistemáticas y científicas; se han propuesto so pretexto del bien (3).

Substituyendo, como veremos, con la moral de las *ventajas inmediatas* la moral de los *principios*, los partidarios de la limitación de los nacimientos ven en las prácticas anticoncepcionales el medio para los esposos de ser a la vez dichosos y honestos. Ponen por delante el *derecho* de todos al amor a la dicha, a «vivir su vida», a no tener hijos sino para satisfacer el instinto de paternidad y de maternidad, etc. Invocan el argumento económico, el argumento eugénico, el argumento médico, sin olvidar el argumento moral.

Y no son sino demasiado bien escuchados. Así las mujeres enfermas que acuden a la consulta gratuita del Dr. R. Schokaert confiesan, *sin ninguna vergüenza*, sus maniobras fraudulentas. Unicamente velan su ignominia con un eufemismo cualquiera: «Mi marido es prudente»; «me respeta», «pone atención», etc. (4).

3. Apoyo de las autoridades religiosas anglicanas. — «Finalmente ha tenido el *Birth Control* un nuevo apoyo, más bien inesperado, por parte de los *obispos anglicanos* reunidos en la Conferencia de Lambeth (1930). Entre las numerosas resoluciones adoptadas en esta reunión solemne se encuentra una que consagra la *legitimidad* de la anticoncepción *mediante razones suficientes*. La estima de estas razones se deja al juicio de los interesados» (5).

4. Doctrina de la Iglesia católica. — En un pasaje célebre de la Encíclica «*Casti connubii*» (6), Pío XI, después de haber aludido a la Conferencia de Lambeth, proclama solemnemente la intransigencia de la ley natural.

«*Como algunos*, apartándose manifiestamente de la doctrina, tal como ha sido transmitida desde el comienzo y siempre fielmente conservada, han juzgado como bueno predicar recientemente de modo ruidoso sobre estas prácticas otra doctrina, la Iglesia católica, investida por el mismo Dios de la misión de enseñar y defender la integridad de las costumbres y la honestidad, la Iglesia católica, de pie en medio de estas ruinas morales, eleva muy alto la voz por Nuestra boca, en signo de su divina misión, para guardar la castidad del lazo nupcial libre de esta mancha y *promulga de nuevo* que todo uso de matrimonio, sea cual fuere, en el ejercicio del cual el acto esté privado por artificio del hombre de su potencia natural de procrear la vida, ofende la ley de Dios y la ley natural, y que los que hayan cometido algo semejante son culpables de una falta grave» (1).

(1) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.*, págs. 60 y sigs.
(2) *Gen.*, 38, 9.
(3) Dr. R. de Guchteneere en *Mariage et Natalité*, pág. 187, 1932.
(4) *Mariage et Natalité*, pág. 222. — Asimismo, en muchos puntos, la corrupción moral que resulta de la vida fácil, el espíritu de previsión junto al horror a los sacrificios necesarios, el temor a los embarazos, temor mantenido y a veces singularmente aumentado por los médicos y otras causas, desaconsejan las familias numerosas, hacen reinar el maltusianismo *práctico* y preparan el terreno para recibir las semillas de muerte de que es pródigo el neomaltusianismo *teórico* (*Mariage et Natalité*, págs. 12 y sigs.).
(5) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.*, pág. 63.
(6) 31 diciembre 1930 (*A. A. S.*, pág. 539, 1930).

5. Conclusión. — Como veremos, el papel del neomaltusianismo *teórico* «es el de formular una doctrina que coordine y ponga de relieve *todos los motivos* para limitar la natalidad, y *justificar* el empleo de los medios anticoncepcionales. Se puede decir, para hacer tangible la obra del neomaltusianismo *teórico*, que, sin él, habría muchos neomaltusianos de hecho, pero que serían neomaltusianos *vergonzantes*, y que la doctrina neomaltusiana ha inspirado a los hombres la *gloria* de la esterilidad» y ha vulgarizado los procedimientos científicos o que así pretenden serlo (2).

§ 2. — Neomaltusianismo y «birth control»

308. Idea general: cara y máscara. — El *neomaltusianismo* propiamente dicho y el *Birth Control* (3), o limitación de los nacimientos, son en realidad *dos formas* del mismo error. Estas dos formas tienen de *común* que se refieren ambas a la teoría de Robert Malthus; nacen las dos del individualismo más egoista; rechazan las dos, aunque con matices, la vieja moral sexual tradicional. Tienen de *particular* que el neomaltusianismo brutal se presenta a *cara* descubierta, mientras que el *Birth Control* toma una *máscara* para hacerse aceptar más fácilmente. Sólo que la máscara es *más gruesa* en los adeptos *moderados* del *Birth Control* y es *transparente*, casi inexistente, en los *extremistas*.

1. Rasgos comunes. — 1.° *Herederos de R. Malthus.* — El neomaltusianismo estricto y el *Birth Control* se presentan como *herederos* de R. Malthus, quien en 1798 publicó su demasiado famoso «*Ensayo sobre el principio de la población*». Pero se preocupan muy poco del *fin* que perseguía el obscuro clérigo: adaptar al crecimiento de las subsistencias el crecimiento de la población. Sobre todo repudian el *medio* que preconizaba Malthus para restringir la natalidad desbordante. Rechazan absolutamente «la restricción moral en la doble forma de la castidad en el celibato y del retardo voluntariamente aportado al matrimonio» (4).

2.° *Origen común: el individualismo.* — El neomaltusianismo y el *Birth Control* tienen en definitiva un origen común. Proceden ambos del *individualismo* más desenfrenado, es decir, de esa doctrina práctica que

(1) Véase por ejemplo: *Le mariage d'après l'encyclique*, pág. 172.
(2) *Mariage et Natalité*, pág. 22.
(3) Literalmente: el control de los nacimientos o mejor de la concepción. En verdad es un *eufemismo*. Se trata de *restricción*.
(4) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 25.

impulsa a cada individuo a buscar, en todo, las *ventajas inmediatas,* sin preocupación alguna de los principios superiores y consecuencias sociales.

3.ª *Rechazo de la antigua moral.* — El neomaltusianismo y el *Birth Control* concuerdan en rechazar, como pasada de moda e impracticable, la vieja moral sexual, fundada, no sobre las conveniencias sociales o prescripciones arbitrarias, sino sobre el *derecho natural* y por lo tanto sobre los verdaderos intereses de la humanidad. Pero el neomaltusianismo, que llega a admitir hasta la unión libre, rechaza lógicamente *toda* la moral de los principios, mientras que el *Birth Control* quiere salvar los *restos,* y especialmente el matrimonio.

2. RASGOS PARTICULARES. — De lo que acabamos de decir resulta que el neomaltusianismo, más lógico y más franco, trabaja abiertamente para introducir nuevas costumbres. En el *Birth Control* hay el campo de los moderados, que son la mayoría, y el campo de los extremistas. Los *moderados* suavizan más o menos el neomaltusianismo y lo acomodan del mejor modo a las costumbres existentes. Los *extremistas,* más consecuentes y más clarividentes, extienden los medios profilácticos a todas las formas de la actividad sexual y «de este modo se emparentan con el neomaltusianismo» (1).

309. I. Neomaltusianismo. — El neomaltusianismo no retrocede ante nada. Después de haber declarado absurda la moral sexual tradicional, proclama atrevidamente los *cuatro derechos* del hombre: el derecho al amor en todas sus formas; el derecho a la unión libre; el derecho a la esterilidad, llena y completa; el derecho al aborto.

1. ABSURDO DE LA MORAL SEXUAL. — La moral sexual prohibe: *fuera del matrimonio,* toda satisfacción voluntaria del apetito sexual; *en el matrimonio,* toda maniobra destinada a impedir la generación y toda infidelidad al otro cónyuge. Esta es una doctrina propiamente absurda, por la sencilla razón de que es contraria a la naturaleza humana y a sus más imperiosas necesidades.

2. DERECHO AL AMOR. — Todo ser humano experimenta *tres necesidades:* la necesidad de alimentarse; la necesidad de reposo; la necesidad de amar. Nadie le niega el derecho de satisfacer las dos primeras necesidades. Si es así, ¿por qué negarle en nombre de la moral corriente el derecho de satisfacer la tercera necesidad, tan esencial como las otras dos? Tanto más cuanto por el empleo de los medios propios para evitar la fecundación se satisfacen plenamente todas las exigencias. Igualmente, si alguien prefiere la *inversión,* no hay que criticarle: es cuestión de gustos.

3. DERECHO A LA UNIÓN LIBRE. — El derecho al amor, sujeto a cambios, implica naturalmente el derecho a la *unión libre.* Si el amor es esencialmente inconstante, si pasa fácilmente de un objeto a otro, ¿por qué encerrarlo como un canal tranquilo en un lecho del que no debe salir nunca? ¿No es esto hacer violencia a las leyes de la naturaleza?

(1) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.,* págs. 227 y sigs.

En espera del advenimiento de la unión libre, a la que aspiran con todos sus votos, los neomaltusianos saludan con simpatía el *matrimonio de camaradería* inventado por el juez Ben. B. Lindsey, de Denver (Estados Unidos). Para ellos este nuevo matrimonio legal es un paso hacia la unión libre. Según Lindsey, que repudia la unión libre, se trata de un compromiso, para uso de los jóvenes, entre el matrimonio de ensayo, «simple episodio sexual temporal», y el matrimonio definitivo, llamado matrimonio de familia. Se entra en él con la *cuádruple intención* de no tener hijos y de emplear con el mayor cuidado los medios preventivos; de experimentar si hay conveniencia mutua «de divorciarse por consentimiento mutuo, y ordinariamente sin indemnización» si se reconoce que uno no ha nacido para el otro, y, por el contrario, si se comprueba que se es apto para la vida común, transformar el matrimonio de compañería en matrimonio definitivo o de familia, en el que se tendrán hijos (1).

4. DERECHO A LA ESTERILIDAD ARTIFICIAL. — Este nuevo derecho deriva en línea recta de los dos precedentes. No hay que tener el engorro de los hijos cuando se quiere ante todo gozar uno del otro y reservarse el derecho de transferir a un nuevo asociado, el primer amor ya extinguido. Los hijos sólo nacerán si la mujer los desea y en tanto los admita.

5. DERECHO AL ABORTO. — Es el complemento indispensable de los derechos que preceden. Si las precauciones anticoncepcionales no han logrado prevenir una concepción indeseable, la mujer se librará, sin escrúpulo, del «*pequeño extraño*». De todas maneras, no hay que inquietarse por las prohibiciones de la moral. Antes de su nacimiento el hijo no tiene ningún derecho. «La mujer encinta no constituye dos personas. Sólo es una, y tiene el derecho de hacerse abortar de la misma manera que tiene el derecho de cortarse el pelo, de engordar o de enflaquecer» (2).

Tales son las audacias libertinas de los neomaltusianos, que llegan hasta el extremo de sus principios. No solamente en la *práctica,* como los adeptos del *Birth Control,* sino en teoría, derriban *toda* la moral sexual.

310. II. «Birth Control». — La doctrina del *Birth Control* difiere del neomaltusianismo rígido por la *aparente* moderación de sus reivindicaciones. Expondremos la actitud de sus partidarios menos fogosos. Diremos lo que suprimen de las teorías neomaltusianas y lo que conservan; en qué punto de vista se colocan y su ensayo de justificación.

1. LO QUE SUPRIMEN. — Respetuosos de todas las convenciones sociales, suprimen la tesis del amor libre, de la *unión libre.* No solamente pretenden conservar el *matrimonio,* sino que se envanecen de reforzar sus lazos «suministrando la solución de estos casos difíciles en los que el peligro de la fecundidad impone a los cónyuges una restricción intolerable» (3).

(1) Mme. Fuster en *L'Eglise et l'Eugénisme,* págs. 89 y sigs.
(2) Mme. Pelletier, citada por el Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.,* pág. 59; *idem* en *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 165.
(3) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.,* págs. 240 y sigs.

¿*Suprimen* expresamente el *derecho al aborto?* Si no lo suprimen en términos formales, por lo menos declaran que no habrá motivo para emplearlo. El juicioso uso de los medios preventivos impedirá la concepción y hará por consiguiente inútil el aborto. En el caso peor disminuirá su número (1), como también disminuirá la frecuencia del adulterio y de todas las formas de indisciplina sexual.

2. Lo que conservan. — Naturalmente, los adeptos más moderados del *Birth Control* conservan el *doble derecho* al amor y a la esterilidad voluntaria, es decir, toda la esencia del neomaltusianismo.

El régimen de la esterilidad artificial en el matrimonio tendrá todas las ventajas del amor libre sin presentar sus inconvenientes. Bajo la cubierta del contrato legal permitirá saciarse de todos los goces del instinto (2).

3. Justificación. — Cuando los partidarios del *Birth Control* intentan justificar sus teorías acaban invariablemente en un *solo principio,* que es el principio de la utilidad. Después de haberlo propuesto lo aplican al acto sexual considerado en sí mismo, luego a los medios preventivos.

1.° *Principio de la utilidad.* — Es moral todo lo que en la vida de cada día nos es útil. Escuchad más bien a Miss Mary Winsor: «La noción de la moral es esencialmente relativa. Debemos considerar como moral todo lo que es necesario y útil para nosotros en nuestra existencia cotidiana. El nacimiento de un hijo que tendrá una existencia infeliz, he aquí lo inmoral» (3).

2.° *Aplicación al acto sexual.* — Considerado en sí mismo e independientemente de su fin, la generación, el acto sexual es moral *porque es útil* desde el triple punto de vista físico, mental y espiritual. Así «el acto sexual es *glorificado por sí mismo,* y llega a ser un rito sagrado sin preocupación alguna de la función a la que la naturaleza le destina» (4).

Por lo demás, se concede que la procreación es un noble fin, con la condición de usar de ella juiciosamente, y, por consiguiente, de poner en obra, cuando sea necesario, los medios preventivos.

3.° *Aplicación a las prácticas anticoncepcionales.* — Numerosas razones utilitarias demuestran su moralidad. Son causa de grandes beneficios para el individuo, la familia, la sociedad, incluso para la raza. Y todas las ciencias concurren a establecer estos beneficios: la ciencia económica, la ciencia eugénica, las ciencias médicas; sin exceptuar las ciencias morales bien comprendidas (Infra, núm. 315 y sig.).

4. Definición para concluir. — Nada más fácil que englobar en una misma definición las dos formas del neomaltusianismo. Basta decir que el neomaltusianismo es el arte tan científico como es posible de la esterilidad racional y voluntaria; la doctrina que, sin tener en cuenta las prescripciones de la moral sexual tradicional, se dirige a restringir la natalidad, y a restringirla por la propagación de los métodos anticoncepcionales científicos.

¿*Qué pensar de estas teorías?* ¿Están de acuerdo con la verdadera moral y aseguran la felicidad humana?

(1) R. de Guchteneere, *loc. cit.*, págs. 226 y sigs.
(2) *Ibid.*, pág. 61.
(3) Citado por R. de Guchteneere: *loc. cit.*, pág. 258.
(4) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.*, pág. 68.

§ 3. — Inmoralidad y maleficio de estas prácticas

Es una tarea ingrata y a veces imposible *hacer ver* con toda la claridad deseable, a ojos enfermos, turbados por el interés y voluntariamente cerrados, la *inmoralidad fundamental* de *todas* las prácticas anticoncepcionales. Nada, sin embargo, tan evidente para ojos sanos, límpidos, ampliamente abiertos. *La ley moral no puede menos* de prohibir en todas sus formas y en todos los casos unos métodos *que desvían de su fin esencial* al acto conyugal y ocasionan, a continuación, *las consecuencias más funestas* para el individuo, la familia y la sociedad. Procuremos ser tan claros y precisos como sea posible.

311. I. Perversión del acto conyugal. — El matrimonio tiene por fin primero, principal, *esencial,* si no exclusivo, la propagación de la raza humana, y logra este fin esencial, querido por Dios, por el acto conyugal, que tiene precisamente por *objeto intrínseco,* y, como se dice, *inherente a la misma obra,* esta benéfica propagación. El acto sexual, normalmente realizado, tiende por sí mismo a comunicar, si las circunstancias se prestan a ello, la vida humana: tiende, como el acto de ver, de oír, de sentir, de tocar, a ponernos en relación con el mundo exterior.

Por consiguiente, todo lo que antes, durante y después del acto conyugal impide directamente la fecundación, y por lo tanto *desvía voluntariamente de su fin esencial* las relaciones íntimas, corta de su término final el gesto destinado a ser vivificador, orienta hacia la esterilidad lo que la naturaleza ha orientado hacia la fecundidad, no puede dejar de ser una falta muy grave, una falta contranatura, una falta inexcusable (1). Es una

(1) Encontramos este mismo argumento en la enseñanza de Pío XI y en los escritos de moralistas o de médicos que tienen en cuenta el derecho natural.

1.° *Pío XI.* — «Ninguna razón seguramente, por grave que sea, puede hacer que lo que intrínsecamente es contranatural, sea conforme a la naturaleza y honesto. Puesto que el acto del matrimonio está por su misma naturaleza destinado a la generación de los hijos, los que al realizarlo se aplican deliberadamente a desposeerle de su fuerza y eficacia obran contra la naturaleza, ejecutan un acto vergonzoso e intrínsecamente deshonesto» *(Le mariage d'après l'encyclique «Casti connubii»,* pág. 71).

2.° *Moralistas.* — Véase por ejemplo: *Mariage et Natalité,* págs. 280 y sigs., 1932.

3.° *Dr. R. de Guchteneere.* — «Si el acto sexual, intrínsecamente bueno en tanto que es ordenado para la conservación de la especie, es propuesto de tal manera que este bien que le es propio no pueda realizarse; en otros términos, si no se realiza conforme a su naturaleza como tal, se vuelve *intrínseca* y moralmente malo» *(La limitation des naissances,* pág. 255, nota).

«La persecución de los fines secundarios del matrimonio y especialmente de los beneficios de todo orden que implica para los cónyuges el acto sexual no está permitida sino en tanto que se respete su fin propio y *que* ningún obstáculo sea puesto deliberadamente a su realización» *(Ibid.,* pág. 255).

Hay perversión desde que se erige el placer en *fin supremo* sin otro motivo que su carácter deleitable *(Mariage et Natalité,* págs. 280 y sigs.).

falta, puesto que hay desorden; una falta *muy grave,* puesto que hay desorden en cuestión de soberana importancia; una falta *contranatura,* puesto que se aísla de su fin providencial y se refiere a su único placer un acto instituído para el bien de la especie; una falta *inexcusable,* puesto que ningún pretexto, ninguna razón por seria que sea, legitima nunca lo que, mal en sí, no puede llegar a ser bueno o indiferente.

Los esposos son libres de abstenerse, si ambos consienten en ello, del uso del matrimonio durante un tiempo más o menos largo (1). *Tiene libertad de escoger,* para este uso, la época que estimen menos favorable para la concepción. Pero si cumplen el acto conyugal, no pueden, por ningún motivo, *desviarlo de su fin esencial;* no pueden permitirse nada que sea directamente contrario a la generación.

«Todo matrimonio que afirme su derecho al goce sexual, artificialmente hecho estéril, afirma por lo mismo que el hombre y la mujer, cuando estiman tener razones suficientes, tienen el derecho de *separar este goce de las cargas y de la función que la naturaleza le ha fijado.* Por su conducta profesa que este goce es *por sí solo* un fin del acto sexual, que legitima las intervenciones capaces de poner obstáculo a la transmisión de la vida» (2). Ahora bien, los esposos no tienen el derecho de separar el goce sexual de las cargas y de la función que la naturaleza le ha encomendado; para quien sepa ver, nuestra argumentación lo demuestra hasta la evidencia.

Asimismo, las tristes consecuencias que derivan de la esterilidad sistemática confirman elocuentemente el lenguaje de la razón.

312. II. Consecuencias para el individuo. — Los fraudes conyugales son fatales para la salud moral de los dos esposos y para la salud física de la mujer.

1. Salud moral. — Las prácticas anticoncepcionales son una *victoria de la materia sobre el espíritu,* del instinto sobre la razón: tienden a *esclavizar* al hombre cada vez más.

«*Más respetuosa de nuestra dignidad,* la naturaleza había asociado la satisfacción del más grosero y del más imperioso de los instintos a las obligaciones y sentimientos que debían, a la vez, moderar su violencia y purificar sus deseos (3). Había puesto *como fin,* en primer término, la transmisión de la vida, seguida de los deberes y de las alegrías de la paternidad y maternidad. Había relegado, *como excitante,* a segundo término, el goce. Ahora bien, pregunta Foerster: ¿qué hace toda medida preventiva tomada contra la concepción? *Separa este elemento carnal,* esa sed de goce puramente sensual, de las mezclas de vida espiritual y moral, *de las grandes influencias...* santificantes que infligen así a la vida espiritual un perjuicio de importancia incalculable y cuyo principio es nada menos que la abolición de todo control de la actividad espiritual sobre los apetitos carnales» (1).

2. Salud física. — La esterilidad voluntaria en la vida conyugal priva a la mujer, aun desde el punto de vista físico, de bienes muy apreciables, y es a menudo causa de graves enfermedades.

1.° *Bienes perdidos.* — El Dr. Desplats ve en la maternidad, no solamente el «complemento moral», sino el «*complemento físico*» de las mujeres jóvenes.

«Hoy — dice él —, gracias a las nuevas ideas sobre la opoterapia, el embarazo puede concebirse como una opoterapia total. El feto no es ya un simple parásito pegado a la madre y viviendo de ella: es un comensal que vive en ella y con ella. No recibe únicamente los materiales necesarios para su desarrollo; le aporta *estímulos especiales* que van a despertar en ella actividades latentes, que serán la causa de su *perfección física* y de los sentimientos que serán su *complemento moral*» (2).

Los largos períodos de embarazo y de lactancia son para la mujer la mejor defensa de su sistema nervioso y la mejor garantía de su salud ulterior. Por esto el Dr. Pinard encomia en muchas ocasiones «este ritmo armonioso cuyos diferentes tiempos son la ovulación, la fecundación, gestación, parto y lactancia», y no teme concluir que las mujeres fieles a su deber gozan de salud *porque han tenido* numerosos hijos (3).

2.° *Graves enfermedades.* — «Las prácticas onanistas tienen la más perniciosa repercusión sobre el *sistema genital* de la mujer; nadie intenta negarlo. Las excitaciones repetidas del útero sin conclusión natural ocasionan los trastornos más graves de este órgano (metritis, desviaciones, tu-

(1) El *P. Vermeersch* explica netamente por qué la *abstención* del acto conyugal está permitida, con mutuo consentimiento, a los esposos, mientras que *toda* práctica anticoncepcional está estrictamente prohibida.

«El uso contranatura — dice — es siempre posible y *nada cuesta al hombre.* No reclama ningún sacrificio. Pero la reserva en el uso regular impone a los esposos moderaciones, renunciamientos, victorias sobre sí mismos. La pasión encuentra sin dificultad en los fraudes genesicos una satisfacción que ningún deber compensa. Suponed por un instante que está verdaderamente autorizada: ¿quién podrá seguir sus formidables invasiones? *Por el contrario,* una abstención, aun parcial, no se practica sino por razones más imperiosas que la pasión y al *precio de un esfuerzo* que es a la vez revelador y creador de una energía saludable» (Citado en *N. R. T.*, pág. 594, 1911).

(2) Paul Bureau: *loc. cit.*, pág. 468.

(3) *Ibid.*, pág. 470.

(1) Citado en Paul Bureau, pág. 471.

(2) *Ibid.*, pág. 524.

(3) *Ibid.*, pág. 524.

A los beneficios de los *embarazos* conviene añadir los beneficios de las *relaciones normales.*

«Se ha reconocido desde hace mucho tiempo que, independientemente de la fecundación, las relaciones sexuales *normales* tienen profundas repercusiones fisiológicas, de las que se beneficia principalmente el organismo femenino. Esta acción a distancia encuentra su interpretación en el hecho de que en el momento de las relaciones sexuales ciertas substancias del elemento masculino son absorbidas por los órganos femeninos y transportadas a la corriente sanguínea, en la que obran como estimulantes del metabolismo por intermedio de las glándulas de secreción interna. De todo ello resulta que el uso de los medios anticoncepcionales constituye una *verdadera injusticia* hacia la mujer, a la que priva de los beneficios orgánicos que tenía derecho a esperar de las relaciones sexuales. Esto no solamente se aplica a los métodos que consisten en prevenir la efusión del líquido espermático «in situ» o en hacerle desaparecer luego de vertido. Seguramente en éste, como en otros sentidos, el coito interrumpido es el más culpable; pero los otros métodos merecen la misma reprobación, puesto que siempre tienen por objeto prevenir el acceso del esperma a la cavidad uterina», en donde se efectúa principalmente la absorción (Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* pág. 204; véase también *Mariage et natalité,* págs. 196 y sigs., 1932).

mores, cáncer, etc.) Por otra parte, la vida puramente sensual, privada de reposo, fatiga a la larga el *sistema nervioso* de la mujer y la lleva a los trastornos variados del histerismo, y algunas veces a los desastres de la locura» (1).

Sabemos que estas palabras del Dr. Surbled no se aplican *igualmente* a *todos* los métodos antifecundantes. Pero ninguno está exento de graves inconvenientes. El peligro procede a lo menos de la repetición demasiado frecuente o del modo de empleo defectuoso. «Las prácticas anticoncepcionales», declaraba sin distinción el Dr. Etienne en el Congreso de Nancy, «por el traumatismo repetido o la acción del frío, disminuyen la vitalidad del cuello del útero, le exponen a la infección y le dañan. De aquí estas metritis que tan a menudo degeneran en un verdadero achaque y que en toda hipótesis reclaman cuidados de larga duración, sin contar las complicaciones» (2).

313. III. Consecuencias para la familia. — Todo lo que perjudica a la salud moral de los individuos ataca, al menos por contragolpe, a la familia. Pero hay más. La esterilidad voluntaria, total o parcial, es una violación formal de la *fidelidad conyugal*, un golpe directo al *verdadero amor*, una condición muy poco favorable a la *buena educación* de los hijos.

1. INFIDELIDAD CONYUGAL. — Los esposos no se han dado uno al otro, y *no han podido darse*, sino para una vida conyugal conforme a la dignidad humana, a la santidad del matrimonio, a la ley moral y, por lo tanto, al fin esencial de las relaciones íntimas. No podrían por consiguiente, *sin una especie de injusticia* y *sin infidelidad*, abandonarse a las prácticas anticoncepcionales. La infedilidad es más flagrante si para estas precauciones fraudulentas el marido abusa de su autoridad o la mujer del amor que inspira. En su lenguaje enérgico, San Agustín no ha temido escribir que si ambos son culpables, ambos cesan de ser verdaderos esposos: sólo conservan la sombra del matrimonio; en realidad abrigan y velan su infamia bajo la dignidad de la unión conyugal. Si el marido toma la iniciativa, se convierte en «el adúltero de su mujer»; si es la mujer la que no quiere tener hijos, se transforma en «querida de su marido» (1).

(1) Dr. Surbled: *La morale...*, tomo I, págs. 191 y sig.
(2) Citado en P. Bureau, *loc. cit.*, pág. 523.
Se encontrará un estudio más completo y más matizado en el Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, págs. 177 y sig. Se ha resumido a sí mismo en una conferencia titulada *Pathologie de l'anticonception (Mariage et natalité*, págs. 187 y sig.). — Véase también *ibid.*, págs. 203 y sig.: *Les dangers de l'avortement et du néo-malthusianisme pour l'organisme féminin*, por el Dr. R. Schokaert.
Notemos solamente dos puntos. Primero el *coito reservado* o interrumpido, condenado por los mismos neomaltusianistas, es de todos los medios «el más nocivo» *(La limitation des naissances*, págs. 197 y sig.).
Luego pueden producirse accidentes graves aun después de un tiempo relativamente corto de las *relaciones reservadas*.
«*El caso más típico* que he observado es el siguiente: Una campesina que ha criado trece hijos muy sanos, ninguno de los cuales ha muerto ni ha estado enfermo, viene a consultarme al hospital. Por el interrogatorio me entero que el último parto ha tenido una evolución absolutamente normal, pero que cinco o seis semanas después la paciente ha comenzado a presentar el cuadro sintomático descrito antes, asociado con ideas de suicidio. Examino y sólo encuentro, en total, una gran sensibilidad de los ligamentos sacrouterinos. Esta sensibilidad le impedía hasta sentarse en el pequeño taburete que empleaba para ordeñar las vacas.
Volviéndome a los esposos, les digo: «Habéis aceptado trece hijos, y un vecino se ha burlado sin duda de vosotros y os ha aconsejado el fraude para no llegar a los catorce.» La campesina ha confesado inmediatamente, añadiendo que prefería tener otros cinco hijos a vivir en el estado desgraciado en que se encontraba.
Un tratamiento único y la reanudación de los antiguos hábitos la han curado rápidamente» (Dr. R. Schokaert en *Mariage et natalité*, págs. 224 y sig.).

2. RUINA DEL VERDADERO AMOR. — En la familia el amor verdadero es, *como siempre*, respeto a sí mismo, respeto a los demás, donación de sí, generosidad, sacrificio, dominio de la animalidad; pero *además* es ternura para los hijos, en los que el padre ve la imagen de la madre, y la madre contempla la imagen del padre: cada uno de ellos se ama, y ama al otro, *en los frutos de su mutua dilección* y su irrevocable donación.

Si es así, si ningún padre ni ninguna madre dignos de este nombre se atreven a oponerse a ello, pregunto con toda seguridad: ¿es posible que el verdadero amor no sea «víctima de este seguro contratado contra la procreación»? ¿Cómo podría conciliarse el amor con estas precauciones meticulosas, estas reservas prudentes, a base de egoísmo reconcentrado...? Edward Carpenter señala con razón «*el lado desesperadamente material*, tan perjudicial para el verdadero sentimiento»; el amor no puede por menos que «marchitarse al fuego de los amores estériles» (2).

Mas ¿no conviene añadir entonces que la fuente de la verdadera *felicidad familiar* se ha secado? Por lo mismo la fuente será todavía más seca si la muerte arrebata a los diecisiete o dieciocho años el *único hijo* que se habían dignado tener y sobre el cual forjaban tan bellos sueños (3).

3. EDUCACIÓN MENOS FÁCIL. — En las familias numerosas *todo concurre* a la buena educación de los hijos. La *autoridad paterna* tiene más fuerza, de suerte que M. Dumont ha podido escribir: «no tengáis más que un hijo y seréis su esclavo; tener seis y seréis su amo»; *el padre y la madre* se vigilan más y refrenan con más cuidado sus malas tendencias; la madre tiene mil ocasiones de dar el ejemplo de la lucha contra el egoísmo; los *hijos* se forman mutuamente por la necesidad en que se hallan de soportarse, de ayudarse entre sí, de hacerse concesiones recíprocas, y también por esta bienhechora dilatación del corazón que es siempre el fruto del amor dado y del amor recibido.

(1) *De nuptiis et concupiscentiis*, cap. XV, núm. 17; P. L., tomo XLIV, págs. 423 y sig.
(2) Paul Bureau, *loc. cit.*, pág. 472.
(3) «Si un accidente o una enfermedad arrebata al hijo único, *hijo del cálculo*, o a los dos hijos, como conozco algunos casos, la posición de los dos esposos es horrible, sobre todo cuando las maniobras fraudulentas han transformado la esterilidad voluntaria en *esterilidad definitiva*, o cuando ha pasado el tiempo propicio para la procreación. Los remordimientos de conciencia, los mutuos reproches más cáusticos turbarán para siempre la vida de estos cónyuges culpables cuyos cálculos odiosos han sido arruinados por la muerte y cuyo hogar queda desierto para siempre» (Dr. R. Schokaert en *Mariage et natalité*, pág. 238). Algunas páginas antes (págs. 228 y sig.) el mismo conferenciante demuestra que la *esterilidad definitiva* es el resultado frecuente de las prácticas anticoncepcionales por largo tiempo continuadas. «La esterilidad definitiva es a menudo la desesperación de muchas mujeres jóvenes que quisieron al principio del matrimonio librarse durante algunos años de las cargas de la maternidad» (Prof. J. L. Faure y Siredey, citados por R. de Gucht., *La limitation...*, pág. 186).

Por el contrario, el hijo *único* corre con demasiada frecuencia el riesgo de ser mimado, y, en todo caso, de volverse egoísta, adorador de su preciosa persona, o, por lo menos, de estar muy mal preparado para la vida social (1).

314. IV. Consecuencias para la sociedad entera. — Las consecuencias *sociales* del neomaltusianismo son de una *gravedad particular*. Se trata nada menos que de la despoblación; del envilecimiento de la familia y del matrimonio en la estimación común; de la ruina completa de toda moral sexual pública.

Desde luego, estas graves consecuencias son de una *lógica inexorable*. Tened por lícitos, por lo menos en ciertos casos, los fraudes conyugales, y por lo mismo no tenéis ya ningún principio para mantener en un país la población en una cifra normal, en su dignidad al matrimonio y en honor la disciplina de las costumbres.

1. Despoblación. — La esterilidad *total*, limitada a un pueblo o extendida a todo el universo, es la extinción de una nación o la extinción del género humano. La esterilidad *parcial*, que no basta o es apenas suficiente para combatir la obra de la muerte, es la *despoblación* con todas sus consecuencias.

Por lo demás, no hay que imaginar que el Estado podría, mediante leyes hábilmente concebidas, provocar primero una contribución generosa al mantenimiento de la raza y permitir sin peligro, después de ello, las prácticas anticoncepcionales. Del mismo modo sería una ilusión absolver un *uso moderado* de estas prácticas, un uso estrictamente limitado a ciertos casos verdaderamente excepcionales.

Sin recordar que lo que es inmoral en sí no puede *nunca* ser autorizado, digamos más bien con Ed. Jordan: «*Jamás se tendrán en cuenta* las prácticas neomaltusianas. Se abusará de ellas desde el momento en que se les considere permitidas, aunque sólo sea en los casos excepcionales: pues *todos se persuadirán de que se hallan en uno de estos casos*. ¿Cuál es el embarazo que no compromete la salud de la mujer? ¿Cuál es el parto que no le hace correr algún riesgo? ¿Qué presupuesto no es gravado por un nacimiento y una educación?» (2).

2. Envilecimiento de la familia. — El medio más seguro de envilecer el matrimonio, y por ende la familia, *en la estimación común*, es el de separarlo de su fin, que es la generación, y despojarlo de sus propiedades esenciales: la unidad y la indisolubilidad. Esta es la obra de las prácticas anticoncepcionales *por poco que se las juzgue permitidas en un pueblo*. Una sociedad que las tiene por lícitas no ve ya en el matrimonio más que una *comunidad de dos egoísmos*, asociados únicamente para el placer, o,

(1) P. Bureau, *loc. cit.*, págs. 417 y sig. — Léase sobre este asunto la deliciosa conferencia del Dr. P. Borremans-Ponthière que tiene por título: *Los inconvenientes del hijo único para sí mismo* (*Mariage et natalité*, págs. 241 y sig.).

(2) Ed. Jordan, citado en P. Bureau, *loc. cit.*, págs. 465 y sig.; véase también, págs. 73 y sig.; págs. 269 y sig.

según la frase cruel, pero justa, de Bernard Shaw, una «masturbación entre dos». Y nada tiene que objetar a un marido que, no encontrando ya placer en su mujer, la abandona y toma a otra. Además, para ser consecuente, debería suprimir el matrimonio y no admitir más que la unión libre. De hecho, y «en todos los países, los propagandistas más calificados del neomaltusianismo se han mostrado también los partidarios más entusiastas de la libertad sexual ilimitada y de la unión libre» (1).

3. Ruina de las costumbres públicas. — Las diversas reglas de la moral sexual, privada o pública, *se ligan todas*. Si se viola una de gran importancia, *se tiende a* hacer caso omiso de las demás. Además está lógicamente autorizado a no guardar ninguna *el que se cree con permiso para* actos contra natura y no tiene en consideración los derechos *inalienables* de su cónyuge. Añadamos que el *mal ejemplo es contagioso* y lleva muy lejos sus frutos de muerte.

Por consiguiente, una sociedad que absuelve la esterilidad voluntaria en las personas casadas, debe despreciar la castidad antes del matrimonio, así como la fidelidad conyugal. Y si en algún caso las prácticas anticoncepcionales resultan ineficaces, no está en condición de condenar el *aborto*, aunque éste desprecie de modo ultrajante el derecho del hijo a la existencia.

«Cuando, en una sociedad, varios millones de matrimonios habrán asegurado por el fraude la esterilidad de sus relaciones conyugales, *¿cómo será posible todavía* hablar a los jóvenes de ambos sexos de su estricto deber de castidad y de pureza? ¿cómo podrá exhortárseles luego a casarse, a fundar una familia? ¿cómo podrá mantenerse el principio de la fidelidad conyugal y del matrimonio indisoluble? ¿cómo, por último, podrá prohibirse el *aborto*, e incluso el *infanticidio*? Estas mismas palabras, ¿conservarán realmente algún sentido?

Asimismo, «*importa poco* saber si los esposos que recurren a las prácticas anticoncepcionales experimentan todavía un sentimiento de reprobación respecto a otras formas de indisciplina sexual... La cuestión es muy diferente: *se trata de saber*, por una parte, si la eliminación de toda disciplina de las costumbres es la *consecuencia lógica* del derecho de intervención de los esposos para asegurar la infecundidad de sus relaciones; y se trata de saber, por otra parte, si los *hechos confirman* esta conexión lógica. Ahora bien, en estos dos puntos la respuesta no podría ser dudosa» (2).

De modo semejante, no hay *duda alguna* sobre la inanidad de los argumentos que aporta el *Birth Control*.

§4. — Argumentos del «Birth Control»

315. Cuatro argumentos. — Partiendo de la doctrina utilitarista, y por tanto del principio de que *lo que es útil es moral*, los partidarios de la limitación artificial de los nacimientos multiplican, bajo mil formas,

(1) Paul Bureau: *L'indiscipline des mœurs*, pág. 469.

(2) *Ibid.*, págs. 467 y sig.

los argumentos destinados a demostrar que las prácticas anticoncepcionales aseguran la felicidad *individual*, la felicidad *familiar*, el bienestar de la *sociedad* y de la *raza entera*. De ahí una literatura inmensa. Mas «si se analiza el contenido de todas estas declaraciones para derivar de él las ideas fundamentales, es posible agrupar éstas en» *cuatro* «proposiciones sucintas que contienen el resumen de toda la doctrina del *Birth Control*» (1).

Expondremos en este número el *alcance relativo* que los adeptos del *Birth Control* atribuyen al argumento económico; al argumento eugénico; al argumento médico; al argumento moral... Los números siguientes expondrán brevemente cada argumento y demostrarán su debilidad. Terminaremos con el argumento de Malthus.

1. ALCANCE DEL ARGUMENTO ECONÓMICO. — El argumento económico tiene por objeto aclarar plenamente esta *pretendida* verdad: la pobreza y la miseria son inseparables de las familias numerosas. Por ello, este argumento es «el que los propagandistas hacen valer con la mayor complacencia *frente a las masas obreras*. Su simplicidad y su lógica *aparente* le confieren una fuerza de persuasión muy apreciable» (2).

2. ALCANCE DEL ARGUMENTO EUGÉNICO. — El argumento *económico* apela, como motivo para emplear los medios preventivos, al *bienestar material* del individuo y de la familia. El argumento *eugénico* se dirige a la noble preocupación que cada uno debe sentir por el bienestar y el *porvenir de la raza*. La infecundidad de las clases *inferiores*, y, por el contrario, la *fecundidad* de las clases *superiores:* he aquí lo que asegurará al país una raza de hijos sana y fuerte. El *alcance* de este argumento es claro. Tiende a presentar la doctrina del *Birth Control* como *parte integrante* de la ciencia eugénica: como medio eficaz y legítimo de mejorar la raza aumentando el valor propio de cada individuo. Es una alianza que repudian los eugenistas de buena ley.

3. ALCANCE DEL ARGUMENTO MÉDICO. — El argumento médico pretende demostrar que la limitación de los nacimientos es necesaria para *salvaguardar:* la *salud*, la dignidad y la vida de la madre de familia; la existencia del niño, puesta en peligro de mil maneras en las familias numerosas. Esta es la *pieza maestra* del *Birth Control*. Los adeptos del neomaltusianismo moderado «se complacen particularmente en revestir sus doctrinas de un *barniz científico* que tiene el don de impresionar al público y les confiere una apariencia de justificación» (3).

4. ALCANCE DEL ARGUMENTO MORAL. — Al celebrar los innumerables beneficios de la limitación artificial de los nacimientos, el argumento moral tiende a tranquilizar las conciencias con *razones utilitarias*. «Entre todos los aspectos del *Birth Control* que han solicitado la atención de los teóricos de esta doctrina, el punto de vista moral es seguramente el que ha hecho germinar la literatura más abundante. No es que esto sea, como podría creerse, pura coquetería por su parte. Parece más bien que ceden así a alguna *obscura necesidad de justificación* que les atormenta» (1).

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 71.
(2) Dr. R. de Guchten., *loc. cit.*, pág. 74.
(3) Dr. R. de Guchten., *loc. cit.*, pág. 150.

Después de esta visión de conjunto examinemos cada argumento.

316. I. El argumento económico. — Exponer el argumento económico tal como lo presentan los adeptos del *Birth Control;* mostrar su completa inanidad, y por lo tanto criticarlo; indicar en pocas palabras los verdaderos remedios a males demasiado reales: tal es nuestro objeto.

1. EXPOSICIÓN. — Al reducir la natalidad excesiva de las clases laboriosas, el *Birth Control* lucha eficazmente contra la pobreza y la miseria; contra la insuficiencia de los salarios; contra el paro obrero; contra la úlcera física y moral del tabuco, «establo familiar que mata el cuerpo y el alma de los hijos» (2). Les da, por el mismo hecho, la *parte de felicidad* a que tienen derecho.

En efecto, cuando se trata de las clases que viven de su trabajo, la pobreza y todos los azotes que implica son debidos a las familias numerosas.

2. CRÍTICA. — Sin entrar en detalle, diremos solamente lo que basta para desenmascarar el *sofisma*. Los partidarios del *Birth Control* atribuyen al *número* de hijos, y por lo tanto a las familias *numerosas*, todo un estado de cosas que tiene por causa la mala organización de las sociedades modernas, la distribución desigual de los recursos, y, si se trata del paro obrero, razones económicas de las cuales unas son generales y otras propias de la economía británica (3).

3. VERDADEROS REMEDIOS. — Los verdaderos remedios son una mejor organización de la sociedad; la intervención de los poderes públicos en favor de las familias numerosas; la modificación de las conciencias.

1.° *Mejor organización de la sociedad*. — Como dice un comunicado de la National Birth-Rate Commission: «Es *de mejor política* adaptar las condiciones del medio a las necesidades de la familia *que* disminuir el número de hijos para ajustarse a una organización social defectuosa e inmoral» (4).

Es la reflexión de *Chesterton* en una *página humorística* que abreviamos.

«Meditad este sencillo ejemplo y tendréis una idea de lo que pasa en los cerebros modernos... He aquí a diez muchachitos a quienes queréis proveer de diez sombreros, y comprobáis que no hay más que ocho disponibles. A un espíritu simplista no le parecería imposible hacer dos sombreros más... El espíritu moderno dice que si cortamos la cabeza de dos de los muchachitos ya no les hará falta el sombrero, y el número disponible será suficiente. La sugestión de que las cabezas valen más que los sombreros es rechazada como *perteneciente a la metafísica*»... (5). La aplicación

(1) R. de Guchteneere, *loc. cit.*, pág. 226.
(2) Coronel Lemercier, citado por R. de Gucht., pág. 87.
(3) Véase la prueba en el Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, págs. 76 y siguientes.
(4) Citado por el Dr. R. de Gucht., págs. 78 y 79.
(5) *Ibid.*, pág. 88.

al problema de los tabucos es transparente. El sentido común lo resuelve suprimiendo los tugurios. Pero el *Birth Control* prefiere suprimir a los hijos.

2.° *Intervención de los poderes públicos.* — En muchos países las familias numerosas son «una especie de excepción o anacronismo». Es la comodidad para las familias no tener o casi no tener hijos; mas por el contrario, a causa del nivel general de vida, es la imposibilidad de equilibrar su presupuesto para las familias que tienen *cuatro hijos* o más. Por consiguiente los poderes públicos deben auxiliarles de una doble manera: por la disminución de los impuestos y por subsidios familiares (1).

Convendría citar aquí toda la página de Pío XI sobre las dificultades económicas que es necesario resolver. Limitémonos a estas líneas que son una *conclusión*.

«Los que tienen la responsabilidad del Estado y del bien común no podrían descuidar las necesidades materiales de los matrimonios y de las familias sin causar un grave daño a la Ciudad y al bien común. Es preciso, pues, que en los proyectos de ley y en el establecimiento de los presupuestos concedan una importancia extrema al mejoramiento de estas familias indigentes. Deben considerar esta tarea común como una de las principales responsabilidades del poder» (2).

3.° *Modificación de las conciencias.* — «Sea cual fuere la manera de considerar el problema, encontramos al individualismo en la base... Erigido en principio soberano, es el centro de la doctrina del *Birth Control*, y dirige todos sus pasos. En el que debe derribarse si se quiere atacar el mal en su raíz... Esto es solamente posible mediante un profundo *cambio de las conciencias*. Pues, si bien es verdad que no se disipará el malestar económico predicando la esterilidad voluntaria, no es menos cierto que una elevación del tipo medio de vida no mejorará proporcionalmente la natalidad. Deberá modificarse *toda la actitud moderna* frente a la vida y sus problemas. Habrá que derribar la escala actual de los valores y reemplazarla por una *noción más justa* de lo que constituye el verdadero precio de la vida» (3).

En resumen, el *Birth Control* parte de una concepción general de la vida humana opuesta a la concepción de la ley natural. «Concepción *individualista* en la que el hombre *no tiene otro objeto que él mismo;* en la que el goce es el derecho supremo; en la que la sociedad tiene como fin garantizar al hombre la libertad del goce» (4). Tal es la verdadera definición del *individualismo*.

Así pues, es preciso volver a la moral de los *principios* y substituir con ella a la moral de las ventajas inmediatas, o mejor *aparentes*.

(1) Citado por R. Guchteneere, *loc. cit.*, págs. 90 y sig.
(2) *Le mariage d'après l'Encyclique «Casti connubii»*, pág. 318.
(3) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 90.
(4) *Ibid.*, págs. 7 y 8, prefacio de Jacques Leclercq.

317. II. El argumento eugénico. — He aquí los términos con que el Dr. R. de Guchteneere resume este argumento.

«Es un hecho de observación corriente que las capas *menos interesantes* de la población se multiplican con más rapidez, mientras que las clases *superiores* apenas se reproducen. Por lo tanto, se impone la limitación de los nacimientos para restablecer el equilibrio, para asegurar el porvenir de la raza y aliviar a la sociedad de esta cantidad de indeseables cuyo mantenimiento la aplasta» (1).

El programa del *Birth Control* es pues, en apariencia, de una simplicidad maravillosa. Se trata de reemplazar la selección natural por la *selección racional*. A este efecto es preciso restringir la reproducción de las clases *inferiores* de la sociedad, y aumentar, favoreciéndola, la fecundidad de las *mejores*. Con ello se disminuirá la *cantidad*, es decir, el número de hijos, en provecho de la *calidad*.

Después de haber demostrado que los partidarios del *Birth Control* son del todo impotentes para realizar, por la limitación de los nacimientos, su programa falsamente eugénico, añadiremos que también en este caso el principal remedio es la reforma social y moral. *Crítica* y *remedios:* tales son los dos puntos que deben ponerse a la luz.

1. CRÍTICA. — Al predicar la limitación voluntaria de los nacimientos, y al caer en el grave error de oponer la *calidad* a la *cantidad*, los adeptos del *Birth Control* no escapan a la alternativa de llegar a un fracaso completo o de hacer eugenia al revés por la disminución de la cantidad y de la calidad. *Fracaso completo* cuando se dirigen a la clase completamente ínfima de la sociedad. *Eugenia al revés* cuando se trata de las clases inferiores, medias, superiores.

1.° *Fracaso completo.* — La clase completamente ínfima de la sociedad representa aproximadamente el diez por ciento de la cifra total. Agrupa los *detritos sociales:* «débiles mentales, vagabundos, inestables, pervertidos sexuales y prostitutas, alcohólicos, degenerados, etc.» (2).

Ahora bien, ocurre que, según el testimonio de eugenistas, por ejemplo del Dr. Norman Himes, esta triste categoría social, verdaderamente cacógena, es la *única* no afectada por la propaganda anticoncepcional (3). Por este lado hay, pues, un *fracaso completo*. Además no es a esta clase ínfima a la que se refieren los partidarios del *Birth Control* cuando hablan de indeseables o de inaptos (4). Pretenden más bien designar a los *pobres*, y, por consiguiente, a las clases inferiores.

2.° *Eugenia al revés.* — En su propaganda entre las clases inferiores, medias e incluso superiores, los adeptos del *Birth Control* hacen, por varias razones, eugenia al revés.

Primera razón: limitación del número de hijos. — La mayoría de ellos limitan, contrariamente a las consignas de la verdadera eugenia, el número

(1) R. de Guchteneere, *loc. cit.*, pág. 102.
(2) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 121.
(3) *Ibid.*, págs. 110 y 122.
(4) *Ibid.*, pág. 122.

de hijos de que debe componerse la *familia normal*. Para ellos, aun en las circunstancias más favorables de medio y de salud, este número no debe ser superior a *dos*, o, como máximo, a *tres*. «Una reglamentación semejante, enteramente arbitraria, se halla en *oposición formal* con el programa de la eugenia, pues la selección de los mejor dotados, que aquélla preconiza, exige que las líneas sanas se reproduzcan *generosamente*. Si se limita su progenie no tendrán ninguna probabilidad de *predominar* en el porvenir...» Es posible, por lo demás, que los primeros nacidos no sean en modo alguno los mejor dotados (1). Sin duda los mantenedores del derecho natural no recomiendan, más que los verdaderos eugenistas, una procreación desconsiderada, temeraria, que no tenga en cuenta las posibilidades materiales y morales. Pero limitar sin motivo la reproducción de las mejores cepas, es hacer eugenia a contrapelo.

Segunda razón: oposición entre cantidad y calidad. — Oponer la calidad a la cantidad, y por lo tanto pretender que la salud física y moral de los hijos mejorará en *razón inversa* a su número, es una nueva forma de hacer eugenia al revés. En esto están plenamente de acuerdo la ciencia y la observación cotidiana. La *calidad y el número*, tan a menudo contradictorios, son *solidarios* en materia semejante. «En las familias numerosas se encuentran los retoños más sanos, más equilibrados», los más aptos para todas las actividades fecundas, los mejor formados desde la infancia por mil ocasiones de discordias y tropiezos, «aquellos, en fin, cuyo número sería preciso multiplicar si se desea mejorar la raza» (2).

Tercera razón: contagio inevitable de las prácticas anticoncepcionales. — Los partidarios del *Birth Control* predican a las clases *pobres* la esterilidad voluntaria. ¿Imaginan acaso que las clases *acomodadas* cerrarán sus oídos a estas exhortaciones, y que, a pesar de su egoísmo, los abrirán a las amonestaciones con que se les apremia para que tengan una numerosa progenie? «Como dice Todd, ninguna especie de imprecaciones eugénicas *(no aumont of eugenical scholding)* persuadirá a las clases acomodadas a procrear hijos que no desean. Se despueblan, víctimas de su egoísmo y de su falta de generosidad...», deseosas también de labrar a sus raros hijos un camino más fácil hacia los mejores puestos (3). Así el argumento eugénico, que pretende mejorar la raza humana por las prácticas anticoncepcionales, *llega como es lógico* a un resultado diametralmente opuesto. De hecho estas prácticas son empleadas mucho más y mucho mejor por los mismos que son aptos para tener mejores retoños. De acuerdo con la lógica, «la experiencia enseña que la desnatalidad azota con preferencia a las líneas mejor dotadas» (4).

2. VERDADEROS REMEDIOS. — Los verdaderos remedios son también la reforma social y la reforma moral.

(1) R. de Guchteneere, *loc. cit.*, pág. 103, nota 1.
(2) *Ibid.*, pág. 107.
(3) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, págs. 115 y sig.
(4) Citado por R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 117.

1.° *Reforma social.* — Por ejemplo, una mejor organización de la sociedad, unida a la intervención activa de los poderes públicos, puede suprimir las principales causas de degeneración: el alcoholismo, los tabucos, la inmoralidad pública, la propaganda anticoncepcional, el aborto criminal, etc.

2.° *Reforma moral.* — Pero, ante todo, la reforma debe ser *moral*. Se trata una vez más de transformar el concepto de la vida. Importa en el más alto grado reemplazar, con una noble generosidad y una sabia moderación, el deseo egoísta de comodidad personal y de progreso social. En una palabra, «es preciso obrar en el sentido de una fecundidad más generosa en los de arriba, y de una reforma social y moral en todos los grados de la escala» (1). Por desgracia es tan difícil hacerlo como fácil es decirlo.

318. III. El argumento médico. — El Dr. R. de Guchteneere condensa en dos proposiciones los elementos esenciales del argumento médico, tan querido a los adeptos del *Birth Control*.

«El *Birth Control* es necesario para salvaguardar la salud, la dignidad y la vida de la *mujer*, comprometidas por embarazos repetidos con frecuencia excesiva y no deseados. También tendrá por efecto disminuir la elevada mortalidad *infantil* que aflige a las familias numerosas, y que en todas partes es resultado de una natalidad elevada» (2).

Vamos a demostrar que este argumento se funda: *en el error*, al pretender que las familias numerosas son causa de mortalidad infantil más considerable; *en una exageración manifiesta*, al acusar a la maternidad de ser, *por sí misma y por su repetición*, un origen de enfermedad y de muerte. Ni el bien del hijo ni el de la madre establecen una tesis que glorifique, por sí misma, al acto conyugal, y presente el embarazo como una consecuencia desfavorable y a menudo indeseable.

1. BIEN DEL HIJO: FAMILIAS NUMEROSAS CAUSA DE MORTALIDAD INFANTIL. — Es un error pretender que al suprimir por los medios anticoncepcionales las familias numerosas, se disminuirá por el mismo hecho, y con seguridad, la mortalidad infantil. En otros términos, es un error sostener que las familias numerosas son, *por sí mismas*, causa de mortalidad infantil; que hay una relación *de causa a efecto* entre el *número de hijos* en una familia y *su mortalidad* a tierna edad. Aclaremos esta verdad.

1.° *Correlación entre las cifras de natalidad y de mortalidad.* — Indudablemente, es más probable una mayor mortalidad donde hay más gente. Pero lo que es falso es que la tasa de natalidad influya directamente, a la manera de una *verdadera causa*, sobre la tasa de la mortalidad. Para demostrarlo podemos apelar a las estadísticas, que tienen en cuenta todos los factores, y especialmente la pobreza con todas sus consecuencias.

(1) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 124.
(2) *La limitation des naissances*, pág. 150. — «La afirmación de que el *Birth control* es necesario para salvaguardar la vida y la salud de la madre es repetida hasta el infinito en todos los tratados, revistas y libros que se ocupan del asunto con todos los desarrollos que la imaginación y el sentimiento de sus autores son capaces de añadir» *(Ibid.*, pág. 160).

2.° *Estadísticas.* — En Francia los diez departamentos de natalidad más baja presentan una mortalidad infantil más importante que los diez departamentos de natalidad más elevada (1).

«En sus investigaciones sobre la longevidad, el americano Bell ha estudiado la relación entre el *número* de hijos por familia y la *duración de la vida de éstos.* En la rama de los Hyde, por ejemplo, que se compone de 2.964 miembros, la salud y longevidad de los hijos de una misma familia crecen en *razón directa* de su número, y esto ocurre hasta el décimo e incluso hasta el duodécimo hijo» (2).

En una encuesta personal, basada en las estadísticas inglesas de 1871, época en la que el *Birth Control* no influía sensiblemente en la natalidad, concluye el *Dr. Brownlee:* «En igualdad de circunstancias la magnitud de la familia *nada tiene que ver* con la tasa de mortalidad infantil. Por consiguiente *es falso* pretender que vale más tener tres hijos sanos que seis enclenques» (3).

La estadística, artificiosamente elaborada por Mrs. Stopes, con miras a demostrar la necesidad de las prácticas anticoncepcionales, «acaba a fin de cuentas por demostrar la necesidad de la lucha contra la miseria y los tugurios, si se quiere remediar la espantosa pérdida de vidas humanas que ocasionan» (4).

Y esto nos lleva a exponer las causas que disminuyen, o por lo contrario aumentan, la mortalidad infantil.

3.° *Verdaderas causas.* — En gran número de países la mortalidad infantil ha disminuído considerablemente desde hace algunos años. Esta disminución no es debida en absoluto a una reducción correspondiente de los nacimientos. Se debe únicamente al progreso del arte médica, de la higiene, de la educación popular. «Así la gastroenteritis de los niños de pecho, que hacía estragos hace algunos años, ha desaparecido prácticamente como causa *importante* de mortalidad» (5).

Por el contrario, en las clases pobres, la miseria con todas sus consecuencias: tabucos hacinados, higiene detestable, ignorancia de los cuidados que deben prodigarse, alimentación insuficiente y falta de examen médico, es la verdadera causa de la mortalidad infantil, relativamente más elevada en el seno de las familias numerosas (6).

Concluyamos, pues, que los embarazos repetidos no son *por sí mismos,* como afirma Mrs. Stopes, causa de mortalidad infantil (7). No atribuyamos al número de los nacimientos lo que proviene del medio hostil, del abandono, de la imprevisión, en resumen, de la miseria y con frecuencia del vicio.

(1) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 153.
(2) *Ibid.*, págs. 107 y sig.; pág. 153.
(3) Citado *ibid.*, págs. 155 y 156.
(4) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 159.
(5) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, págs. 152 y sig.
(6) *Ibid.*, pág. 154.
(7) *Ibid.*, pág. 157.

2. BIEN DE LA MADRE: LA ANTICONCEPCIÓN, SALVAGUARDIA DE LA SALUD, DE LA DIGNIDAD, DE LA VIDA. —Según los partidarios del *Birth Control,* el empleo de los medios anticoncepcionales es necesario para ahorrar a la mujer el peligro de la maternidad, y especialmente los embarazos demasiado repetidos y demasiado próximos. ¿Qué debe retenerse de esta triple afirmación?

Para responder a los partidarios del *Birth Control,* que se atienen especialmente a casos relativamente raros, que atribuyen a la maternidad lo que es debido a circunstancias desfavorables, y tienden a presentar el parto como una especie de enfermedad penosa, temible, que debe evitarse por todos los medios, consideraremos ante todo los *casos ordinarios;* atribuiremos a las condiciones adversas lo que les corresponde; veremos en la maternidad una función normal, fisiológica, rica en beneficios.

1.° *Peligro de la maternidad.* — La maternidad es un peligro real, pero glorioso; grandemente atenuado en nuestros días por el arte obstétrica; compensado por toda suerte de bienes, que dan a la mujer «su salud y su expansión» (1).

a) *Peligro real.* — Nadie discute la existencia de cierto peligro inherente a la maternidad, y que este peligro es doble. Especialmente la fiebre puerperal (2) crea un peligro de *mortalidad obstétrica.* Y aun actualmente hay muchas *afecciones morbosas* que, a título de consecuencias, pueden ser relacionadas con el embarazo.

b) *Peligro glorioso.* — Si bien este peligro es real, lo es con gloria. La mujer tiene el gran honor de verse asociada a la transmisión de la vida, y de ser en ello el instrumento de la Providencia.

c) *Peligro muy atenuado.* — En nuestros días la práctica de la asepsia y de la antisepsia reduce en mucho la *mortalidad obstétrica.* Por otra parte los cuidados preventivos reducen el coeficiente de *morbosidad.* Y los cuidados curativos apropiados combaten a menudo afecciones morbosas que la higiene no ha podido evitar. Por último hay poderosos motivos para esperar que los progresos de la obstétrica completarán esta obra bienhechora (3).

d) *Peligro compensado.* — Recordemos lo que el buen sentido y la ciencia nos enseñan sobre la finalidad del organismo femenino.

La maternidad, función normal y fisiológica de la mujer, es la resultante natural de su ciclo sexual, y una verdadera necesidad de su naturaleza física, necesidad a la que en la vida conyugal no puede substraerse sin inconvenientes muy graves. Citemos, entre tantas otras, algunas líneas características del Dr. Petit-Dutaillis.

(1) Dr. Pinard, citado por R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 167.
(2) Aun en asunto tan grave se nos permitirá una anécdota muy divertida y auténtica. Un solterón muy honorable pretendía en una conversación haber padecido todas las enfermedades. «Bueno, pues— le dijo su interlocutor —; hay una por lo menos que no ha podido usted tener: la fiebre puerperal.» «Pues se engaña usted: ¡la he padecido también!» Naturalmente que el buen hombre ignoraba en qué consistía la fiebre puerperal.
(3) Dr. R. de Gucht., págs. 162 y sig.

«La mujer en conjunto no está organizada sino para el fin del embarazo. La no reproducción, o la insuficiencia de reproducción, vicia todo su metabolismo...», es decir, toda la transformación que lo acompaña. «El embarazo es la expansión completa de la mujer; pero es preciso que se expansione a tiempo. El embarazo remedia la mayoría de sus trastornos funcionales. Mas, para que una mujer sea fecunda, es preciso también que no haya sufrido demasiado, no solamente los ataques del tiempo, sino las lacras más precoces de la esterilidad voluntaria» (1).

2.° *Peligro de los embarazos múltiples.* — Estadísticas bien conducidas establecen que las maternidades *múltiples* no dañan la vida ni la salud de la mujer. Trabajos recientes evidencian una vieja verdad de experiencia: la de que los peligros propios de la maternidad disminuyen a partir de los primeros partos.

a) *Estadísticas.* — Nos apoyamos únicamente en las estadísticas bien hechas, las que tienen en cuenta todos los factores comunes a los medios en que se encuentran con mayor frecuencia las familias numerosas, y especialmente la influencia de la pobreza, la falta de cuidados y la ignorancia. Tales estadísticas prueban cuando menos que la longevidad de las madres de familias numerosas no es disminuída en absoluto por el número de hijos. Demostrarían más bien lo contrario. Algunas llegan incluso a concluir que la longevidad más elevada corresponde a las madres de familias *medianamente* numerosas: seis hijos aproximadamente (2).

b) *Trabajos recientes.* — Trabajos recientes explican *por qué* los peligros propios de la maternidad, particularmente los riesgos de infección puerperal y de intoxicación gravídica, disminuyen a partir del primer alumbramiento. Nos dicen la *procedencia* de la mejor defensa del organismo contra los peligros que le amenazan. Así «el estudio del sistema reticuloendotelial de la mujer encinta, proseguido sobre todo en Alemania, ha demostrado que la actividad de estos elementos celulares, que condicionan la defensa del organismo contra la infección, es netamente mayor en las multíparas que en las primíparas» (3).

3.° *Peligro de los embarazos demasiado aproximados.* — Los adeptos del *Birth Control* repiten hasta la saciedad que *únicamente* los medios preventivos aseguran un *intervalo conveniente* entre los nacimientos, y por lo tanto, según la mayoría, un intervalo de dos o tres años.

Ahora bien, si creemos en las estadísticas, la buena naturaleza ha suministrado por sí misma, salvo excepción, este intervalo de dos o tres años. Y nos es posible indicar el «*mecanismo de regulación*» que procura, sin los medios preventivos, este largo período de reposo.

a) *Obra de la naturaleza.* — Limitémonos a una cita (4): «Siegel, cuya obra goza de autoridad, demuestra que este intervalo entre los nacimientos aumenta normalmente a medida que la mujer avanza en edad.

(1) Citado por el Dr. R. de Gucht., pág. 168.
(2) Véase sobre este punto el Dr. R. de Gucht., págs. 164 y sig.
(3) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, págs. 165 y sig.
(4) *Ibid.*, págs. 170 y sig.

Establecido en dos años a dos años y medio entre el primer hijo y el segundo, se extiende hasta tres años y medio y cuatro años entre el tercero y el cuarto».

Por ello es natural «fijar entre seis y diez el número máximo de hijos que podría tener, por término medio, todo matrimonio que no practicara continencia ni limitación de ninguna especie», hasta la menopausia, y por lo tanto durante veinte o veinticinco años. ¿Es ésta una carga intolerable para la madre si las condiciones del medio y de salud son normales?

b) *Mecanismo de regulación.* — El mecanismo natural de regulación, o, si se quiere, de defensa contra el peligro, ora de infección, ora de nueva concepción, es la *lactancia*, que obra de una triple manera.

En primer lugar, retarda el retorno de las reglas. En las mujeres que no amamantan a sus hijos, la *menstruación* se restablece generalmente después de seis semanas. Por el contrario, en las madres-nodrizas, no se restablece hasta el cuarto o sexto mes, o también, en el 20 por 100 de los casos aproximadamente, después del destete.

«Este período de amenorrea va acompañado de una *involución uterina* más rápida y pronunciada, que es su resultado». «Traduce el estado de *inactividad ovárica* que coincide siempre con la lactancia.»

La involución uterina forma una barrera contra la invasión microbiana. La inactividad ovárica hace imposible todo nuevo embarazo (1).

En ciertos casos excepcionales «no existe esta defensa del organismo... No obstante, y como *regla general*, las mujeres que amamantan a sus hijos no corren el riesgo de que sus embarazos se repitan con excesiva frecuencia. El período de amenorrea y de esterilidad relativa coincidente con la lactancia les garantiza el intervalo de dos años que la naturaleza se ha encargado de procurarles» (2).

3. Conclusión. — Del argumento médico, que los adeptos del *Birth Control* poner en primer término, no queda sino la patología de la esterilidad voluntaria. Ya hemos hablado de ella.

319. IV. El argumento moral. — En realidad el argumento moral no es diferente de los tres precedentes. Basado por completo en la *confusión de lo útil y de lo honesto*, puede resumirse en estas pocas palabras: las prácticas anticoncepcionales se legitiman moralmente *por sus ventajas* desde el punto de vista económico, eugénico y médico.

En las páginas precedentes hemos demostrado que estas ventajas, lejos de existir, son una *pura ficción* y se encuentran reemplazadas en la vida real por los *peores inconvenientes*. Por consiguiente podríamos ahorrarnos el trabajo de considerar, pieza por pieza, a un edificio que, falto de fundamentos, se ha derrumbado ya. Pero es útil escuchar los adeptos del *Birth Control*. La exposición que nos hacen del argumento moral nos muestra su escasa lógica y su prodigiosa ignorancia de la naturaleza humana. Después de haberles oído, un poco de psicología y de continuidad en las

(1) Dr. R. de Gucht., págs. 173 y sig.
(2) *Ibid.*, págs. 175 y 176; supra, núm. 218, 4.

ideas aclarará, por vía de consecuencia, la inmoralidad fundamental de esta doctrina.

1 EXPOSICIÓN. — Distingamos de los detalles la idea central.

1.° *Idea central.* — La limitación voluntaria de los nacimientos es una práctica recomendable y moral porque constituye, gracias a los medios preventivos, un *potente factor de mejoramiento* para el individuo, la familia, la sociedad, la raza.

2.° *Detalles.* — Tiene por efecto aumentar la *salud* de la mujer y restituirle su dignidad al emanciparla de la servidumbre que la vida social y la moral tradicional le han impuesto durante demasiado tiempo.

Refuerza el *lazo conyugal* al suprimir las dificultades que provienen entre los esposos de los embarazos demasiado repetidos.

Disminuye la *proporción de los abortos,* de los adulterios y de *todas las formas de indisciplina sexual,* incluso la prostitución.

Reservando únicamente el empleo de los medios profilácticos a las personas casadas, no favorece la mala conducta de los *célibes.*

Por último, el *instinto maternal* impedirá que la facultad de escoger, para el nacimiento del hijo, el momento favorable, llegue algún día a suprimirlo enteramente.

2. CRÍTICA. — Al leer esta exposición se va de sorpresa en sorpresa. Y el asombro se matiza de una dolorosa piedad cuando se presta oído a esta ingenua declaración del Reverendo Inge, decano de la catedral protestante de San Pablo en Londres: «La propaganda anticoncepcional, que considero indispensable, debe ir apareada con una renovada insistencia sobre la santidad del contrato de matrimonio, y sobre la necesidad de la continencia, que la religión cristiana impone a todos los célibes» (1).

Hay en todo esto un *triple desconocimiento*: desconocimiento de la naturaleza, física y moral, de la mujer; desconocimiento de la naturaleza humana y de su necesidad de lógica; desconocimiento de los hechos mejor establecidos.

1.° *Desconocimiento de la naturaleza de la mujer.* — Ya hemos dicho que el empleo de los medios preventivos arruina la *salud* de la mujer, lejos de afianzarla.

No es menos grave el ataque a su *dignidad.* Despojada de sus funciones maternales, la mujer no tiene ya *defensa alguna* contra el egoísmo masculino; es rebajada al papel de simple *instrumento de placer,* y puesta en la imposibilidad de apagar esta *sed de celo* que constituye el verdadero fondo de su naturaleza, se acostumbra a reprimir tan bien el instinto maternal que *casi lo rechaza al inconsciente.* Así la emancipación anunciada se convierte en declinación definitiva.

2.° *Desconocimiento de la naturaleza humana.* — La naturaleza humana está formada de tal modo que deriva poco a poco de un principio de acción todas las consecuencias prácticas que en él se contienen. Si por lo tanto los esposos, persuadidos de que toda resistencia al instinto sexual es

(1) Citado por R. de Gucht., pág. 241.

imposible, se acostumbran a considerar la unión conyugal únicamente como una asociación para el placer; si se arrogan el derecho de separar el goce sexual de sus fines procreativos, y por lo tanto de sus cargas; si, renunciando a la primacía de la voluntad, establecen en sí mismos la primacía de la pasión, no se detendrán en tan bello camino, sino que llegarán a derribar todo el edificio de la moral sexual. Si la «precaución» no ha impedido la llegada del «pequeño extraño», se recurrirá al aborto, y, si es preciso, al infanticidio. Si el cónyuge no nos place ya, o incluso nos disgusta soberanamente: ahí está el adulterio; pronto el divorcio; finalmente, tal vez, la unión libre. Reemplazar el control de sí mismo por el control artificial de los medios preventivos, es en verdad prohibirse toda posibilidad de excluir, *en nombre de los principios,* una forma cualquiera de indisciplina sexual.

En cuanto a los *célibes,* serían ingenuos e inconsecuentes en demasía si no se concedieran a sí mismo todas las libertades que los partidarios del *Birth Control* otorgan tan generosamente a los casados.

3.° *Desconocimiento de los hechos.* — Las estadísticas demuestran en todas partes, y especialmente en los países de baja natalidad, un espantoso aumento del número de *abortos* criminales (1).

Establecen que el *adulterio* y el *divorcio* son mucho más frecuentes en los matrimonios cuya esterilidad sistemática ha desterrado a los hijos (2).

Añaden que el *número de matrimonios* disminuye en proporción al éxito de la propaganda anticoncepcional (3).

320. V. El argumento de Malthus: regla de las dos progresiones. — No hay que extenderse prolijamente sobre la teoría de Malthus, o más bien sobre la famosa regla de las *dos proporciones,* que es casi la única que ha pasado a la posteridad. Pero conviene decir algunas palabras sobre ella y mostrar su arbitrariedad. En el campo del *Birth Control,* «al lado del grueso de las gentes que no se preocupan de las cuestiones de población, hay una fracción, no despreciable, formada sobre todo por economistas, que se apoyan todavía en el maltusianismo para justificar sus convicciones» (4).

Conviene, por lo tanto, exponer brevemente y apreciar la argumentación de Malthus.

1. EXPOSICIÓN. — Según Malthus, a no ser por una serie de obstáculos naturales, preventivos y represivos, representados por el vicio, la miseria y los grandes azotes: epidemias, hambre, guerra, la población del Globo aumentaría siguiendo una progresión *geométrica* cuyo coeficiente sería 2 (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, etc.), y para período de veinticinco años. Así pues, la población se doblaría cada veinticinco años.

(1) Véanse las cifras en R. de Gucht., págs. 230 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 239.
(3) *Ibid.*, pág. 243, nota 1.
(4) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.*, pág. 29.

Por el contrario, los medios de subsistencia aumentan solamente en progresión *aritmética* (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, etc.).

De ahí una *desproporción fatal,* y siempre creciente, entre los recursos y la multitud de comensales.

Si el género humano no quiere, pues, que el equilibrio se restablezca por el vicio, la miseria y los más terribles azotes, debe restablecerlo él mismo por la restricción moral de la continencia antes de la unión conyugal y del matrimonio voluntariamente diferido.

2. Apreciación. — Puede restringirse el problema a un *territorio de dimensiones limitadas*; o, por el contrario, extenderlo a toda la *tierra.* ¿Qué vale en el primer caso y en el segundo la regla de las dos progresiones?

1.° *Primer caso.* — Restringida a un territorio de dimensiones limitadas, «la ley de Malthus *no corresponde* a la realidad de los hechos observados».

a) *Progresión de la población.* — «Cuando se ha observado un aumento geométrico, se ha tratado de un accidente, de un *fenómeno transitorio,* claramente explicable por ciertas conmociones económicas.» Así el aumento de la población en la Gran Bretaña, que, en el siglo XIX, pasó de 9 a 32 millones, es enteramente excepcional, y corresponde a los grandes cambios económicos que entonces se produjeron.

El equilibrio de que habla Malthus entre la población y las subsistencias, «*no se mantiene* por la acción de los obstáculos, que él agrupa bajo el nombre de vicio y de miseria. No hay correlación alguna entre éstos, que han existido siempre, y la densidad de población. Por otra parte, cuando se observan», en la forma de epidemias, hambre, guerra, «no tienen sino una repercusión completamente pasajera sobre la curva demográfica».

b) *Progresión de los recursos.* — «En lo que concierne al aumento de las *subsistencias,* la observación demuestra también que, como el de la población, no se amolda a una progresión regular. Depende de una serie de factores económicos y políticos que lo influyen y modifican hasta el infinito.»

c) *Conclusión.* — «Por consiguiente, la ley de las dos progresiones es falsa. Su estudio no prueba sino que los fenómenos de la vida, tanto individual como social, no se dejan traducir fácilmente por fórmulas.»

2.° *Segundo caso.* — Si se amplía el problema hasta extenderlo al *mundo entero,* se tropieza, al parecer, con el callejón sin salida de que la zona habitable del globo terrestre ofrece *recursos limitados,* mientras que la función reproductora del hombre *no parece tener límites biológicos.* ¿Qué pensar de este doble postulado?

a) *Subsistencias limitadas.* — Hay que reconocer que los recursos de las tierras cultivables, e incluso de los océanos, son forzosamente limitados. Pero «nos es imposible fijar los límites de los progresos de la química en lo que concierne a la fabricación sintética de los elementos que constituyen la base de nuestra alimentación». El primer postulado de Malthus es, pues, susceptible de salvedades.

b) *Poder reproductor ilimitado.* — Distingamos aquí la teoría abstracta y la realidad concreta.

«La potencia reproductora de la raza humana es *teóricamente* ilimitada.»

Sin embargo, considerada en su *cuadro natural,* está «sujeta a múltiples interferencias psicológicas que condicionan en todo momento su actividad... Por lo tanto, nada nos impide creer que en el mecanismo tan complicado de las leyes naturales, cuyo resultante constituye el movimiento de la población, las influencias restrictivas puedan producirse periódicamente y ejecutar la obra de restablecimiento que la naturaleza reclama...» (1).

§ 5. — Deberes del médico

En las páginas que preceden, en apariencia hemos perdido de vista al médico. En realidad, sentábamos las premisas de las que vamos a derivar ahora una *conclusión* cierta. Para más claridad *distinguiremos* los deberes *generales* del médico y sus obligaciones *particulares,* cuando el embarazo *parece* ofrecer, u ofrece *realmente,* un peligro grave para la salud, o incluso para la vida.

321 I. Deberes generales. — Si las prácticas anticoncepcionales son *siempre* contrarias a la ley moral, y funestas en sus consecuencias individuales, familiares y sociales, está fuera de duda que el médico no puede aconsejarlas o aprobarlas *nunca,* ni aun indirectamente. Su papel consiste en combatirlas siempre, ora señalando el peligro que significan para la salud, ora poniendo de manifiesto los beneficios del embarazo, sin exceptuar, por regla general, los embarazos múltiples.

Nada más claro que esta conclusión. Por consiguiente, sólo añadiremos, a título de explicación, dos observaciones: una, sobre una doble manera, por desgracia demasiado frecuente, de aprobar indirectamente la esterilidad voluntaria; otra, sobre un razonamiento de sentido común que puede ayudar al médico a demostrar la inocuidad de la función generadora.

1. Aprobación indirecta. — Habría aprobación indirecta si el médico se dejara arrastrar «a *exageraciones* sobre los *riesgos* que puede acarrear la maternidad, en los casos en que no existe realmente ninguno, o bien si los presentara como excesivamente graves en casos en que algunas precauciones higiénicas bastarían para prevenirlos» (2).

2. Inocuidad del embarazo. — «La función generadora es una *función normal* del organismo. Ahora bien, sólo excepcionalmente el ejercicio regular de una función normal puede implicar un peligro grave para el

(1) Dr. R. de Gucht., *loc. cit.,* págs. 29 y sig.; sobre todo págs. 53 y sig., o resumen que hemos transcrito en parte.

(2) Ls. Buole, *N. R. T.,* pág. 598, 1911.

organismo... Unicamente la mujer sería una excepción a esta ley si el ejercicio de sus facultades generadoras no pudiera efectuarse más que en detrimento de su constitución. Así pues, para exceptuar, desde el punto de vista orgánico-fisiológico, a la mujer de esta ley, sería preciso apoyarse en hechos que demostraran la nocividad *esencial* de la concepción y de la gestación. Pero los hechos no permiten concluir más que una nocividad *accidental*, que explican ciertas circunstancias concomitantes particulares, sin ninguna relación necesaria con el ejercicio, en la mujer, de la función de reproducción» (1).

Se puede ir más lejos y afirmar que la *feliz influencia* del embarazo, «lejos de ser la excepción, debe constituir la regla en buenas condiciones de higiene, y ello porque, como recuerda el Dr. Desplats, la mujer está hecha para tener hijos» (2).

322. II. Deberes particulares. — Hay casos en los que el embarazo parece crear o crea un peligro para la salud, y algunas veces para la vida. Pero, antes de tomar la iniciativa o de responder a una consulta, el médico considerará, con el mayor cuidado, si el peligro es aparente o real.

1. PELIGRO APARENTE. — Después de un examen cuidadoso el médico reconocerá a menudo que su cliente puede, «a costa de algunas prescripciones higiénicas o de renunciación a ciertos placeres, ser madre sin *grave peligro para su salud*». En este caso debe darle seguridades, reaccionar, si es necesario, contra sus deseos anticoncepcionales, y, cuando menos, no dejarle la excusa de una aprobación médica» (3).

2. PELIGRO REAL. — «Si *verdaderamente hay peligro* para una mujer en la concepción, es deber del médico dar a conocer este peligro a su cliente, tal como lo presiente, *sin exagerarlo*, así como sin atenuarlo. Su papel médico se limita a esto, y no puede usurpar ningún otro. No puede aconsejar en *ningún caso* la continuación de las relaciones conyugales con el correctivo de las prácticas anticoncepcionales» (1).

(1) Ls. Boule, *N. R. T.*, pág. 598, 1911.

Hasta hay casos en los que una mujer que parece completamente impropia para la generación *soporta muy bien*, y en condiciones deplorables, embarazos múltiples. Escuchemos al Dr. O. Dauwe.

«He tenido el honor de cuidar y de presentar a la Sociedad de Ginecología *un solo caso de ósteomalacia*, real e indiscutible. Este único caso es hoy una de las más bellas refutaciones de ciertas teorías demasiado excesivas de la eugénica. La mujer que la padecía es pobre y pasa su vida en una silla de ruedas. Es ósteomalácica desde la edad de diez años, como varios de sus hermanos. Después de esta edad ha sufrido numerosas fracturas espontáneas de brazos y piernas.

A pesar de las seudartrosis de sus brazos y de la impotencia total de sus piernas, a pesar de estas deformidades, encontró marido, un buen esposo, a la edad de veinte años. La pelvis de esta mujer es ósteomalácica; la radiografía de todo su esqueleto la ha hecho con cuidado el Dr. Morlet, de Amberes. Sin embargo, parió *espontáneamente* su primer hijo, sin socorro alguno. Luego nacieron otros hijos. En el parto del último, el décimo, es cuando se me llamó para intervenir. La mujer no ha querido dejar su silla de ruedas, y en ella ha sido necesario asistirla. Así es cómo he comprobado que *se producían cuatro fracturas de pelvis en cada parto*. No por esto está peor. Si esta mujer hubiese estado sometida al examen de los eugenistas, todos le habrían prohibido el matrimonio formalmente. Y si el primer parto se hubiese efectuado, no en la silla de ruedas, sino en una maternidad moderna, sin duda alguna se habría esterilizado a esta mujer sin objeción alguna. Pero la ciencia no ha tenido ocasión de ocuparse de este personaje, y así han venido al mundo diez hijos, ocho de los cuales serán sólidos servidores de la patria y buenos obreros» (*Mariage et natalité*, págs. 180 y sig.).

(2) *Ibid.*, pág. 598.

(3) Ls. Boule, *N. R. T.*, pág. 598 y sig., 1911.

Así pues, el cuidado de la salud puede algunas veces exigir la abstención, pero nunca legitima la profilaxis anticoncepcional. «Si la continencia parece dura en condiciones semejantes, ello demuestra simplemente que el estado de matrimonio tiene sus exigencias, a menudo penosas, y sus pruebas dolorosas, y que en esto, como en todo, el cumplimiento del deber puede estar ligado a condiciones tales que requiera a veces un valor heroico» (2).

ARTICULO VI

DE LA FECUNDACION ARTIFICIAL

323. Cuestión por resolver. — La fecundación artificial y la esterilidad igualmente artificial tienden a objetos diametralmente opuestos. La esterilidad fraudulenta impide, la fecundación artificial procura la concepción. Parece, pues, a primera vista que la esterilidad sistemática no puede ser prohibida por la ley moral sin que la fecundación artificial sea, en razón de su fin, permitida por la misma ley. Pero es preciso recordar que el fin no justifica los medios. Por esto hay motivo para examinar si los *medios* empleados para la fecundación artificial *no son malos en sí mismos*, y por lo tanto reprobados por la ley moral. Unicamente este examen nos permitirá decidir si el médico puede o no aconsejar, en ciertos casos, la fecundación artificial, que consiste esencialmente en introducir la esperma en los órganos de la mujer, o por lo menos en hacerla penetrar más adentro.

Veremos que conviene distinguir dos clases de fecundación artificial: una, que es el hecho del arte, y supone medios condenados por la moral; otra que, ayudada por el arte, no deja de ser natural, y parece no contener nada ilícito.

§ 1. — FECUNDACIÓN VERDADERAMENTE ARTIFICIAL

324. Malicia moral. — La fecundación artificial, *en el verdadero sentido de la palabra*, está absolutamente prohibida por el derecho natural, y no podría ser practicada o aconsejada por un médico honesto.

(1) Ls. Boule, *N. R. T.*, pág. 596, 1911. — El médico, como hemos dicho, puede aconsejar la *continencia parcial*, relativa o periódica, y por tanto la limitación de las relaciones conyugales al período del ciclo menstrual considerado como menos propicio para la fecundación. Según los más recientes trabajos, y especialmente según las comprobaciones, análisis y observaciones clínicas del ginecólogo japonés Ogino, el período de once días que precede inmediatamente a las reglas es absolutamente o por lo menos *relativamente* estéril.

Pero si un nuevo embarazo no puede sobrevenir sin acarrear un peligro *moralmente cierto* de muerte, el médico aconsejará la continencia absoluta (Dr. R. de Gucht., *La limitation des naissances*, págs. 216 y sig., espec. pág. 225).

(2) Ls. Boule, *N. R. T.*, pág. 595, 1911.

Después de lo que hemos dicho en el artículo precedente, basta, para justificar este principio, definir el sentido de los términos.

La intervención médica a la que se aplica propiamente la denominación de *fecundación artificial* supone siempre la masturbación o prácticas anticoncepcionales: la *masturbación,* si el acto conyugal no se ha comenzado; *prácticas anticoncepcionales* u onanistas, si el acto conyugal ha comenzado por ejemplo, pero se ha interrumpido a tiempo para que el médico recoja, en *el exterior,* la semilla de vida y la proyecte, por medio de un instrumento, en las profundidades de la vagina o en el mismo útero.

Ahora bien, la masturbación o la polución voluntaria es esencialmente mala, y las prácticas onanistas no son lícitas en ningún caso.

No es necesario más para que la fecundación artificial, así concebida, sea reprobada por el derecho natural y no pueda ser empleada, aconsejada o aprobada por un médico que se respete.

La solución no cambiaría si una delgada envoltura, dispuesta en el interior de la vagina y retirada después de la consumación del acto conyugal, suministrara al médico el elemento de vida, que, proyectado en los órganos de la mujer, la fecundara: también en este caso se trataría de una práctica contra natura.

§ 2. — Fecundación auxiliada por el arte

325. Licitud. — La fecundación, *auxiliada por el arte médica,* no es ilícita, o por lo menos no parece serlo, y el médico que estima su dignidad está autorizado a practicarla o a aconsejarla.

Esta aserción encuentra naturalmente su justificación en una breve descripción de los *tres procedimientos* que se ponen en obra.

Primer procedimiento. — Después de la introducción de un instrumento que dilate la vagina o rectifique la posición del útero, el acto conyugal se efectúa normalmente.

Este primer procedimiento es seguramente lícito. Nada tiene de reprensible, y hasta no supone necesariamente la intervención del médico. Los esposos pueden prestarse a sí mismos este servicio, que consiste en favorecer a la naturaleza.

Segundo procedimiento. — Una vez que el acto conyugal se ha realizado y consumado según las reglas ordinarias, el médico, por medio de instrumentos, recoge el semen depositado en las paredes de la vagina, e inmediatamente lo inyecta en el interior del útero.

Este segundo procedimiento es tal vez más discutible que el primero. Parece, sin embargo, perfectamente lícito. En efecto; dado que el acto conyugal se ha realizado regularmente, nada se puede señalar que sea esencialmente malo. La intervención del médico se limita a auxiliar a la naturaleza, que no se basta por sí misma.

Tercer procedimiento. — Si el acto conyugal no puede efectuarse, algunos médicos toman directamente la semilla de vida de su origen, es decir, de los testículos del marido. Hecho esto la introducen en el útero.

La operación, por otra parte, no procura al marido ni polución ni placer carnal.

Se ve en seguida que hay una *dificultad especial* en admitir como moralmente lícito este tercer procedimiento: el acto normal instituído por la naturaleza para la fecundación no interviene, y todo se hace fuera de él. Sin embargo, como el fin del acto conyugal, que es la generación, puede obtenerse y se obtiene sin deleitación ilícita, no hay motivo, *al parecer,* para condenar, en nombre de la moral, este tercer método, si verdaderamente después de la celebración válida del matrimonio las relaciones sexuales se han hecho imposibles.

En resumen, «los procedimientos de fecundación artificial se dividen en dos categorías muy distintas. Unos, en efecto, presuponen prácticas onanistas: a ellos se aplica en el verdadero sentido de la palabra la denominación de fecundación artificial, y son los únicos que tiene en cuenta» la respuesta de Roma (24 marzo 1897), que declara ilícita la fecundación artificial; «en cuanto a los demás procedimientos, quedan permitidos» prácticamente, aunque uno u otro pueda ser en teoría objeto de una duda seria (1).

ARTICULO VII

LA POLIGAMIA, REMEDIO DE LA ESTERILIDAD

326. Cuestión por resolver. — A un marido que quisiera sobrevivirse en su posteridad, y está desolado por la esterilidad absoluta de su esposa, el médico, que por ventura fuera consultado, ¿puede aconsejar un *nuevo matrimonio* con ruptura aparente o sin ruptura alguna del primero? En realidad *esto equivale a preguntar* si es posible permitir la poligamia, y por lo tanto constituir un remedio legítimo de la esterilidad involuntaria. Hay, en efecto, aunque el nombre sea en muchos países más odioso que el hecho (2), *poligamia verdadera* siempre que un hombre, *con divorcio o sin él,* se vuelve a casar en vida de su primera mujer legítima. Si, según las costumbres del país, se da una nueva compañía sin haberse separado o después de separarse de la primera, practica, quiera o no, la poligamia más auténtica. Estamos, pues, autorizados a titular este artículo: la poligamia, remedio de la esterilidad.

Se ve con esto de qué origen debemos derivar la solución.

Como el médico honrado no puede aconsejar nada contrario al derecho natural, es manifiesto que la cuestión propuesta *equivale a ésta:* la poligamia, con ruptura aparente del primer matrimonio o sin ella, es, a causa del bien general, condenada *siempre* por la ley moral, aun en los casos particulares y relativamente raros en que para el marido es el *único medio* de

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 268; De Smet, *De sponsalibus* ..., número 560, 1927; reprueba el tercer procedimiento.

(2) Un *divorciado casado de nuevo* se estimaría ofendido por la denominación de *polígamo.* Y, sin embargo, ante Dios y una conciencia bien formada, ¿merece acaso otro nombre?

tener hijos, y en los que, por consiguiente, parece necesaria para lograr el fin primero de la unión conyugal: la propagación de la especie.

Vamos a investigar, pues, brevemente si, respeto a la ley natural, la *unidad e indisolubilidad* son las propiedades esenciales del matrimonio. ¿Es *esencialmente* el matrimonio la unión de un solo hombre con una sola mujer, y se rompe sólo por la muerte de uno de los cónyuges?

§ 1. — Unidad del matrimonio

En el párrafo 2 demostraremos que la ley moral excluye absolutamente el divorcio, es decir, no admite en ningún caso la ruptura del lazo conyugal: no concede, ni a los esposos ni a la autoridad civil, el derecho de romper un matrimonio válido.

Bastará, pues, establecer en este primer párrafo que un hombre no puede, *sin divorcio previo,* tomar una segunda mujer; vivir maritalmente con ambas y practicar así, *aun en sentido vulgar,* la poligamia simultánea.

327. I. Principio. — Siendo la unidad una propiedad *esencial* del matrimonio, la poligamia simultánea es siempre contraria al derecho natural. En vida de su primera mujer, que suponemos legítima, el marido no puede, bajo ningún pretexto, volverse a casar y mantener en su casa, con la primera, a su segunda mujer. Más aún, el segundo matrimonio es de todo punto inválido. Por consiguiente el médico no está autorizado a aconsejar, como medio de tener hijos, una segunda unión.

II. Explicación. — Para demostrar que *la unidad* es propiedad *esencial* del matrimonio, basta probar que la poligamia simultánea *ataca gravemente,* en virtud de su naturaleza, a la *buena educación de los hijos,* que es, con la procreación de la que es complemento, el fin primordial del matrimonio (1).

Asimismo, la prueba es fácil: se funda por completo en una verdad de buen sentido y sobre un hecho cierto.

1. *Nadie negará,* con alguna apariencia de razón, que la *paz de la familia,* o, en otros términos, la mutua armonía de los padres, sea en cierto grado necesaria a la buena educación de los hijos.

2. *Pues bien, es un hecho demostrado* que la poligamia simultánea compromete *gravemente* la concordia y la unión de la familia.

En la mayoría de los casos, si dos mujeres son consideradas como legítimas, no viven en paz entre ellas ni con su único marido.

1.° *No concordarán entre sí:* muy al revés, en lugar de concordar tendrán celos mutuos, celos que llegarán a ser feroces a veces.

(1) Aquí empleamos en *sentido vulgar* la expresión poligamia *simultánea.* En verdad la poligamia no cesa de ser simultánea y sólo se hace sucesiva cuando el hombre se casa de nuevo después de la muerte de su primera mujer, o una mujer después de la muerte de su primer marido.

2.° *No concordarán con su único marido:* en efecto, aquella de las dos a la que el marido descuide o trate con menos favor será casi invariablemente obligada a detestar, no sólo a su rival, sino también a quien la desdeña.

Se puede añadir también que hay en este desacuerdo *una razón más íntima* y más esencial: la *desigualdad del contrato* matrimonial y de la donación. La mujer se da por completo a su único marido; pero el marido sólo se da a medias a cada una de sus dos mujeres. ¿No es evidente que esta desigualdad en el don mata al amor verdadero y amenaza ser en la primera ocasión una semilla de odio?

3. *Si es así,* si la poligamia simultánea es el enemigo de la paz doméstica, y por lo tanto del fin secundario del matrimonio; es también, por consecuencia necesaria, el enemigo de la buena educación de los hijos, que es el fin primero y principal.

Por este motivo el derecho natural la *reprueba* y prohibe, sean cuales fueren las circunstancias.

§ 2. — Indisolubilidad del matrimonio

328. I. Principio. — En la mayoría de los casos el divorcio, aun restringido a causas bien específicas y muy graves, daña tan gravemente a la sociedad conyugal, y de rechazo a la sociedad civil, que la *indisolubilidad absoluta* es, por derecho natural, una propiedad esencial del matrimonio.

El médico no puede, pues, aconsejar el divorcio, aun por razón de esterilidad irremediable o de locura incurable.

329. II. Explicación. — El divorcio, o mejor la *posibilidad* de divorciar, daña considerablemente en la mayoría de los casos a la unión mutua de los esposos; a la mutua fidelidad y al amor exclusivo que se deben; a la dignidad de la mujer, y, por una consecuencia inevitable, a la buena educación de los hijos, que, por todas estas razones, encuentran en una familia, amenazada a cada instante de ruina, un medio poco favorable para su formación.

1. Divorcio enemigo de la unión mutua. — La perspectiva de un posible divorcio es por sí misma un gran obstáculo a la unión de las almas, a la afección mutua, a la confianza recíproca y a lo que es el fruto espontáneo de esta unión, de esta afección, de esta confianza: el amor a la obra común, la prosecución constante del bien común, el celo por los intereses de la sociedad conyugal.

El marido y la mujer no se ligan fuertemente uno a otro, no practican el sostén común, no se esfuerzan en evitar las causas de conflicto, no trabajan con ardor por el bien de la familia, y, para decirlo todo en una palabra, no se dan mutuamente el uno al otro *sino cuando se saben* indisolublemente unidos.

Asimismo, la *experiencia* confirma tristemente lo que nos enseña la única consideración de la naturaleza humana: su ligereza y su inconstan-

cia. «Cada vez más — dice Planiol — se comprueba un fenómeno desgraciado: *la sola posibilidad del divorcio* desune muchos matrimonios que, sin ella, permanecerían unidos o por lo menos resignados. Hace el oficio de una chimenea de aspiración, que crea una corriente facticia» y multiplica los desacuerdos (1).

2. Divorcio enemigo de la fidelidad conyugal. — Obstáculo a la unión mutua de los esposos, el divorcio, o mejor la posibilidad del divorcio, es, de múltiple manera, un obstáculo a la *fidelidad conyugal,* que supone, en vista de los hijos futuros, la *donación exclusiva* de un solo hombre a una sola mujer.

En efecto, la posibilidad del divorcio falsea la misma idea del matrimonio; aparta de la conclusión del matrimonio las garantías de reflexión que son necesarias; multiplica los adulterios lejos de disminuirlos.

1.° *Falsea la idea del matrimonio.* — El divorcio vacía la idea del matrimonio de su verdadera significación moral y social. De hecho «muchos jóvenes de ambos sexos han llegado a no ver en el matrimonio sino una forma de amor libre regular y permitido en la sociedad» (2). Estamos muy lejos de aquel contrato solemne por el que dos personas de sexo diferente se dan uno al otro en un amor mutuo y una mutua fidelidad para el efecto de transmitir la vida, de ayudarse el uno al otro y de encontrar en sus relaciones íntimas la juiciosa satisfacción de la inclinación sexual.

2.° *Matrimonios contraídos a la ligera.* — Desde que la ley civil autoriza, en ciertos casos, el divorcio seguido de un nuevo matrimonio, «muchos adultos aceptan el matrimonio, y hasta se casan, sin rodear el acto de serias garantías de reflexión, porque se entiende que, gracias al divorcio y a las prácticas anticoncepcionales, la celebración de un matrimonio no implica ninguna obligación onerosa» (3).

3.° *Multiplicación de los adulterios.* — La posibilidad del divorcio multiplica los adulterios por dos razones igualmente psicológicas: *primero,* porque en un ser tan inestable como el hombre «la sola posibilidad del cambio *hace nacer, crea* el deseo, y por lo tanto la necesidad; *luego,* porque la perspectiva del divorcio, y poco después el matrimonio con la cómplice, anima al marido, atormentado ya por una pasión adúltera, y le dice con tenacidad obsesionante: Ve adonde el amor te llama; puedes rehacer tu vida» (4).

«El matrimonio — dice Balmes —, al asignar a la pasión un objeto legítimo, no seca sin embargo la *fuente de agitación* que el corazón oculta... El hombre, en presencia de una realidad que dista de los sueños a los que se libraba su imaginación..., siente nacer en su corazón deseos nuevos... Aflojad entonces la brida a las pasiones del hombre; permitidle mantener... la ilusión de que puede buscar la dicha en nuevos lazos; dejadle creer que no está atado para siempre a la compañera de su vida y veréis

(1) Citado en P. Bureau, pág. 402.
(2) *Ibid.*, págs. 407 y sig.
(3) Citado en P. Bureau, págs. 397 y sig.
(4) *Ibid.*, págs. 406 y sig.; 404, nota 3.

cómo el disgusto se apodera de él prontamente...; las ligaduras comienzan a desgastarse apenas formadas y se rompen al primer esfuerzo» (1).

Esta es la historia de muchos hogares que han requerido del amor solamente, con exclusión de la ley moral, el principio y la garantía de una fidelidad eterna. Así debe ser. «El amor que no purifica, que no vivifica un *sentimiento elevado de deber,* está expuesto sin defensa a los rudos asaltos de las fuerzas coligadas de inestabilidad y de desorganización» (2).

3. Divorcio contrario a la dignidad de la mujer. — El divorcio es contrario a la *dignidad de la mujer.* Si ésta es de alguna edad, encontrará más difícilmente que el hombre un nuevo cónyuge. Por consiguiente, se verá a menudo obligada a volver a su familia deshonrada y herida en el corazón por su divorcio, o a dedicarse a un trabajo superior a sus fuerzas, o a recurrir a prácticas vergonzosas para poder vivir, o a morirse de hambre y de miseria.

Obligando al marido a suministrar una renta a su mujer, la ley civil puede atenuar algunas de estas consecuencias. Pero siempre queda el hecho de que la mujer divorciada voluntariamente, o a pesar de ella, pierde un valor considerable a los ojos de toda sociedad que se respete, y a veces a los ojos de sus mismos hijos.

4. Divorcio contrario a la educación. — Finalmente el divorcio es, por las razones que acabamos de exponer, muy perjudicial a la buena educación de los hijos.

Todo lo que daña a la unión mutua de los padres, a su fidelidad recíproca, a la legítima dignidad de la mujer, perjudica *por lo mismo, y en la misma medida,* a la buena educación de los hijos.

Asimismo, los hijos de una divorciada estarán casi fatalmente obligados a despreciar a su madre o a detestar a su padre: desprecio y odio que son igualmente funestos para la sana formación.

Es, pues, manifiesto que el divorcio, *en la mayoría de los casos,* es gravemente nocivo para la institución del matrimonio (3).

(1) Citado en de Smet: *De sponsalibus et matrim.*, núm. 312, pág. 26, nota 4, 1927.
(2) P. Bureau, págs. 383 y sig.
(3) La Encíclica *Casti connubii* presenta en un vigoroso resumen, por un lado, los beneficios de la indisolubilidad del matrimonio, y por otro, los males del divorcio.

«Apenas es necesario decir que los divorcios son el origen de tantos males como beneficios aporta la indisolubilidad conyugal.

Por un lado, en efecto, con el lazo intacto, vemos los matrimonios tranquilos y en seguridad. Por el otro, la perspectiva de una separación próxima, el peligro de un divorcio eventual, hacen precaria la unión conyugal: en todo caso introducen sospechas llenas de ansiedad.

Por un lado, la benevolencia mutua y la comunidad de bienes se afirman maravillosamente. Por el otro se debilitan miserablemente por la misma posibilidad de la separación.

Por un lado, garantías muy oportunas de fidelidad conyugal; por el otro, perniciosas excitaciones ofrecidas a la infidelidad.

Por un lado, la llegada de hijos, su protección y su educación se salvaguardan eficazmente. Por el otro están sujetos a los más graves perjuicios.

Por un lado la puerta estrechamente cerrada a las discordias entre familias y entre parientes. Por el otro, las ocasiones de discordias se multiplican.

Por un lado, las semillas de disensiones se sofocan más fácilmente. Por el otro son esparcidas más abundante y extensamente.

Por un lado, sobre todo, la dignidad y la función de la mujer, tanto en la sociedad civil como en la sociedad doméstica, son felizmente restauradas y honradas. Por el otro son indig-

Ahora bien, en las cuestiones *matrimoniales,* para decidir si algo es o no es *siempre* opuesto al derecho natural, hay que considerar especialmente el *bien general* para todos, y no el *bien particular* de tal o de cual individuo.

Si así es, el divorcio sólo es lícito *en un caso especial:* a causa, supongo, de la esterilidad absoluta de la primera mujer, tiende de hecho a la propagación de la raza, y por lo mismo al bien de los hijos. Sea: la indisolubilidad del matrimonio puede, en un caso determinado, poner obstáculos a la generación y a la educación de los hijos. Pero porque *en la mayoría de los casos* es su salvaguardia, queda siempre, con la unidad, una propiedad esencial del matrimonio.

En estas condiciones el médico *nunca* está autorizado a aconsejar el divorcio con ruptura del lazo conyugal, o la poligamia sin ruptura de este lazo. La esterilidad absoluta de la primera mujer no legitima ninguna de estas dos soluciones (1).

5. PARECE, SIN EMBARGO, ÚTIL proponer y resolver una *objeción* que se ofrecerá tal vez espontáneamente al espíritu del lector cuando tratemos en el capítulo XXII de las *excepciones* al secreto profesional, admitidas por todos los moralistas.

1.° *Objeción.* — Para que la objeción tenga toda su fuerza se la puede presentar de la manera siguiente:

El mismo bien general que exige la indisolubilidad del matrimonio exige igualmente el secreto médico.

Ahora bien, en nombre de estas exigencias del bien general, mantenemos, aun en detrimento del bien particular, la indisolubilidad absoluta del matrimonio.

Por consiguiente, para estar de acuerdo con nosotros mismos, para ser lógicos, para no destruir con una mano lo que edificamos con otra, debiéramos, en nombre de las exigencias del bien general, mantener, aun en detrimento del bien particular, el secreto médico y considerarlo como absoluto, como inviolable, por lo menos en tanto que el bien común al que tiende no intervenga para relevar de él al médico.

2.° *Respuesta.* — Los moralistas no ignoran esta objeción. La enuncian incluso en términos formales cuando, al examinar el caso del sifilítico que se resguarda tras el secreto profesional para casarse, sin haberla prevenido, con una joven indemne del terrible mal, cometiendo así una injusticia *irreparable,* estiman que en estas circunstancias trágicas el bien particular debe prevalecer, y en consecuencia consideran al médico relevado del secreto profesional. Bastará, pues, demostrar siguiendo a ellos *por qué* el bien general, en conflicto con el bien particular, requiere la indisolubilidad del matrimonio, y, por el contrario, no requiere la inviolabilidad *absoluta* del secreto profesional.

namente humilladas; pues las esposas corren entonces el peligro, «después de haber saciado la voluptuosidad de su maridos, de ser consideradas como abandonadas» *(Le mariage d'après l'Encyclique...,* págs. 249 y sig.; hemos retocado la traducción).

(1) P. Bureau, *L'indiscipline des mœurs,* pág. 292.

a) *Indisolublidad.* — Considerando *por una parte* los achaques de la naturaleza humana, su ligereza, su inconstancia, su sed de dicha inmediata, su propensión a dejarse seducir por ventajas aparentes, y *por otra parte* el pesado yugo impuesto por las constricciones saludables, pero pesadas, de la unión monógama e indisoluble, hay que reconocer que el bien general exige la indisolubilidad absoluta del matrimonio, sin tener en cuenta los casos particulares en que esta indisolubilidad se opone al bien particulas de los cónyuges. Admitid una pequeña excepción, una sola, a favor del hombre cuya mujer es ciertamente estéril, y pronto, bajo la doble presión de la naturaleza humana, ávida de cambio y de librarse de la gravedad del yugo, la brecha se irá ensanchando hasta el punto de derrocar las murallas de la institución matrimonial, es decir, la unidad y la indisolubilidad. Es, pues, aquí de toda necesidad que el bien general predomine *siempre* sobre el bien particular.

b) *Secreto médico.* — No ocurre así con el secreto médico; y esto por dos razones: una accesoria y la otra principal.

En primer lugar, mientras los esposos encuentran muy pesada la indisolubilidad matrimonial, los médicos se atienen sin gran esfuerzo al secreto profesional, que, instituído únicamente para salvaguardar los intereses de los enfermos y de la sociedad, contribuye de hecho, por lo menos de ordinario, a la tranquilidad de los prácticos. Es menos de temer, pues, que la brecha adquiera pronto proporciones inquietantes.

Luego, algunas excepciones, en pequeño número y bien determinadas, no quebrantarán la *confianza pública.* Puesto que el médico *únicamente* es relevado del secreto profesional respecto al enfermo *obstinado* en atrincherarse tras este secreto para cometer una infamia *irreparable,* cualquier cliente, aunque fuera sifilítico, puede, con toda seguridad, confiarse al práctico de su elección. Sabe muy bien que el confidente callará con una sola condición, exigida por la más vulgar honestidad y fácil de cumplir: bajo la condición de que, por medio de una deslealtad indigna de toda consideración, el enfermo no obligue a declarar lo que es estrictamente necesario para impedir una injusticia muy grave y casi irreparable. Por más vueltas que demos a la cuestión no vemos lo que el bien general puede ganar con el mantenimiento de un secreto protector del crimen que va a cometerse.

Por ello concluímos que el bien general no exige *con el mismo rigor* la indisolubilidad del matrimonio y la inviolabilidad del secreto médico (1).

(1) Gén.-Salsm.: *Cas. conse.,* cas. 217.

SECCION TERCERA

DE LAS OPERACIONES QUIRURGICAS

330. Objeto y división. — I. OBJETO. — Después de haber estudiado los remedios desde el punto de vista del derecho natural, conviene examinar desde el mismo punto de vista las *operaciones quirúrgicas,* que son a veces el más seguro, o incluso el único medio, de salvar al enfermo, o, por lo menos, de prolongar su vida y de aliviarle.

Este será *el objeto de la tercera sección,* que es por lo mismo el complemento de la sección precedente.

Las dificultades son grandes, y tal vez no hay en toda la deontología cuestión más delicada ni terreno más favorable al error.

Es fácil darse cuenta de ello si se reflexiona que las operaciones quirúrgicas, consideradas desde el punto de vista moral, son de *dos clases.* Unas, aunque sean graves, no interesan *inmediatamente* más que a una *sola persona,* y a una persona de ordinario en estado de dar o de rehusar su asentimiento después de madura deliberación. Otras interesan inmediatamente a *dos personas,* a la vez separadas y estrechamente unidas: *separadas,* puesto que son dos seres humanos muy distintos, poseedores de derechos reales, pero en situaciones tan diferentes que el uno está, y el otro no, en situación de consentir en la operación o de rechazarla; *estrechamente unidas,* puesto que la muerte del hijo, aun encerrado en el seno materno, puede ser en ciertos casos el único medio de salvar la vida de la madre.

La primera clase de operaciones no ofrece dificultades graves desde el punto de vista moral. No ocurre así con la *segunda;* y las dificultades, lejos de disminuir, aumentan singularmente cuando se sale de la esfera luminosa de los principios para entrar en la penumbra de las aplicaciones prácticas. Se vuelven inextricables si se abandona el terreno firme de la razón para hundirse en el sentimiento. Mal juez de las cuestiones morales, el sentimiento llama rápidamente en su ayuda a un razonamiento que parece ser la expresión del buen sentido, y declara legítimo el sacrificio de la vida menos preciosa.

Por todos estos motivos importa considerar aparte las operaciones que se relacionan con la obstétrica, y no llegar al examen de tal o cual operación sino después de haber establecido sólidamente los *principios* de los que se deducirá la legitimidad moral, o por el contrario la ilegitimidad, de determinada intervención quirúrgica.

II. DIVISIÓN. — Por esto dividiremos esta tercera sección en *tres capítulos.*

El *capítulo XVI* tratará de las operaciones en general, y expondrá las reglas morales que rigen *todas* las operaciones, se relacionen o no con el arte obstétrico.

El *capítulo XVII* y el *capítulo XVIII* tratarán *especialmente* de las operaciones obstétricas.

En el capítulo XVII sentaremos, tan claramente como sea posible, los *principios morales* destinados a dirigir al cirujano en esta materia. Se reducen a estas *dos verdades innegables.* El derecho natural, que prohibe el homicidio, reprueba por lo mismo toda operación *directamente* asesina del feto, aunque fuera indispensable para la salvación de la madre. Por el contrario, permite, en ciertas condiciones, las operaciones que, por su naturaleza, tienden *directamente* a salvar a la madre, afecta de una grave enfermedad, pero que amenaza, con más o menos seguridad, matar *indirectamente* al hijo que lleva en su seno. Como es justo, hay motivo para enunciar los mismos principios si la intervención quirúrgica es directa o indirectamente mortal para la madre y tiende a salvar al hijo.

En el capítulo XVIII aplicaremos a las diversas operaciones los principios establecidos: trataremos de distinguir las operaciones que son y las que no son directamente mortales para el feto. Esta será la parte más delicada de nuestra tarea, y deberemos contentarnos con conclusiones simplemente probables.

CAPITULO XVI

DE LAS OPERACIONES EN GENERAL

331. Doble objeto y división. — El obrero y la obra de la mano: tal es el *doble objeto* de este capítulo, que, por consiguiente, *se divide* de modo natural en varios artículos, presididos por los diversos puntos de vista en los cuales podemos y debemos colocarnos para decidir si una operación quirúrgica es *moral,* ora en sí misma, ora en sus procedimientos.

1. Doble objeto. — 1.° *El obrero.* — Es el cirujano. Conviene, pues, investigar: qué cualidades debe tener *en común* con el médico, y *por sí propio;* luego, cuál debe ser, para el mayor bien del operado, su *colaboración* con el médico.

2.° *La obra de la mano.* — Es la operación quirúrgica, que puede ser permitida o prohibida por el derecho natural; benigna o grave, bien en sí misma, bien en sus consecuencias; no exigir, o por el contrario exigir, las más minuciosas precauciones; no reclamar, o por el contrario reclamar, por parte del operador, del operado y de la familia, una moral de temple más sólido.

Estos múltiples aspectos de la operación nos conducen a la división del presente capítulo.

2. División. — Cinco artículos.

Artículo primero. — Del operador.

Art. II. — Operaciones permitidas o por el contrario prohibidas.

Art. III. — De las operaciones graves.

Art. IV. — Reglas que deben seguirse en toda operación.

Art. V. — El papel de la moral.

En el artículo II la principal cuestión que se trata es la moralidad de la *esterilización* para fines eugénicos.

Los artículos III, IV y V conciernen, única o principalmente, a las operaciones *graves o peligrosas,* es decir, a las operaciones que son, en sí mismas, mutilaciones importantes, o pueden acarrear, si no la muerte, por lo menos consecuencias muy graves. Hay motivo para estudiar sobre todo *en qué condiciones* autoriza el derecho natural al cirujano para emprenderlas; *qué reglas* debe observar para satisfacer plenamente a la moral, y no tener, en caso de fracaso, nada que reprocharse; *cómo* debe sostener la moral del operado y de las personas que le cuidan.

3. Unico punto de vista. — ¿Es preciso repetir una vez más que en este capítulo y en los siguientes nos situamos *exclusivamente* en el punto de vista de la *ley natural?* Asimismo, la moral tiene aquí un *papel múltiple.*

Impone al cirujano una obligación estricta de adquirir y de conservar las cualidades que le ponen, cuando menos en cierta medida, a la altura de su tarea.

Establece la separación entre las operaciones permitidas y las prohibidas.

Impone al operador el deber riguroso de seguir la mejor técnica en la ejecución.

Se ve por consiguiente que el punto de vista moral y el punto de vista quirúrgico se unen, se enlazan y se completan; que las prescripciones del capítulo XII, relativas a los remedios, encuentran aquí su aplicación; que es preciso poner en primer plano el respeto de la vida, de la integridad de los miembros, de su funcionamiento, de los derechos individuales; en la medida, claro está, en que el respeto de la integridad de los miembros y de sus funciones es compatible con la intervención juzgada en buen derecho indispensable.

ARTICULO PRIMERO

DEL OPERADOR: SUS CUALIDADES

§ 1. — Cualidades comunes al cirujano y al médico

332. Cualidades de máxima importancia. — Es preciso al cirujano como al médico: 1.°, por parte de la *inteligencia,* un juicio recto; 2.°, si se considera la *ciencia* teórica y práctica, una fuerte instrucción, adquirida especialmente por una formación clínica muy adelantada; mantenida al día por una labor constante; en guardia contra una falsa especialización; 3.°, si se considera la orientación de la *voluntad* hacia el bien, un elevado valor moral, fruto sabroso de una clara visión del bien y de constantes esfuerzos.

En la explicación que sigue no insistiremos en la absoluta necesidad de un juicio recto. Nuestra exposición de las demás cualidades tendrá por objeto de preferencia al cirujano.

I. Instrucción sólida: clínica; remozada por una labor constante; perfeccionada por una especialización de buena ley. Vamos a aclarar estas tres cualidades intelectuales cuya importancia nadie niega.

1. *Formación clínica.* — Indispensable al médico, la formación clínica no es menos necesaria al cirujano.

1.° *Beneficios generales.* — Escuchemos, respecto a este punto, los consejos del Profesor E. Forgue a un estudiante.

«Ni los libros ni los cursos reemplazan al hospital; como tampoco las lecciones a la teoría reemplazan al taller para un aprendiz. Junto al lecho

de los enfermos aprenderéis a observar, a juzgar y a considerar los síntomas; a comprender las indicaciones, a respetar las contraindicaciones. Aprenderéis a interrogar a los enfermos con benevolencia, con método. Y poco a poco adquiriréis esta seguridad y esta autoridad moral por las que se impone el cirujano...» Pero, «tomad notas; redactad observaciones. Aprenderéis en ellas lo que los libros no enseñan: el curso natural de las enfermedades... Es más de la mitad de la medicina...» (1).

2.º *Beneficios especiales.* — «Para formular las indicaciones de toda operación, el cirujano debe haber hecho el *diagnóstico* y establecido el *pronóstico* con toda la precisión posible. Ahora bien, ni uno ni otro son posibles sin una sólida instrucción técnica» (2).

a) *Diagnóstico.* — «La intervención no debe ser nunca una operación de exploración y de descubierta» que consista «*en ir a ver*». Antes de tomar el bisturí, tenemos el deber «de determinar, tan rigurosamente como sea posible, el asiento y la naturaleza probable de las lesiones...» Cuanto más cuidadosamente se diagnostica, tanto más se reduce al mínimo, por el método y la experiencia práctica, la parte de lo imprevisto, y tanto mejor se opera. «El cirujano va directo hacia la lesión, según un plan metódico, bien concebido, exento de falsas maniobras» (3).

b) *Pronóstico.* — El conocimiento de la marcha natural de la enfermedad es «la base del pronóstico. Ahora bien, en la clientela el pronóstico es especialmente importante. Pues si bien el público es indulgente para un error de diagnóstico, es inexorable con una falta de pronóstico» (4).

2. *Labor constante.* — Un esfuerzo continuo de perfeccionamiento profesional es necesario al cirujano moderno que quiera hacer todo su deber y no quedarse atrás. Debe acrecer incesantemente su capital: «mantener su espíritu abierto a todas las críticas»; «interesarse por todo progreso; renovar sus métodos; aprovecharse de sus faltas para mejorar su práctica, y de los éxitos de los demás para imitarles» (5).

3. *Especialización de buena ley.* — La cirugía moderna es tan vasta que la especialización se convierte en necesidad. Mas hay una especialización *condenable* y una especialización *grandemente laudable*. Courty ha señalado, con algunas palabras muy claras, la diferencia entre una y otra: «La especialización es el *grado más bajo* de nuestro arte cuando no está fecundada por los conocimientos generales», es prematura y limitada al oficio. «Es su *perfección* cuando es el coronamiento de la ciencia. Hay que acabar en lugar de comenzar por ella» (6).

II. Formación moral. — Como el médico, el cirujano no puede prescindir de un elevado valor moral.

1. *Deber e interés.* — Es su deber, y es igualmente su interés, espiritual y material.

(1) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, págs. 17 y 18.
(2) *Ibid.*, pág. 16.
(3) *Ibid.*, pág. 17.
(4) *Ibid.*, pág. 18.
(5) *Ibid.*, págs. 18 y sig.
(6) *Ibid.*, págs. 19 y sig.

«Ciencia sin conciencia, *ruina del alma*», decía Ambroise Paré.

«Hay un conjunto de reglas morales... que resumen lo esencial de nuestro código profesional, y cuya observación es, hacia y contra toda tendencia impaciente o ambiciosa sin escrúpulos de los jóvenes, el verdadero medio de llegar y de durar» (1).

2. *Reglas fundamentales.* — Aquí también todo se reduce: a la *justicia*, que evita «la operación inútil o desproporcionada al mal o irrealizable»; al *culto de la verdad*, que es probidad científica; a la *moralidad* de las decisiones y a la *caridad*. Discípulo del Evangelio, Ambroise Paré hallaba su regla de conducta en esta sencilla máxima: «Sé para con los demás como quisieras que fueran para contigo» (2).

§ 2. — Cualidades propias del cirujano

333. Conjunto de aptitudes. — Para cumplir sus obligaciones morales y seguir una carrera honorable, es preciso al operador un *conjunto* de aptitudes físicas, intelectuales y morales, que, en parte *innatas*, pueden y deben ser, en gran medida, *perfeccionadas* por la formación técnica, y luego por la práctica al servicio de la clientela. Estas palabras nos indican: el objeto; las cualidades requeridas para alcanzarlo; el origen de estas cualidades; el medio de hacerlas más apropiadas al fin.

1. Objeto. — Para el cirujano, como para el médico, el objeto al que conviene tender principalmente no es ni la fortuna ni la gloria, sino el alivio de la humanidad doliente. También él debe oír la llamada angustiosa que le dirigen sus hermanos presas del dolor. Su honor, su gran honor, consiste en ayudarles.

2. Aptitudes requeridas. — Distinguimos: 1.º, las aptitudes *físicas*, que consisten, ante todo, en la habilidad manual, y por lo tanto dependen del cuerpo; 2.º, las aptitudes *intelectuales*, que se refieren inmediatamente a la inteligencia; 3.º, las aptitudes *morales*, que se relacionan a la vez con la voluntad, con el carácter, con el corazón.

Como hemos dicho, los americanos tienen una fórmula original para designar estas diversas aptitudes. Para ellos las tres *haches* hacen al buen cirujano: *hand, head and heart*, mano, cabeza y corazón.

3. Origen de estas aptitudes. — El origen primero de estas aptitudes es la buena naturaleza.

Es decir, que «todos los médicos no son *igualmente aptos* para la práctica quirúrgica», o, si se prefiere, para la *cirugía mayor*. «Son necesarias ciertas cualidades *innatas* que la educación técnica y la experiencia pueden seguramente perfeccionar, pero que son impotentes para crear o suplir» (3). Hay manos que nunca serán muy expertas; temperamentos,

(1) E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 20 y sig.
(2) E. Forgue, págs. 20 y sig., que cita esta noble divisa de la Sociedad de Cirugía: *Verdad en la ciencia y conciencia en el arte.*
(3) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, pág. 5.

impresionables o vacilantes, que no tendrán nunca la serenidad requerida o la prontitud de decisión necesaria.

334. I. Aptitudes físicas: la mano. — Una mano naturalmente flexible y ligera, diestra y firme, guiada por una buena vista, metódicamente ejercitada, cuidadosa del acabado, respetuosa de los tejidos y de todo lo que puede ser respetado, en resumen, una mano de buen obrero, experta en el manejo de la herramienta y capaz de darle su rendimiento de precisión» (1): tal es, en la ejecución, el instrumento primero y esencial del verdadero cirujano.

1. DESTREZA MANUAL. — Si el espíritu *concibe* la operación, la mano es la que la *ejecuta*. La ejecución es la obra de la mano, y el cirujano no puede dispensarse de ser un obrero manual. «Sin destreza, no hay verdadero cirujano» (2).

2. DESTREZA GUIADA POR EL OJO. — «Es preciso, en efecto, que haya siempre un *acuerdo perfecto* entre el ojo que dirige y la mano que ejecuta... Ya el viejo Paré decía que «las operaciones de cirugía se aprenden por el ojo y por el dedo» (3).

3. DESTREZA AFINADA POR EL EJERCICIO. — La mano es un órgano muy perfectible. Es necesaria al cirujano una mano metódicamente flexibilizada por el ejercicio, la repetición de los mismos gestos, el uso diario. Debe estar habituada en el detalle, en la minucia, en el acabado, en las «*obras de precisión*». Esta precisión manual es más que nunca la cualidad maestra del operador. «La dehiscencia de un solo punto de sutura puede comprometerlo todo, y la exactitud de una sutura continua decide una vida humana; vale la pena de ejercitarse y aplicarse en ella» (4).

Que se enseñe, pues, al alumno «la necesidad de la minucia, de las reparaciones perfectas y el respeto a los tejidos, su manejo sin brutalidad» (5).

335. II. Aptitudes intelectuales: la cabeza. — Además de un juicio recto es preciso al cirujano: 1.º, un don de observación siempre alerta; 2.º, una imaginación fértil en invenciones prácticas, o, lo que es lo mismo, un raro ingenio; 3.º, una gran presencia de espíritu.

1. DON DE OBSERVACIÓN. — Un don de observación incesantemente en acecho es muy útil, si no necesario, al cirujano. Gracias a este feliz hábito de observarlo todo, aprovechará los hechos que una fortuita combinación de circunstancias, incluso un error de diagnóstico, le suministran, y por la reflexión encontrará tal vez lo que no buscaba.

¿No es esto lo que ocurrió en 1862 a *Spencer Wells*, el gran ovariotomista inglés?

«Diagnosticó en una joven de veinticuatro años un quiste del ovario y practicó la laparotomía. Ahora bien, se trataba de una *peritonitis tuberculosa*. Spencer Wells lo comprobó y cerró el vientre. Contra todo lo que podía esperarse observó en esta joven una curación que relacionó con la intervención, aunque incompleta, pues sólo se había limitado a abrir el vientre. Y veintisiete años después vió que continuaba la curación de aquella enferma. Gracias a este error célebre de diagnóstico — *felix culpa* — la peritonitis tuberculosa entró en el dominio quirúrgico. Suponed a Spencer Wells menos observador de los hechos, menos cuidadoso de la asepsia, por consiguiente menos feliz en sus resultados, y el efecto favorable y paradójico de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa hubiera quedado todavía por un tiempo ignorada o mal conocida. Este progreso se habría retardado y tal vez nuestra generación no lo hubiese aprovechado» (1).

(1) E. Forgue, pág. 6.
(2) *Ibid.*, pág. 6.
(3) *Ibid.*, pág. 6.
(4) Prof. E. Forgue, *loc. cit.*, pág. 8.
(5) *Ibid.*, págs. 12 y sig.

2. INGENIOSIDAD. — El ingenio, en busca de invenciones útiles, permite a veces al cirujano «concebir una nueva instrumentación, adaptarla al fin operatorio, establecer detalles de construcción, y hasta idear modelos» (2).

El ingenio también, junto con el doble espíritu de observación y de resolución pronta, le llevará a imitar los *procedimientos naturales* de curación y a servirse de la naturaleza para conducirla suavemente hacia el término a que tiende.

«La historia del *tratamiento de las heridas* es el ejemplo más curioso. Hasta el siglo XIV se atormentaba a la herida con una serie de tópicos empíricos: digestivos; modificantes; encarnativos; consolidativos. Y, sin embargo, ¡era tan sencillo suturar la herida y dejarla evolucionar hacia su reparación natural! Fué necesario llegar a Mondeville para advertirlo» (3).

3. PRESENCIA DE ESPÍRITU. — Una gran presencia de espíritu, completada por un perfecto dominio de sí mismo, es indispensable al cirujano para conservar, ante una circunstancia súbita e imprevista, todo su poder de *reflexiva* y para resolver, por una *pronta decisión*, los más graves incidentes (4).

336. III. Aptitudes morales: voluntad; carácter; corazón. — En cirugía, como en medicina, y podríamos añadir como en todas las profesiones, las cualidades *morales* y por consiguiente las cualidades de voluntad, de carácter, de corazón, son de una *importancia primordial* para el cumplimiento del deber y el éxito. Pero cuando se trata del cirujano, estas cualidades, desarrolladas por la edad, por la experiencia, por el cultivo intensivo, se matizan de *rasgos particulares* que vamos a poner de relieve considerando al operador antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

1. ANTES DE LA OPERACIÓN. — La operación puede ser a la vez muy incierta y urgente, pero con algunas probabilidades de éxito. Sin ser urgente, puede ser moralmente necesaria para evitar los riesgos de la abstención

(1) Prof. E. Forgue, págs. 28 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 7.
(3) *Ibid.*, págs. 35 y sig. Véase en las págs. 36 y siguientes a qué ingeniosa idea se debe el origen de las grapas.
(4) *Ibid.*, págs. 5 y sig.

y asegurar el porvenir. En los dos casos las cualidades morales del cirujano entran en juego y figuran en primer término.

1.° *Operación urgente y muy problemática.* — El cirujano debe decidirse y decidir a su cliente.

Para decidirse le es necesaria esta audacia reflexiva, tranquila y desinteresada que se denomina el *valor de la responsabilidad.* Recuérdese el noble precepto de Hufeland: «Cuando el enfermo esté en peligro, arriésgalo todo para salvarle, incluso tu reputación...» Para afrontar así la probabilidad contraria, es necesario «un ideal de deber y de honor», fuera de todo cálculo de interés (1).

Para decidir a su cliente, el cirujano tiene necesidad de una gran firmeza de carácter, de una infatigable paciencia y de una penetrante suavidad en las formas (2).

2.° *Operación necesaria para asegurar el porvenir.* — Aquí una legal y persuasiva *diplomacia* es la que triunfará de las vacilaciones del enfermo. «No se trata de obtener autoritariamente un permiso para operar, sino de ganar una adhesión lógicamente discutida, sinceramente instruída de los motivos de operar, advertida de los riesgos de la abstención» (3). Pueden ser necesarias inagotables reservas de paciencia.

2. Durante la operación. — La destreza manual, tan necesaria, y la rapidez en el acto operatorio, sin apresuramiento febril, no bastan. Con la fuerza de resolución que realiza metódicamente, «sin una falta, de modo integral», la solución adoptada e impuesta al cliente, es necesaria la *prontitud* de decisión y la *serenidad,* «esta fuerza de espíritu que dan la previsión y el saber», una serenidad imperturbable, «que no altera ningún incidente, y que, sin trastorno ni retardo, hace frente a toda sorpresa operatoria por la decisión técnica» apropiada (4).

«Nuestro deber *en la fase de ejecución* es de estar por entero en nuestra obra manual; de tender nuestra voluntad e inteligencia hacia su realización más precisa; de hacer frente con resolución e iniciativa a lo imprevisto; de no ocuparse de la asistencia y de no sacrificar ninguna condición de seguridad al deseo de ser admirado por la temeridad o la velocidad; de dar a los ayudantes el ejemplo de tranquilidad; de ser paciente con ellos» (5).

3. Después de la operación. — Después del acto operatorio, el operador se vuelve médico, sin dejar de ser cirujano.

1.° *Médico.* — Es médico por sus cuidados atentos; por el don de su corazón; por una alegría discreta, pero confortante.

a) *Cuidados atentos.* — El vulgo dice de un hábil cirujano: «*Tiene buena mano.*» En realidad esta bondad de la mano no es una predestinación: está hecha de valor técnico, de conducta prudente de la intervención, de cuidados postoperatorios atentos» (1).

«*Sédillot* tenía la costumbre de repetir a sus discípulos de Estrasburgo que en cirugía el éxito corresponde a los *más cuidadosos,* no a los más brillantes» (2).

b) *Don del corazón.* — «Todo cirujano digno de su estado puede confesar que su corazón permanece sensible a las miserias humanas; que nunca emprende sin emoción una de estas partidas inciertas en que la vida está en juego; que no ha llegado ni quiere llegar a la consideración del enfermo como un sujeto ante el cual prescinde de la persona moral. Y esto es lo que explica por qué, sean cuales fueran nuestra experiencia y nuestra costumbre, hay ciertas operaciones que nos cuestan ansiedades y hasta insomnios, angustias de corazón que no confesamos, que disimulamos bajo la máscara profesional y que hacen comprender por qué tantos cirujanos sucumben por afecciones cardíacas» (3).

c) *Cara sonriente y confiada.* — Ambroise Paré decía con su lenguaje pintoresco: «El cirujano de cara lastimosa hace a su enfermo la llaga venenosa» (4). Y Palaprat, operado de la piedra por Mareschal, escribe de él: «Nunca se me acercaba sin cara sonriente y una frase chispeante» (5).

2.° *Cirujano.* — La maestría del cirujano reaparece en cuanto surge una complicación. «Si sobreviene alguna complicación, el *cirujano* la trata con precisión, resueltamente, silenciosamente. Toda señal aparente de inquietud o de vacilación podría arruinar la resistencia moral del operado... La presencia de espíritu es una de las más preciosas cualidades del cirujano.

Marc-Antoine Petit había operado de la piedra a un enfermo que perdía mucha sangre por la herida de la talla. «Estoy acabado — dijo éste a su cirujano llamado con urgencia —: pierdo toda mi sangre. — Perdéis tan poca — contestó Petit — que os haré sangrar dentro de una hora.» La oportunidad de esta respuesta engañó al enfermo, le devolvió su valor y le preparó para su curación» (6).

4. Retrato de Nélaton. — El retrato de Nélaton, tan finamente dibujado por Guyon, *resumirá* esta exposición.

«Sólo el aspecto de su fisonomía habría bastado para que un favorable presagio respondiera a la ansiosa y muda interrogación que dirige siempre el enfermo al que va a ser el árbitro de su destino. La tranquilidad perfecta, la seguridad modesta y firme del hombre a la altura de su misión se leían a primera vista.

Bien pronto preguntas llenas de precisión, una atenta solicitud que sabía extenderse a todo y preocuparse, sin embargo, únicamente de lo que convenía saber, un examen profundo, conducido de tal suerte que nada era olvidado, mientras que todo estaba previsto para que el sufrimiento,

(1) E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 116 y 117.
(2) *Ibíd.*, págs. 131 y sig.; 133 y sig., en donde hay párrafos muy interesantes.
(3) *Ibíd.*, pág. 126.
(4) *Ibíd.*, pág. 9.
(5) *Ibíd.*, pág. 108.

(1) E. Forgue, *loc. cit.*, pág. 7.
(2) *Ibíd.*, pág. 88.
(3) Prof. E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 109 y 131.
(4) *Ibíd.*, pág. 139.
(5) E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 140 y sig.
(6) E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 138 y sig.

las más íntimas susceptibilidades fuesen respetadas, atraía cada vez más la confianza. El enfermo sentía que podía abandonarse, y se daba sin reservas, feliz por esta primera victoria, tan completamente ganada por aquel que después de haber conquistado al paciente iba a luchar contra el sufrimiento.

El prestigio del talento y de la notoriedad llevaba a la gente al cirujano famoso; la afabilidad exquisita, las maneras atentas y sencillas de éste, retenían a todos los que en un día de inquietud o de angustia habían acudido a él» (1).

§ 3. — Formación técnica

337. Bases y orígenes principales. — La luminosa exposición del profesor E. Forgue nos recuerda que la formación técnica del futuro cirujano tiene *por comienzo y base* la instrucción anatómica. Nos enseña además que sus *tres orígenes* principales son: la cirugía del cadáver, o, en otros términos, los trabajos prácticos de medicina operatoria ejecutados en los cadáveres; la cirugía del animal vivo previamente anestesiado; un período suficiente en los laboratorios de bacteriología y de anatomía patológica.

1. La instrucción anatómica. — Es el comienzo y la base de la formación técnica. Comprende primero la anatomía descriptiva; luego y sobre todo la anatomía topográfica.

1.° *Necesidad de la anatomía.* — «Sólo la anatomía da al operador la certidumbre y la precisión. Su papel es comparable al de la geografía en el arte militar.»

2.° *Necesidad de la anatomía descriptiva.* — «La anatomía *descriptiva* es el comienzo obligado. Es una ley, en toda ciencia humana, ir de lo sencillo a lo complicado. Es el análisis indispensable.»

3.° *Necesidad de la anatomía topográfica.* — «La verdadera anatomía del cirujano es la anatomía *topográfica* y su síntesis, es decir, el conocimiento de las regiones, de los planos anatómicos, de los puntos de referencia, de las relaciones esenciales, de las topografías viscerales exactas» (2).

4.° *Nota histórica.* — «La *observación* nos ha dotado de la anatomía, es decir, de la ciencia que consiste en investigar cómo está hecho el cuerpo humano; qué órganos contiene y qué relaciones afectan entre sí... La anatomía permaneció largo tiempo incierta. Tiene por base, en efecto, la *disección,* y durante siglos estuvo prohibida la abertura de cuerpos humanos (3). En la actualidad es, por decirlo así, completa, y sólo puede hacer descubrimientos de detalle. Está unida a otra ciencia, la *histología,* que, no

(1) Citado por E. Forgue, *loc. cit.*, pág. 128.
(2) *Au seuil de la chirurgie,* págs. 10 y sig.
(3) En esto no hay que exagerar. «Herófilo... diseca vivos los criminales que le suministra el rey de Egipto» (E. Forgue, pág. 33). «En 1647 se colgó en Ruán a un tal Lavoine: una banda de barberos se apoderó del cadáver y lo llevó a la cámara de los cirujanos» (*Ibid.*, pág. 41).

siendo más que la *anatomía microscópica,* permite profundizar en la estructura íntima de los órganos y de los tejidos de que están formados» (1).

2. La cirugía del cadáver: *disección; trabajos prácticos de medicina operatoria.* — La cirugía del cadáver es muy útil, con la condición, sin embargo, de no perder de vista que es «una cirugía ficticia, engañosa».

1.° *Cirugía muy útil.* — «Nada vale tanto como la práctica de las ligaduras para apreciar las relaciones vasculares. Nada prepara mejor al examen de las articulaciones y al diagnóstico de sus desplazamientos que el estudio de las desarticulaciones. Por ellas también, se aprende a manejar el bisturí, las pinzas, la sonda acanalada, los separadores; a cortar limpiamente; a cortar los ligamentos con el golpe de punta dado en el lugar propio; a descomponer los tiempos operatorios; a medir los gestos; a tomar actitudes.»

2.° *Condiciones que aseguran la utilidad.* — «Pero no hay que dar a estos ejercicios el carácter de esgrima brillante y de gran velocidad... Que el discípulo esté obligado a *terminar,* por la hemostasia y las suturas, las operaciones llamadas clásicas. Que se le enseñe la necesidad de la *minucia,* de las reparaciones perfectas, y también el respeto a los tejidos, su manejo sin brutalidad. Que se le ejercite en hacer metódicamente un ano artificial; una apendicectomía; una reparación del trayecto inguinal.»

3.° *Cirugía ficticia y engañosa.* — «El inconveniente de estos ejercicios cadavéricos es la falta de *la lesión y sus dificultades,* y que, aparte del encuentro fortuito de casos patológicos, se trabaja en *órganos y en tejido sanos,* sin el imprevisto o el obstáculo de las adherencias, de las deformidades lesionales, de la hemorragia. La intervención se *simplifica,* lo cual no se parece en modo alguno a la operación en el vivo y en el vivo enfermo. O bien se *complica* con alteraciones de tintes y de tejidos que falsean el aspecto del campo operatorio» (2).

3. La cirugía en el animal vivo: *instrumento de descubrimientos; aprendizaje mucho mejor; inanidad del reproche de crueldad.* — Limitémonos a una breve explicación.

1.° *Instrumento de descubrimientos.* — Todos los descubrimientos de la cirugía moderna han tenido por punto de partida investigaciones experimentales sobre animales vivos. En E. Forgue se encontrarán los principales ejemplos (3).

2.° *Mejor aprendizaje.* — «La cirugía del cadáver es una cirugía ficticia, engañosa. Un aprendizaje mejor, más conforme a las realidades de la cirugía, a sus dificultades (hemorragia, presión abdominal, movimientos respiratorios), a las relaciones exactas, a los colores normales de los tejidos, a su consistencia normal, es suministrado por la operación en el animal vivo. Es el más instructivo ensayo para las intervenciones en el riñón y las vías urinarias, en el intestino, en el estómago, en el hígado y el bazo. Es la mejor educación manual para las suturas viscerales y vasculares.

(1) Dr. Henri Bouquet: *Initiation à la médecine,* pág. 10.
(2) Prof. E. Forgue, págs. 12 y sig.
(3) Págs. 13 y 14.

3.° *Reproche de crueldad.* — «Está descartado por la anestesia y por el pensamiento del progreso humano, que es el objetivo y el resultado» (1). Puesto que el animal no es una persona, sino una cosa, es una «*piedad inhumana*» no servirse de él en detrimento de la vida y de la salud del hombre (2). En esto, como en otras cuestiones, el fin bueno y hasta excelente, legitima los medios *que no son malos por sí mismos.*

4. Bacteriología y anatomía patológica. — «Es desde ahora necesario que el futuro operador estudie *un período suficiente* en los laboratorios de anatomía patológica y de bacteriología para instruirse en los métodos de investigación, en sus interpretaciones, en sus aplicaciones clínicas» (3).

Especialmente, no hay cirugía exacta y segura sin las luces de la *anatomía patológica,* que observa las lesiones producidas en nuestros órganos por la evolución de los fenómenos morbosos. «Relacionando estas lesiones, comprobadas generalmente después de la muerte, con los síntomas observados durante la vida, es como ha sido posible mejorar los procedimientos de investigación, inventar otros nuevos y encontrar una guía segura para la apreciación de los trastornos comprobados» (4).

§ 4. — Colaboración del médico y del cirujano

338. Antes, durante y después de la operación. — No nos detendremos en establecer que el cirujano debe ser médico y que el médico debe ser algo cirujano (5). Pero demostraremos que el médico y el cirujano deben unirse: 1.°, antes de la operación; 2.°, durante la operación; 3.°, después de la operación.

El médico debe *asistir* a la operación, por lo menos como representante de la familia, que no podría ser admitida. Pero desde el punto de vista primordial, el bien del enfermo, es más necesaria principalmente la colaboración médica antes y después de la operación. *Antes,* para llamar en tiempo útil al cirujano; *después,* para ejercer sobre el operado, a falta del cirujano retenido por otros deberes, esta vigilancia continua que en ciertos casos es requerida. Precisemos algo más.

339. I. Antes de la operación. — Antes de *toda* operación de importancia debe haber una *acción combinada* del médico y del cirujano. Pero cuando hay *urgencia,* esta acción común se hace indispensable para no dejar pasar «el momento que ya no vuelve».

1. Antes de la operación importante. — Aquí las dos prácticas médica y quirúrgica se compenetran por múltiples puntos.

1.° *Papel del médico.* — Corresponde al médico de cabecera establecer el diagnóstico más preciso posible y juzgar que su terapéutica es impotente para vencer el mal. Que desconfíe particularmente de las afecciones morbosas de aspecto médico pero que dependen en realidad del cirujano. Así, tal enfermo que «es enviado a Vichy por una atonía gástrica, padece una apendicitis crónica, o tiene la vejiga llena de cálculos, o un absceso latente del hígado. Aquel otro que padece un cáncer del intestino es tratado como disentérico. Otros son enfermos febriles que sólo curarán cuando se les libre su vesícula de los cálculos, o cuando se restablezca el curso de la orina», etc. (1).

(1) E. Forgue, pág. 14.
(2) Dr. Pierre Mauriac: *Aux confins de la médecine,* págs. 142 y sig.
(3) E. Forgue, pág. 14.
(4) Dr. Bouquet: *Initiation à la médecine,* págs. 11 y 12.
(5) E. Forgue, págs. 87 y sig.

2.° *Papel del cirujano.* — «Antes de toda intervención *visceral,* el cirujano procura, en primer lugar, instruirse en todos los datos médicos apropiados para fijarle sobre la realidad de la indicación operatoria; sobre la operabilidad del caso; sobre el pronóstico ulterior...

Debemos descubrir en nuestros operados los trastornos generales: la diabetes, albuminuria, hiperazoemia, y modificar el terreno por la terapéutica médica apropiada» (2).

2. En caso de urgencia. — La tarea del médico es la de substraerse, por una decisión pronta, a toda temporización funesta y no dejarse engañar por una «calma traidora». En estas circunstancias difíciles, y a veces angustiosas, «el médico que a tiempo da la voz de socorro y llama al cirujano tiene tanto mérito en la curación como el mismo cirujano. El acto intelectual del diagnóstico es tan difícil, tan digno de gratitud, como el acto manual de la intervención» (3).

A veces la familia, con sus vacilaciones, es la causa del retardo y del resultado funesto subsiguiente. Así, «hora por hora, el médico sigue la evolución del ataque apendicular. Y si la agravación de la situación lo indica, llama sin tardar al cirujano. Pero entonces se tropieza con la resistencia de la familia; tanto más cuanto que en las formas más tóxicas se produce una *calma traidora,* una detención aparente de los síntomas, que ilusiona y es causa de retardos. Luego, cuando el estado empeora, el pulso se acelera, los vómitos se hacen más frecuentes y negruzcos, se acepta la intervención, pero es ya demasiado tarde: la intoxicación del organismo se ha consumado. Operado a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas el paciente habría curado» (4).

340. II. Después de la operación. — «Después de *ciertas* intervenciones en el abdomen, la *curación* sólo se obtiene al precio de una *asistencia médica* a todas horas.»

Poco importa que la operación se haya realizado con maestría insuperable. Estará condenada al fracaso si faltan estos cuidados: la inyección de aceite alcanforado o de suero que sostiene a tiempo la energía desfalleciente del corazón; el lavado del estómago que detiene los síntomas peritonea-

(1) E. Forgue, págs. 91 y sig.
(2) E. Forgue, págs. 91 y sig. En la pág. 93 observa que hay enfermedades médicas de aspecto quirúrgico. Tales las «falsas apendicitis», cuyo punto doloroso, en el lugar clásico, es sintomático de una pleuresía.
(3) E. Forgue, pág. 91.
(4) *Ibid.,* pág. 90.

les...; el purgante que combate la parálisis intestinal y evita los accidentes de oclusión; las ventosas, la cafeína, las cataplasmas sinapizadas que apartan el peligro de una congestión pulmonar» (1).

ARTICULO II

OPERACIONES PERMITIDAS O PROHIBIDAS

§ 1. — Operaciones permitidas

341. I. Principio director. — Es posible enunciar de varias maneras el principio director que rige la licitud de las intervenciones quirúrgicas. He aquí, al parecer, el más simple, con la condición, naturalmente, de que el acto operatorio no sea ni plenamente inútil, ni desproporcionado al mal, ni irrealizable.

El cirujano puede, *legítimamente,* emprender todas las operaciones que su cliente tiene *derecho* a pedir y a sufrir, sin ponerse en oposición con algún principio *cierto* de la ley natural, y especialmente sin substituir el poder moral de *administración* que posee sobre la vida, salud, la integridad de sus miembros y funciones, por el derecho absoluto de *propiedad* que le concede un individualismo desenfrenado, pero del que está realmente desprovisto. Volveremos sobre este principio cuando tratemos de las condiciones a las que la ley moral subordina el derecho de todo hombre a una *mutilación* importante.

Se ve que hay en esta cuestión dos puntos de vista, de los cuales uno es ilegítimo y el otro perfectamente justificado.

1. Punto de vista ilegítimo. — Para decidir si una operación está o no autorizada por la ley moral, *no es legítimo* situarse, pura y simplemente, en el punto de vista quirúrgico. Sin duda conviene examinar si el operador tiene la destreza requerida para el éxito de la intervención. Pero una vez descartada esta habilidad, no es el *interés del cirujano* lo que sirve de criterio. Una operación no es moralmente lícita *por el solo hecho* de que permita al obrero ejercitarse, aumentar su reputación o ganar grandes honorarios. En deontología médica no es el interés del médico ni el interés del cirujano los que están en primera línea. En cuanto pasan al primer plano hay subversión de los valores.

2. Verdadero punto de vista. — El interés físico o moral del cliente: tal es el punto de vista en el que es preciso situarse para juzgar la moralidad de una intervención. Se tendrá, pues, por lícita toda operación que procure de algún modo este interés, no produzca ningún daño que no esté justificado, y no ocasione sinos gastos proporcionados a los recursos disponibles. Las aplicaciones que vamos a hacer ilustrarán mejor el alcance de este principio.

(1) E. Forgue, pág. 92.

342. II. Aplicaciones del principio. — Bastará aplicar a tres clases de operaciones el principio que acabamos de enunciar: a las operaciones inofensivas, pero físicamente *inútiles;* a las operaciones que tienen por objeto suprimir o disminuir una deformidad y por este motivo se denominan *estéticas;* por último, al *injerto testicular.*

1. Operaciones físicamente inútiles. — Nada más clásico que el caso de los *remedios,* incapaces de obrar sobre el físico, pero susceptibles de tener sobre la moral una acción bienhechora. Ocurre mucho menos a menudo que una *operación,* impotente para mejorar el estado físico, tenga, *sobre la moral,* una eficacia real, por ejemplo la virtud de reanimar la confianza, o por lo menos de satisfacer los deseos del cliente. Pero si es así, conviene aplicar a esta clase de intervenciones los principios que gobiernan los remedios cuya influencia inmediatamente útil está restringida a la moral. Por lo tanto, si después de haber advertido lealmente los efectos esperados la familia persiste en el acto operatorio, nada impide al cirujano satisfacer este deseo. Como es justo, suponemos que la operación no agravará el estado del enfermo, y que no es una mutilación.

2. Operaciones estéticas. — El principio que hemos enunciado antes (núm. 341), demuestra bastante bien que las operaciones estéticas no son, por sí mismas, prohibidas por la moral. Indica también las condiciones relativas al *operado* y al operador. El acto operatorio no debe poner en peligro la vida del operado ni la integridad de sus miembros. Y es necesario que el riesgo corrido, si hay riesgo de *achaque,* esté compensado por las ventajas reales que la intervención bien conducida pueda procurar. En cuanto al *operador,* su deber ante todo es tener en cuenta el bien del interesado, y no la experiencia o, lo que es menos noble, la ganancia que realiza.

3. Injerto testicular. — Si es necesario, se encontrará en el Dr. Pierre Mauriac (1) una exposición sumaria, pero límpida, que basta para distinguir *dos casos* y para descartar quiméricas esperanzas.

1.° *Primer caso.* — Supongamos que el injerto testicular tenga el *doble efecto* de excitar el ardor genésico y de mejorar la salud general. En estas circunstancias puede ser practicado por el cirujano, aunque el cliente, soltero, persiga, a más de los felices resultados, fines *menos confesables.* Basta que el operador quiera el buen efecto y permita el malo.

2.° *Segundo caso.* — El injerto no mejorará ciertamente el estado de salud. Sólo ocasionará un despertar temporal y fugaz de la virilidad. Aun en este caso, nada se opone a que el cirujano intente la operación sobre un hombre casado o que quiera contraer matrimonio. Si se trata de un soltero recalcitrante, o de un viudo que no piense en una nueva unión, no vemos lo que, desde el punto de vista moral, puede legitimar la operación.

3.° *Esperanzas quiméricas.* — «Es muy ilusorio pretender el *rejuvenecimiento* por el despertar de una sola glándula... Si es cierto, y no está demostrado, que la sola insuficiencia glandular es el origen de la vejez, es

(1) *Aux confins de la médecine, Le rajeunissement,* págs. 71 y sig.

mucho más cierto que *todas las glándulas,* deficientes a la vez, participan en la decrepitud del organismo» (1).

El Prof. E. Forgue se contenta con escribir: «En verdad es una empresa tan vana querer rejuvenecer a los viejos verdes como borrar operatoriamente las arrugas de las viejas coquetas» (2).

§ 2. — Operaciones prohibidas: esterilización

343. Punto de vista múltiple. — No hay que insistir en las operaciones que difieren de la esterilización. Los principios que acabamos de enunciar (núm. 341 y sig.) permiten juzgar si están autorizadas, o por el contrario prohibidas, por la ley moral.

Queda la *esterilización,* que conviene considerar desde un *múltiple punto de vista. Podemos ver en ella:*

1.° *El acto operatorio,* es decir, investigar brevemente en qué consiste la intervención; cuál es su influencia sobre la vida sexual; cuál es su repercusión sobre la salud general.

2.° *Una medida terapéutica* que, en ciertos casos, no es nada contraria al derecho natural.

3.° *Una medida punitiva,* aplicada a los culpables, con el solo título de represión penal.

4.° *Una medida preventiva individual* destinada a impedir toda concepción; y, sin preocuparse de la moral, libremente escogida para realizar de una vez lo que las prácticas anticoncepcionales hacen sucesivamente.

5.° *Finalmente, una medida denominada eugénica,* hasta económica y social, impuesta, por lo menos de ordinario, por la ley civil.

Naturalmente, este último punto de vista es el *principal.* Los otros preparan para su mejor comprensión y apreciación.

344. I. El acto operatorio. — Como su nombre indica, la *esterilización* es una intervención quirúrgica, relativamente benigna, que asegura al operado, hombre o mujer, la *esterilidad definitiva* sin poner obstáculo a las relaciones sexuales infecundas, y sin ocasionar, por lo menos de ordinario, graves repercusiones sobre la salud general.

1. Operaciones practicadas. — La operación más corriente, en el hombre, es la *vasectomía,* o resección de los conductos deferentes; en la mujer, la *salpingectomía,* o resección de las trompas uterinas previamente acodadas y ligadas. Con esto se impide al líquido seminal su acceso a las vesículas, y al óvulo el acceso al útero: es la *infecundidad* para ambos sexos (3). Además, si la resección del doble conducto deferente es *irremediable,* es, desde el punto de vista canónico, la impotencia perpetua para el *hombre* (1).

«La *castración* verdadera, es decir, la ablación total de los órganos genitales internos, no suele practicarse como medida eugénica» (2).

«Acarrea graves inconvenientes, glandulares y fisiológicos» (3).

2. Influencia sobre la vida sexual. — La doble operación de que acabamos de hablar no tiene sobre la actividad sexual *ninguna influencia bien marcada.* Si creemos a las raras estadísticas que se han hecho (4), de ordinario la deja estacionaria. Y cuando la modifica, tiene, sobre todo en las mujeres, más bien tendencia a aumentarla que a disminuirla. Este resultado encuentra su explicación en la naturaleza de las dos operaciones, «que únicamente tienen por objeto impedir la migración de las células germinales, sin poner obstáculo a su génesis ni a la de los hormones estimulantes que las acompañan normalmente» (5).

3. Repercusiones sobre la salud general. — Más de un médico estima que la esterilización realizada por la vasectomía o la salpingectomía se revela a la experiencia *mucho menos inofensiva* de lo que se había creído primero, especialmente si se practica en sujetos jóvenes que tengan anomalías psíquicas o tendencia a las enfermedades nerviosas. El eminente cirujano de Leipzig, Payr, ha observado también, a continuación de simples vasectomías, psicosis y a veces locuras, una de las cuales ocasionó la muerte del sujeto (6).

(1) Dr. Pierre Mauriac, *loc cit.,* pág. 78.

(2) *Au seuil de la chirurgie,* pág. 95.

(3) Para la mujer, ¿es la infecundidad cierta, absoluta, infalible? El Dr. G. Clément lo duda. En un opúsculo de positivo valor titulado: *Le droit de l'enfant à naître* (1931), insiste dos veces en esta cuestión.

En la pág. 136 escribe: «Las observaciones, que se multiplican, muestran que la naturaleza parece que se entretenga en deshacer por su ingeniosidad el ingenio de los operadores; pues se da el caso de que llegan a desarrollarse gérmenes a pesar de las mutilaciones orgánicas (ligaduras, aplastamiento, enterramiento y hasta resección de las trompas) en condiciones sorprendentes.»

En la pág. 147 añade: «La comunicación de *Amédée Lafjont* al Congreso de los ginecólogos de Bruselas, en octubre de 1929, sobre «*los procedimientos de esterilización de la mujer*», que traza el catálogo muy completo de todas las técnicas imaginadas hasta ahora, demuestra bien la obstinación de los embarazos en sobrevenir a pesar de los obstáculos que acumula el ingenio de los operadores. Sobre todo ocurrió así en el 18 a 23 por 100 de los casos de ligaduras de las trompas, intervención generalmente practicada a causa de su benignidad».

(1) C. Gasparri: *De matrimonio,* tomo I, págs. 467 y sig., 1932.

(2) R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* pág. 143.

(3) Prof. J. Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 76.

(4) E. Jordan: *Eugénisme et morale,* págs. 96 y sigs.

(5) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* pág. 142.

(6) E. Jordan: *Eugénisme et morale,* págs. 93 y sigs.; Dr. Jean Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 85; Dr. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 137 y 139.

Insiste particularmente en las consecuencias psíquicas.

«Los cirujanos que emprenden estas operaciones ¿pesan suficientemente las consecuencias, a veces lejanas, que se precisarán en el porvenir y que pueden suscitar remordimientos tardíos, hasta una verdadera *ansia de maternidad* que ha podido incitar a algunas desgraciadas al suicidio, o más a menudo dejarlas descorazonadas, agriadas, desamparadas? Hussy habla de una madre de familia que, habiendo perdido en el curso de una epidemia a sus cuatro hijos, puso fin voluntariamente a sus días, desesperada al tener que renunciar a toda esperanza de maternidad, porque poco antes se había sometido, por fútil motivo, a la esterilización quirúrgica. ¿Consideran los ginecólogos las repercusiones de estas operaciones sobre el «psiquismo», la vida afectiva y el resorte moral de una mujer implacablemente reducida desde entonces al único recurso del goce estéril? Hace veinte o treinta años, la era de las ablaciones de ovarios había multiplicado estas desgraciadas. Las deficiencias endocrinas consecutivas a esta operación eran la única causa, y las esterilizaciones modernas ¿no van por su acción psíquica a hacer surgir otros desequilibrios?» (Dr. Clément: *loc. cit.,* páginas 137 y 139).

345. II. Medida terapéutica. — Los principios morales que legitiman *toda mutilación* necesaria, ora para la salvaguardia de la vida o de la salud, ora para la feliz terminación de otra operación absolutamente requerida, justifican del mismo modo la esterilización considerada como medida *terapéutica* sin la cual la existencia estaría comprometida, o sería imposible el retorno a la salud. En este caso el cirujano no tiene por finalidad la esterilidad; es simplemente *permitida* como resultado de una operación legítimamente efectuada sobre los órganos genitales, cuyo estado patológico pone en peligro la vida o la salud. «Es la aplicación de la *ley del doble efecto*. Un mal físico, no querido ni directamente buscado, es sin embargo tolerado porque es inseparable de un bien positivo, que se procura legítimamente alcanzar» (1).

Resulta inútil insistir más tiempo sobre una verdad debidamente establecida. Es preferible derivar una doble consecuencia.

1. PRIMERA CONCLUSIÓN. — Si nos situamos exclusivamente en el punto de vista moral, se pueden distinguir *dos clases* de esterilización: la que tiene *por objeto*, y la que tiene *por simple efecto* hacer incapaz de engendrar. Nada impide *reservar* el nombre de esterilización a la primera, es decir, a la intervención quirúrgica que tiene verdaderamente *por objeto* hacer definitivamente estéril al operado.

2. SEGUNDA CONCLUSIÓN. — Después de fracasadas *todas* las terapéuticas conocidas, ¿puede el médico en consecuencia recurrir a la esterilización si ésta parece el *único* medio capaz de calmar un eretismo sexual *ciertamente* patológico y *gravemente* nocivo para la salud? A la cuestión propuesta en estos términos, o en otros que tengan exactamente el mismo sentido (2), creemos poder dar una respuesta *afirmativa*, si no cierta, por lo menos suficientemente fundada, con la condición expresa, sin embargo, de que el buen resultado deseado sea, no solamente *posible*, sino seriamente *probable*. Para estar justificada en la moral, una operación tan grave como la esterilización exige razones proporcionadas a la gravedad de la mutilación sufrida, y una esperanza fundada de éxito. Nuestra respuesta depende, pues, de un *hecho médico*. Toca a los médicos decidir si en el estado actual de la ciencia este hecho tiene la *probabilidad* exigida. El *Dr. Schreiber* dista mucho de ser afirmativo cuando escribe: «No hay que confiar en la vasectomía, como algunos esperaban, para atenuar o modificar los impulsos eróticos o los instintos de perversión sexual frecuentemente observados en los alienados o atrasados» (3). Igualmente, el Dr. *Fernand Debresse*, que llega a una conclusión moral más firme, confiesa que hasta ahora los resultados obtenidos han sido más bien decepcionantes» (1). Y desde el punto de vista médico, el *Dr. Louis Vervaeck* no es de opinión diferente (2).

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 145.

(2) Antonelli: *Medic. pastor.*, tomo III, pág. 434, insiste en esta cuestión. Hasta exige, lo que parece excesivo, que el grave peligro al que está expuesta la salud sea absolutamente cierto.

(3) Citado por E. Jordan: *Eugénisme et Morale*, págs. 94 y 95.

Por lo menos importa no confundir este caso, *en el que la salud está en juego*, con el caso de impulsos sexuales muy violentos que, *sin dañar gravemente al cuerpo*, ponen en gran peligro el *bien espiritual* del alma. En este último caso nunca debe recurrirse a la esterilización. Es necesario emplear *otros medios* que sirvan a los intereses mayores que están en causa. Esta es la doctrina común y cierta de los moralistas.

346. III. Medida punitiva. — ¿Qué pensar desde el punto de vista moral de la esterilización como medida punitiva? A título de *castigo* por el pasado, y de *seguridad* para el porvenir, ¿tiene el *Estado* derecho a infligir la esterilización y hasta la emasculación total a un individuo culpable de muy graves delitos de orden sexual, por ejemplo de violaciones, y hacerle con ello incapaz, si no de nuevas relaciones delictuosas, por lo menos de fecundación?

Aunque esta sanción penal sólo esté en vigor en un estado de la Unión, y haya sido aplicada al parecer una sola vez (3), es interesante investigar si en ciertos casos es *moralmente* legítima. Después de haber sido eugénica, económica y social, la esterilización puede muy bien ser penal.

1. SILENCIO DE LA ENCÍCLICA. — La encíclica «*Casti connubii*» calla sobre este asunto. Dedicada por completo a la refutación del falso eugenismo, ni siquiera *se propone* la cuestión que nos ocupa. Si menciona «la intervención médica... *como castigo* de un crimen» es únicamente para recordar que los eugenistas exagerados no se sitúan en este punto de vista (4). Es la opinión, implícita pero muy neta, de C. Gasparri, de quien nadie sospechará que esté mal informado (5).

2. OPINIÓN DE ALGUNOS MÉDICOS. — Algunos médicos, por otra parte fieles a la moral natural y cristiana, estiman que «el Estado tiene ciertamente el derecho de aplicar a los culpables, en ciertos casos, uno u otro procedimiento de esterilización, de modo que haga imposible la recidiva» (6).

3. SENTIR COMÚN DE LOS MORALISTAS. — La mayoría de los moralistas y canonistas, si no todos, son más severos. Niegan al Estado el derecho de esterilizar a sus súbditos para *castigarles* de crímenes cometidos y *prevenir* crímenes futuros.

Derivan su *principal* argumento de la *naturaleza especial* de esta pena, que quita directamente al cupable la libre disposición de su cuerpo con miras a la procreación, y por lo tanto le priva de un derecho, no solamen-

(1) *Mariage et Natalité*, págs. 134 y sigs.

(2) *Ibid.*, pág. 128.— No hemos podido consultar a Janssen, al que remite el Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 145.

(3) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 137; Dr. Schreiber, que es más afirmativo (citado en E. Jordan: *Eugénisme et Morale*, pág. 99).

(4) *Le mariage d'après l'encyclique*, págs. 179 y sigs.

(5) P. C. Gasparri: *De Matrimonio*, tomo I, pág. 469, 1932.

(6) *Mariage et Natalité*, pág. 128; 146.

te natural, sino substraído *por su carácter* a todo poder de la autoridad civil. Añaden que el Estado no está autorizado a imponer al *hombre* una operación cuyas consecuencias son hacerle perpetuamente inhábil para el matrimonio, perpetuamente condenado al celibato y tal vez expuesto a sufrir durante años los más violentos impulsos del instinto sexual. Tales son las principales razones que llevan a gran número de moralistas a tener por *cierta* la doctrina que niega al Estado el derecho de esterilizar a sus súbditos culpables de graves delitos contra las costumbres (1).

4. Conclusión. — Hacemos nuestros los argumentos y las aserciones de los moralistas tanto más por cuanto la autoridad pública tiene otros medios a su disposición, y porque la esterilización, lejos de impedir los actos lujuriosos, tiende por el contrario a favorecerlos.

347. IV. Medida preventiva de orden privado. — Si la esterilización no es necesaria para la conservación de la vida ni para la salvaguardia o restablecimiento de la salud, ¿puede un individuo, hombre o mujer, pedirla *sin falta grave*, y está autorizado el cirujano por la moral a acceder a esta demanda, que en ciertos casos, bastante raros, sería hecha con buena fe y sin mala intención? La ley natural y los numerosos médicos que la tienen en cuenta dan a esta pregunta una respuesta *claramente negativa*, sea cual fuere la causa invocada.

En una materia que no podría estar sujeta a controversia, nos limitaremos a una doble cita:

1. Dr. Raoul de Guchteneere. — Parte del *principio* de que «la esterilización, aun en la forma atenuada de vasectomía o de salpingectomía, es una *operación mutilante* en alto grado, porque priva al sujeto de una función primordial: la procreación de nuevos seres vivos».

Con todos los moralistas llega a esta *conclusión:* «Unicamente la salvaguardia de la vida o de la salud es de un *interés superior* al mantenimiento de la facultad procreativa, pues el respeto debido al cuerpo precede en dignidad a la constitución de una descendencia. Sus legítimas exigencias harán lícito, pues, en ciertos casos bien determinados, lo que por otra parte no es malo en sí» (2).

2. Pío XI. — En la encíclica «*Casti connubii*» termina Pío XI con las líneas siguientes las páginas dedicadas a demostrar la *inmoralidad* de la esterilización. Demuestra que el *derecho natural* niega a toda persona humana el derecho de querer y pedir esta *mutilación*.

«Cuando más, los mismos individuos no tienen sobre los miembros de su *propio cuerpo* otro poder que el que se relaciona con sus fines naturales. No pueden destruirlos ni mutilarlos, ni hacerse por otros medios inaptos a sus funciones naturales, *salvo* cuando sea imposible proveer de otro modo al bien del cuerpo entero. Tal es la firme enseñanza de la doctrina cristiana; tal es igualmente la certidumbre que suministra la luz de la razón» (1).

Queda la esterilización considerada como medida *eugénica*. En los números que siguen demostraremos que es a la vez *inmoral*, y, desde todos los puntos de vista, *anticientífica*, o, si se prefiere, *disgénica*.

348. V. Medida eugénica: inmoralidad. — En la *segunda* parte de la encíclica «*Casti connubii*», dedicada por completo a refutar los errores modernos contrarios a la doctrina del matrimonio, y especialmente los errores opuestos a los tres bienes esenciales de la unión conyugal: el bien del hijo, el bien de la fidelidad, el bien del sacramento, que comprende el carácter sagrado del matrimonio y su indisolubilidad, Pío XI encuentra primero en su camino los errores que conciernen directamente al bien del hijo o al derecho natural del hombre a contraer matrimonio. Al llegar así a la *esterilización* comienza por situarla en su pretendido cuadro eugénico. Luego multiplica los argumentos contra esta forma de eugenismo *negativo*, que se preocupa *casi exclusivamente* de impedir, por medidas legales, los malos nacimientos. Demuestra que al preconizar la esterilización de los individuos personalmente aptos para el matrimonio, pero susceptibles de engendrar *hijos defectuosos*, «el eugenismo radical desconoce: 1.°, la jerarquía de los fines que mantiene en su puesto el fin eugénico; 2.°, la dignidad y santidad de la familia, para la que se ha hecho el Estado, sin que ella misma, propiamente hablando, sea hecha para el Estado; 3.°, el objeto muy noble, y finalmente extraterrestre, de la procreación; 4.°, el derecho personal e inviolable de todo hombre al matrimonio con tal que no sea incapaz de casarse; 5.°, los límites de los derechos que poseen o pueden poseer los magistrados.

Para demostrar que el Estado no tiene derecho alguno a esterilizar a sus súbditos, aunque, contrariamente al derecho natural, éstos consintieran, bastará tan sólo desarrollar los argumentos que ofrece Pío XI, casi todos en un breve resumen.

Esta demostración tiene, por dos razones, una particular *importancia*.

En primer lugar, poco dolorosa y liberadora de las cargas sin disminuir en nada la capacidad de gozar, la intervención esterilizante tiene *todo lo que es necesario* para atraerse los favores de numerosas personas que van tras los placeres fáciles.

Además, en la hora actual, *muchos países* «se orientan gradualmente hacia una *legislación eugénica*, a pesar de las críticas que ésta suscita desde el punto de vista de la ciencia y de la moral» (2).

1. El cuadro eugénico. — Pío XI sitúa la *esterilización* en su cuadro eugénico al recordar y condenar los *otros medios* que preconiza el falso eugenismo para *privar de toda posteridad* a los anormales, lacrados,

(1) P. C. Gasparri: *De Matrimonio*, tomo I, pág. 469, 1932; Cappello: *De Sacramentis*, tomo III, núm. 376, 1927; Antonelli: *Medic. pastor.*, tomo III, pág. 437, 1932; Ferreres: *T. M.*, tomo II, núm. 1016; P. Vidal: *Jus. Canonic.*, tomo V, núm. 232; L. Wouters: tomo I, núm. 742, 1932; Aertnys: *T. M.*, núm. 568, 1928; Lehmk: *Casus conse.*, tomo I, caso 100, núm. 373.

(2) *La limitation des naissances*, págs. 144 y sigs.

(1) *Le mariage d'après l'encyclique*, pág. 180.

(2) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 137. Se sabe lo que ocurre en Alemania en el momento que escribimos.

indeseables, todos por desgracia, a decir de los eugenistas maltusianos, incapaces de emplear correctamente, y con éxito, las «*precauciones*» tan gentilmente denominadas «*profilácticas*». Estos medios de que hemos ya hablado son la interdicción del matrimonio por la denegación legal del certificado prenupcial obligatorio, y, si es necesario, el aborto tolerado y hasta autorizado por los poderes públicos. La *esterilización* llega hasta la raíz.

2. DESCONOCE LA JERARQUÍA DE LOS FINES. — «Los hay que, demasiado preocupados con los fines *eugénicos*, ponen a éstos *por encima de cualquier otro fin*, aun de orden superior...»

Así los eugenistas, radicales y materialistas, destruyen la *jerarquía de los fines*. A la salud, a la procreación de retoños vigorosos, al mejoramiento de tal o cual raza de hombres, que es un bien seguramente, un bien muy precioso pero un bien *de orden inferior*, o más exactamente un medio destinado a facilitar la obtención de otros bienes, *subordinan* y hasta *sacrifican* los fines, o, lo que es todo uno, los bienes *de orden superior*, especialmente los derechos que toda persona humana posee *por su propia naturaleza de hombre:* el derecho de conservar la integridad de los miembros y de los órganos; el derecho de casarse; el derecho de engendrar; el derecho de educar a los hijos, es decir, de los seres razonables, llamados, por su inteligencia y su libre voluntad, a la práctica del bien moral, al ejercicio de las virtudes, y, por ello, a la posesión del fin último, asignado por el mismo Dios a toda persona humana.

Este es un *desorden muy grave* que conviene señalar *en primer lugar*, puesto que *resume* de antemano, y contiene *en germen*, todos los demás.

3. DESCONOCE LA DIGNIDAD DE LA FAMILIA. — «Todos los que obran de esta suerte olvidan completamente que la familia es más santa que el Estado...»

Aquí también asistimos a una *subversión de valores*. Los eugenistas olvidan que la familia no está hecha para el Estado, sino que el Estado se ha hecho para la familia: para *garantizarle* el libre y apacible ejercicio de *sus derechos;* para ayudarla en la obtención de su fin, y, en lo que sea necesario, para suplir a su insuficiencia. El Estado va, pues, *contra su misión* cuando priva a sus miembros de los derechos que tienen *por naturaleza* y les impide, por esta privación, fundar una familia.

4. DESCONOCE EL OBJETO SUPREMO DE LA GENERACIÓN. — Los eugenistas desconocen la gran verdad de que «los hombres *no son engendrados para la tierra* y para el tiempo, sino para el cielo y para la eternidad».

En otros términos, los eugenistas extremistas desconocen el fin supraterrenal y último del hombre; el papel del matrimonio, modo de vida que, normal para la mayoría de los humanos, procrea candidatos a la felicidad eterna; el precio del sufrimiento físico, que, pacientemente soportado, es la manera de procurarse la eternidad dichosa, *la verdadera medida del valor de los descendientes*, medida que no estriba en sus cualidades físicas, sino en sus virtudes morales.

5. DESCONOCE EL DERECHO DE TODO HOMBRE AL MATRIMONIO. — «No está ciertamente permitido que hombres, *por otra parte capaces de casarse*, de los que después de un atento examen se conjetura que sólo engendrarán hijos defectuosos, sean *inculpados de una falta grave* si contraen matrimonio, aunque a menudo deba *desaconsejárseles* dicho estado.»

Declarar *inmoral* en nombre del bien, ora de los hijos ora de la raza, la unión conyugal de un hombre que, afecto de una enfermedad hereditaria, cargará con una pesada lacra a su progenie, es tener por verdadera una proposición que, por una parte, está condenada por el *derecho cierto* de todo hombre al matrimonio, y por otra parte, no se apoya sobre ningún *fundamento sólido:* no descansa sobre el derecho de los hijos a nacer ni sobre el derecho de la sociedad en el seno de la cual estos hijos vendrán al mundo.

1.° *Derecho de todos al matrimonio.* — Una vez más, todo hombre, capaz de dar un consentimiento matrimonial válido, tiene el derecho natural, inviolable, substraído, por lo menos si se trata de un bautizado, al poder del Estado, de contraer, con una persona que da su libre consentimiento, un matrimonio indisoluble. La autoridad civil no puede en ningún modo negarle este derecho, que deriva, por su bien y el bien de la especie, de la *naturaleza*, o mejor del mismo Dios, autor de la naturaleza humana.

2.° *Derecho de los hijos a nacer.* — Unicamente una persona humana, *ya constituida*, está sujeta a derechos igualmente que a deberes. El hijo tiene, pues, derechos *desde su concepción* en el seno de su madre. Pero antes de ser concebido, y por lo tanto *antes de ser una persona*, no posee ningún derecho. Igualmente, si ampliamos bastante nuestra visión para hacer entrar en su campo la vida eterna, es mil veces preferible la existencia cargada de tachas hereditarias que la no existencia. Los males físicos que una criatura tendrá que soportar no le impedirán, si quiere, merecer la felicidad eterna (1).

3.° *Derecho de la sociedad.* — Algo más adelante insistiremos en lo que, en semejante materia, el Estado no puede, o, por el contrario, puede legítimamente. De momento nos limitaremos a recordar lo que se ha di-

(1) Si queréis apreciar sobre la elevación de la vida moral el valor de una larga existencia de inválido leed en *Mes parents* de J. Charruau las páginas que ha dedicado a su hermano Aimé.

«Desde su más tierna edad se había observado que estaba en retardo para andar respecto a los otros niños: sus pies le sostenían difícilmente, sus manos apenas podían sostener un objeto. Cuando tuvo trece o catorce años, su invalidez se agravó de una manera espantosa. Los músculos de las manos y de los pies se atrofiaron completamente, y pronto mi pobre hermano fué incapaz de abandonar el sillón o la cama. Era preciso darle de comer, cuidarle como a un niño. La parálisis le invadía cada vez más. Unicamente la cabeza y la inteligencia estaban libres en este pobre cuerpo enfermo. Pronto la vista del pobre inválido se debilitó mucho, y se le hizo muy difícil la lectura; el oído se hizo tan duro que por momentos era imposible hacerse oír. Al mismo tiempo el pobre inválido veía cómo todos sus apoyos desaparecían. Mi hermano y mis hermanas morían todos, y era él el único que quedaba con mis padres. Murió a la edad de cuarenta y dos años.»

Pero esta pobre vida física tan miserable obtenía su *alto valor moral* de una «naturaleza ardiente, impetuosa», de una «*inquebrantable resignación*» sin impulso, sin amor sentido, sin consuelo. ¿No vale semejante vida la pena de ser vivida? (*Mes parents*, págs. 120 y sigs.).

cho ya. La autoridad civil no podría privar a sus súbditos de los derechos que la *naturaleza* les ha conferido, tanto para su bien como para el bien de la especie.

6. DESCONOCE LOS LÍMITES DE LOS PODERES PÚBLICOS. — Pío XI ha reservado para el final el argumento más sencillo y más accesible a todos: el que niega a los poderes públicos el *derecho de mutilación*, ora para impedir la fecundidad de los degenerados, ora «para prevenir males futuros».

Después de haber dicho que los eugenistas radicales exigen la esterilización legal de los anormales, etc., «*no para* reclamar de los poderes públicos una pena sangrienta como castigo de un crimen o para evitar crímenes futuros», *sino únicamente* para fines eugénicos, «atribuyendo a los magistrados una facultad que nunca han tenido y que no pueden tener legítimamente», Pío XI expone la *razón última* que establece la absoluta *ilegitimidad* de esta «facultad».

«Los magistrados no tienen por lo demás *ningún derecho directo* sobre los miembros de sus súbditos. Nunca pueden, ni por razón de eugenismo ni por ningún otro género de razón, herir y atacar directamente la integridad del cuerpo, tanto más cuanto que no se ha cometido ninguna falta y que no hay ninguna razón para infligir una pena cruenta.»

Sin duda los poderes públicos pueden condenar a *ciertas* mutilaciones. Pero es necesario que este derecho se ejerza sobre *culpables* en casos en que cualquier otra represión resulta insuficiente, y sin perjuicio de las facultades generadoras, que, dadas al hombre para el bien del género humano, están por este mismo hecho substraídas a la autoridad de tal o cual sociedad, aunque fuera una sociedad perfecta (1).

Pío XI completa su pensamiento refutando el argumento que los eugenistas de que hablamos derivan de la *defensa social*. Reclaman la esterilización de los anormales de toda especie para ahorrar al Estado las *cargas enormes* que la posteridad de todos estos indeseables haría pesar sobre él (2).

Como respuesta, Pío XI apela a Santo Tomás. «Preguntándose si los jueces humanos pueden infligir un mal a un hombre *para prevenir males futuros*, lo concede para algunos otros males; pero lo niega con buen derecho y con razón *para lo que concierne a la lesión del cuerpo*. «Jamás, según el juicio humano, debe nadie, sin haber cometido una falta, ser castigado con pena mutilante; no se le puede matar, ni mutilar, ni herir» (3).

349. VI. De nuevo medida eugénica: bajo todos los aspectos anticientífica. — *Inmoral*, como acabamos de ver, la esterilización no tiene ni el mérito de ser *eugénica*.

(1) *Le mariage d'après l'Encyclique «Casti connubii»*, pág. 180; Ojetti: *Synopsis*, número 4.040.

(2) Véase, por ejemplo, al Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, páginas 146 y siguientes.

(3) *Summa Theolog.*, 2.ª 2.ae, q. 108, a. 4 ad. 2.

Considerada como *medida de protección social*, no está fundada en razones verdaderamente científicas, ni es eficaz, ni está exenta de graves abusos, ni es necesaria, ni compatible con los remedios que sugiere el verdadero eugenismo. Basta con decir que es anticientífica.

1. NO ESTÁ FUNDADA EN RAZONES CIENTÍFICAS. — Las leyes de la herencia: he aquí la única base científica que invocan los partidarios del *eugenismo* negativo. Pero precisamente estas leyes, muy reales, de la herencia son para nosotros *demasiado inciertas*, y por sí mismas *demasiado complejas*, para que el médico, aun el mejor documentado, pueda en muchos casos llegar a una *doble conclusión* suficientemente firme: «afirmar la transmisión probable de una lacra física o moral...; precisar que esta lacra será bastante importante para constituir un daño respecto a la sociedad: condición indispensable, sin embargo, para justificar, *aun desde el único punto de vista científico*, «una medida restrictiva cualquiera a título de defensa social», y sobre todo una medida tan grave como la esterilización. «Nos encontramos aquí en un dominio apenas explorado, en el que se impone la mayor prudencia a todos los espíritus científicos, independientemente de las opiniones o prejuicios que podrían derivar de otro origen» (1).

En materia de herencia, *más aún que en cuestión de enfermedad*, los pronósticos no son de una precisión suficiente. Ahora bien, «el Prof. *Potain* decía haber visto en su despacho a una mujer afecta desde su infancia de una *enfermedad cardíaca* bastante grave. Explica que la enferma había tenido mucha suerte en no haberle consultado sino muy tarde. «Si la hubiese visto en su juventud, decía, en virtud de las ideas reinantes, le habría prohibido la maternidad. Y a los cincuenta años aquella mujer era *madre de ocho hijos*» (2).

2. NO ES EFICAZ, NI AUN DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRICTAMENTE EUGÉNICO. — No es una medida eficaz de protección para los anormales ni para la sociedad.

1.° *Anormales*. — «La vasectomía no modifica las malas inclinaciones de los anormales; únicamente previene la fecundación» (3). Igualmente, los eugenistas negativos y los legisladores que se inspiran en sus teorías, sólo tienen por objeto el *pretendido bien* de la raza y del Estado. Las razones invocadas por ellos para legitimar la esterilización se resumen en las dos siguientes: «Existe una categoría de individuos cuya reproducción no es deseable para la sociedad. Tolerada, esta reproducción daría lugar al nacimiento de seres físicos o patológicamente deformados que podrían multiplicarse al infinito y *bastardear la raza*. Además, estos

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, págs. 131 y sigs.; véase también págs. 137 y sigs.; Dr. F. Daubresse en *Mariage et Natalité*, págs. 136 y sigs.; Profesor Jean Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 80 y sigs.

(2) Prof. J. Piéri en *L'Eglise et l'Eugénisme*, págs. 81 y sigs.; E. Jordan: *Eugénisme et Morale*, pág. 93.

(3) Dr. Bernstein, citado en *La limitation des naissances*, págs. 143 y sigs.

seres son una *pesada carga para el Estado,* por ser primero improductivos, y porque requieren casas especiales y todo un presupuesto» (1).

2.° *Sociedad.* — La esterilización, que en modo alguno protege a los anormales, no es, *para la sociedad,* una medida eficaz de protección.

Una de dos: o la esterilización *se limita* «a un pequeño número de sujetos *manifiestamente* anormales», o *se extiende,* primero a todos los sospechosos, normales en apariencia, pero en realidad *portadores* de una *tacha hereditaria* física o mental transmisible; luego a todos los degenerados a los que la herencia morbosa no ha atacado, pero que *se han convertido en tales* por la influencia nefasta de las enfermedades infecciosas, de los tóxicos y especialmente del alcohol; del mal ambiente en que se han desarrollado.

En el *primer caso* la esterilización es *impotente* para proteger a la sociedad, tanto más cuanto que el peligro principal «no se encuentra en la eventualidad de una descendencia lacrada». Es la *misma presencia* de estos indeseables «en un medio social lo que constituye el daño» (2).

En el *segundo caso* la esterilización tropieza con lo *imposible,* aunque se restrinja a los *sospechosos,* es decir, a cuatro millones de adultos en Inglaterra por ejemplo (3). Además impide el nacimiento de gran número de hijos que habrían sido normales. Por último, si no se combaten enérgicamente las grandes plagas sociales: sífilis, tuberculosis, alcohol, tugurios, etc., «todo habría que comenzar de nuevo al cabo de algunos años» (4).

¿Es ésta una medida eficaz de protección para la sociedad?

3. CONDUCE EN VIRTUD DE SU MISMA NATURALEZA A LOS PEORES EXCESOS. — Para resumir en pocas palabras *lo que es fundamental,* digamos que la esterilización tiende a arruinar la salud pública física y moral, es decir, *la salud del cuerpo y del alma:* por las facilidades casi ilimitadas de vida licenciosa que procura; por su maravillosa aptitud a extenderse, a propagarse, a invadirlo todo.

1.° *Facilidades de la vida licenciosa.* — Estas facilidades son debidas a la misma naturaleza de la intervención quirúrgica, que no suprime ni el apetito sexual ni el medio de satisfacerle, ni los goces de que es origen, sino que sólo previene la consecuencia: la fecundación.

«De este modo se formará, dice el *Dr. Bernstein,* toda una clase de gentes que se sentirán realmente diferentes de los demás y querrán tener relaciones sexuales con cualquiera que lo desee. Los lugares en que este género de individuos se establecerán, y pronto vivirán juntos, serán rápidamente conocidos. Consecuencias: aumento de la licencia, *de las enfermedades venéreas* y de la indisciplina de las costumbres» (5).

2.° *Singular fuerza de expansión.* — Lo que constituye el gran peligro, tal vez el mayor de la esterilización, es su fuerza de expansión, debida principalmente a un *triple impulso:* a la idea falsa de que contribuye poderosamente a mejorar la raza; a la persuasión, igualmente errónea, de que aligera grandemente las cargas del Estado; a la convicción, esta vez muy exacta, de que libera de hecho a los esterilizados de toda moral sexual. Bajo este triple impulso, la esterilización se extenderá como un incendio que propaga un viento tempestuoso. La esterilización *legal* no tardará en extenderse a un número cada vez mayor de pretendidos indeseables. Y llevará muy pronto, por poco que deje de ser considerada como una declinación, a la esterilización *voluntaria* de todos los que quieran gozar con toda seguridad de los placeres sexuales.

(1) Prof. J. Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 75.
(2) Dr. R. de Guchteneere: *loc. cit.,* pág. 138.
(3) Dr. F. Daubresse, en *Mariage et Natalité,* pág. 137.
(4) *Ibid.,* pág. 139.
(5) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* pág. 144.

Recordemos solamente algunos hechos. Un especialista *americano* eminente, el Dr. H. Laughlin, quisiera esterilizar a todas las clases incapaces de satisfacer las exigencias sociales. Y redacta una *lista muy larga* que comprende hasta los individuos que no se bastan por sí mismos, sin exceptuar a los huérfanos, los sin domicilio, los vagabundos y los pobres (1).

En Suiza «se han señalado casos en los que los funcionarios de la Asistencia pública han propuesto, con insistencia, la esterilización a mujeres de Berna que no tenían otra particularidad sino la de recibir subsidios de la Asistencia pública por tener demasiados hijos» (2).

En Inglaterra, en el Congreso de Londres, «se ha propuesto que la clase social llamada el *tercio pobre* no tenga más de dos hijos. Y algunos asistentes pidieron que, *por vía legislativa,* toda mujer de esta clase de la sociedad que hubiese tenido dos hijos fuera esterilizada antes de tener el tercero» (3).

Así la esterilización *legal* se extenderá a todos los que haya interés en esterilizar.

Y la esterilización *voluntaria,* a todos los que tienen interés en hacerse esterilizar.

«En los Estados Unidos comienza a haber mujeres, y hasta hombres, que piden ser esterilizados para poderse entregar con toda tranquilidad a la lujuria» (4).

4. LA ESTERILIZACIÓN NO ES NECESARIA AL BIEN DE LA SOCIEDAD. — Medios plenamente conformes con la ley natural bastan para disminuir el número de degenerados de manera que no sean un peligro para la sociedad ni una carga demasiado pesada para el Estado. Especialmente este fin se logrará de modo suficiente por una doble medida: el internamiento sabiamente practicado y la lucha metódica contra los azotes sociales que están en la base de casi todas las enfermedades hereditarias.

1.° *El internamiento.* — El derecho natural no se opone ni al internamiento *perpetuo* de los insuficientes mentales, que no tienen la discreción requerida para contraer un matrimonio válido, ni al internamiento *temporal,* con miras a su mejoramiento, de los anormales menos gravemente

(1) E. Jordan: *Eugénisme et Morale,* págs. 98 y sigs.
(2) Dr. J. Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 84; E. Jordan: *loc. cit.,* págs. 99 y sigs.
(3) Prof. J. Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme,* pág. 84.
(4) *Ibid.,* pág. 84; E. Jordan: *Eugénisme et Morale,* págs. 100 y sigs.

afectos y capaces de casarse: únicamente su unión será retardada para su mayor bien.

El internamiento de que hablamos es muy poco oneroso y lo más eficaz posible. Comprende, con la separación completa de los sexos, la segregación de anormales en *colonias organizadas* a este efecto, «en las que, bajo una vigilancia apropiada, los anormales se dediquen a trabajos del campo... Una de las instrucciones más importantes de esta especie es la colonia de Ursberg en Baviera» (1). Los buenos resultados de este método se han establecido por la experiencia. Así, «el valle de Aosta estaba poblado de cretinos hasta 1890. En esta fecha se les internó, y en 1910 sólo quedaba uno de sesenta años. Si el internamiento ha sido tal vez algo más oneroso que la esterilización médica, fué una medida distintamente moral» (2).

2.° *Lucha metódica contra las causas de degeneración.* — El *segundo medio* de restringir considerablemente el número de anormales de toda clase es la lucha metódicamente conducida contra las plagas sociales, que son los factores únicos, o por lo menos principales, de los desórdenes físicos o mentales hereditarios o adquiridos. Particularmente las «degeneraciones de las células germinales», que se denominan blastotoxias, «con su corolario, la deterioración de la raza, podrán ser notablemente reducidas por el mejoramiento de las condiciones higiénicas y por la lucha contra los azotes como el alcoholismo, la tuberculosis, las enfermedades venéreas», sobre todo la sífilis, «y las toxicomanías que son su causa determinante» (3).

«¿De qué sirve esterilizar a algunos individuos mientras estas dos plagas», el alcohol y la sífilis, «aumentan sin cesar sus hecatombes y no son reducidas?» (4).

5. FINALMENTE LA ESTERILIZACIÓN ES EXCLUSIVA DE LOS DEMÁS REMEDIOS. Al esterilizar a los deficientes físicos o mentales, los eugenistas materialistas cortan el bien por su raíz. Impiden el nacimiento de muchos hijos que habrían sido normales, o por lo menos habrían podido serlo por una buena educación física, intelectual y moral. Es una doble consecuencia que dista mucho de ser eugénica.

1.° *Muchos nacen normales.* — «Sabemos que se ha exagerado mucho el alcance de la transmisión hereditaria de las afecciones mentales. Los matrimonios de anormales, seguidos por el Dr. Fernald, dieron nacimiento a cierto número de neurópatas; sin embargo, la mayoría de los hijos eran normales» (5).

2.° *Muchos pueden ser reformados.* — La educación intelectual, moral, cristiana, puede reformar, o por lo menos mejorar, a buen número de deficientes mentales que conservan bastante inteligencia para comprender poco a poco las lecciones, o mejor, los ejemplos de los maestros,

(1) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 139.
(2) Prof. J. Piéri en *l'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 88.
(3) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, págs. 147 y sigs.
(4) Prof. J. Piéri: *L'Eglise et l'Eugénisme*, pág. 87.
(5) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances*, pág. 147.

y bastante voluntad libre para adquirir progresivamente el hábito de resistir los impulsos violentos.

La educación *intelectual* suministra *principios morales*. Les revelará la verdadera naturaleza del hombre, la primacía del espíritu y de los bienes superiores sobre la materia y los bienes de orden ínfimo: seguirá el respeto a sí mismo. Les hará conocer la infinita bondad de Dios; la felicidad que destina para sus amigos; el precio de la virtud que merece esta felicidad; los socorros que proporciona la oración.

La educación *moral*, y mejor aun la educación cristiana, *disciplinará la voluntad;* le ejercitará en la práctica de los buenos hábitos que todo lo facilitan; le acostumbrará a sentir y a gozar las alegrías de una buena conciencia (1).

En el fondo, ¿por qué se recurre a la esterilización y a otras prácticas que son una *solución artificial*, perezosa, anticientífica e inmoral? Porque se desdeñan los *medios morales* o se evita la fatiga de emplearlos.

6. CONCLUSIÓN GENERAL. — La esterilización, que es en realidad el *desprecio de la vida*, debe substituirse por todo lo que es *respeto a la vida:* todo lo que hiere para curar; todo lo que mata para vivificar.

Los principios que vamos a exponer en el artículo III no harán más que confirmar esta conclusión.

ARTICULO III

OPERACIONES GRAVES: CONDICIONES REQUERIDAS

350. Tres condiciones absolutamente requeridas. — Si se trata de una *mutilación* importante, es decir, de una intervención quirúrgica que suprima o reduzca a la impotencia a un miembro destinado por la naturaleza a una función especial, así como si se trata de una operación que, sin ser directamente mortal, ofrece el riesgo, si no de la muerte, por lo menos de un grave achaque, y es por consiguiente *peligrosa*, el cirujano, obligado a respetar los deberes y derechos de su cliente, no puede emprenderla, sin falta grave, sino en las *tres condiciones* siguientes: necesidad de la operación desde el punto de vista médico, y necesidad particularmente urgente si hay, por el hecho de la operación, peligro de muerte; probabilidades, mayores o menores, pero reales, de éxito; consentimiento explícito del interesado, a no ser que este consentimiento no pueda, por una causa u otra, ser legítimamente presumido.

Nadie habrá que, con alguna apariencia de razón, ponga en duda este principio general. Estamos, pues, autorizados a emprender inmediatamente la *explicación*, que será objeto de los tres párrafos siguientes, y únicamente podrá originar dificultades, o tal vez divergencias de opinión. Se ve, por lo demás, que las dificultades surgirán principalmente a propósito de la

(1) Antonelli: *Medicina pastoralis*, tomo III, pág. 436.

primera condición: en efecto, es bastante difícil definir con precisión en qué casos, respecto a la moral, una operación es o no es necesaria.

§ 1. — Necesidad de la operación

351. I. Principio. — Autorizado, como es justo, a emprender únicamente las operaciones a las que el enfermo tiene, por la ley moral, el derecho de someterse, el cirujano no puede permitirse una mutilación importante (véase n. **350**), o una operación peligrosa, a menos que sea *necesaria* para salvar la vida del paciente que se halla en peligro, o curarle de un grave achaque, o librarle de dolores crónicos y muy penosos. Asimismo, además de la necesidad de salvar la vida, únicamente un achaque insoportable y dolores intolerables legitimarían una operación que podría causar la muerte.

Así, el punto de partida de toda explicación razonada es éste: el derecho de *hacer* una operación no podría extenderse más allá del derecho de *sufrirla*. Esto es de toda evidencia. Baste, pues, notar que el derecho de sufrir una operación tiene su extensión, o, si se quiere, su campo de acción y sus límites: *su campo de acción*, puesto que el hombre, administrador de su salud y vida, puede resolverse a un mal menor para evitar uno mayor; *sus límites*, puesto que nadie en la tierra es propietario de su salud, de sus miembros, de su vida, feliz o desgraciada. Estamos, pues, obligados a determinar la extensión y los límites del derecho de sufrir una operación peligrosa, así como la conducta que hay que observar cuando hay duda sobre la necesidad de una intervención quirúrgica.

352. II. Extensión del derecho. — El enfermo puede someterse a una mutilación importante y a una operación peligrosa, hasta susceptible de producir la muerte, *con el fin* de salvar su vida presentemente amenazada; de librarse de un grave e insoportable achaque, o de dolores crónicos e intolerables.

1. Salvar la vida. — Es el título *más evidente* y el que en todo tiempo ha sido considerado legítimo por los moralistas. Es de *buena administración* sacrificar una parte integrante de la persona humana para salvar a la misma persona. Y si una operación que puede ser mortal es el *último recurso* del paciente, no se ve por qué se le prohibiría intentar esta última probabilidad; le es permitido, para prolongar su vida, exponerse a la muerte.

Unicamente importa no olvidar y entender bien la cláusula de que el peligro debe ser actual. Puede comprobarse de tres maneras. Hay *peligro actual* si únicamente la operación puede evitar la muerte inminente. La conclusión *no cambia* si el peligro de una terminación fatal, sin ser tan urgente, debe producirse dentro de poco: «porque generalmente la demora, además de agravar el carácter mortal de la enfermedad, debilita la fuerza de resistencia... contra la operación, y por lo tanto disminuye las probabilidades de éxito de ésta» (1). *Por último* hay moralmente peligro actual si el peligro puede ser evitado por una vez por otros medios pero reaparecerá fatalmente más tarde. Así pues, si el estado morboso del útero, por ejemplo, y de sus anexos no exige una operación inmediata, pero la impondrá un día, el cirujano está autorizado a intervenir inmediatamente, y a hacer sin retardo la ablación de un órgano incurable» (2).

2. Librarse de un mal cruel. — Si bien está prohibido por el derecho natural darse la muerte para poner fin a un achaque muy grave o a dolores persistentes e intolerables, está permitido al parecer, por uno u otro de estos motivos, someterse a una operación que ciertamente tiene el riesgo de ser mortal, pero que también puede tener pleno éxito y librar de una vez de un mal demasiado penoso de soportar y demasiado enemigo de toda actividad fecunda, si se exceptúa la paciencia: es también procurar un gran bien, o mejor un mayor bien, y por consiguiente hacer obra de sabia administración (3).

353. III. Límites del derecho. — Las *tres razones* que acabamos de exponer (salvar la vida, etc.) son *las únicas* que legitiman una mutilación importante, una operación susceptible de ocasionar la muerte, o también una operación simplemente peligrosa.

Por esto todos los moralistas de profesión concuerdan en condenar, en nombre del derecho natural, toda operación que, recayendo, como la vasectomía o la ovariotomía, *sobre un órgano actualmente sano*, tendría *por objeto*, ora permitir a un degenerado gozar del matrimonio sin riesgo de dar nacimiento a hijos degenerados y de contribuir así a la degeneración de la raza, ora impedir definitivamente el retorno de embarazos extremadamente peligrosos y capaces de poner la vida en gran peligro (4).

Si está permitido, dicen, *para salvar la vida*, sacrificar un *órgano enfermo*, que no podría, sin peligro de muerte, ser conservado, o también suprimir un *órgano sano*, cuya supresión asegura el éxito de una operación muy peligrosa, y en el caso imperiosamente requerida, está prohibido por el derecho natural practicar en un órgano sano una operación cuyo *fin próximo* es únicamente impedir en el futuro toda concepción. Tal fin, en efecto, se encuentra en contradicción manifiesta con el fin primario del matrimonio, que es la generación, y por los abusos muy graves a los cuales da lugar tiende a causar al género humano un daño de primer orden.

Además, al discutir el caso, particularmente difícil, de una mujer que, incapaz de parir por la vía natural, no puede ser asistida, si se produce un embarazo, sino por operación cesárea, hacen observar que el peligro de una nueva concepción es un peligro necesariamente incierto, lejano, sus-

(1) Doctores C. Capellmann y W. Bergmann: *La médecine pastorale*, pág. 57.
(2) Gén.-Salsm., tomo II, núm. 484.
(3) Lehmk.: *T. M.*, tomo I, núm. 737, 3.°
(4) Lehmk.: *Cas. consc.*, tomo I, núm. 373[b]; *T. M.*, tomo II, núm. 1.092, supra, números **343** y siguientes.

ceptible de ser descartado por una precaución penosa, es cierto, pero a menudo obligatoria en el curso de la vida conyugal: la abstención de las relaciones sexuales (1). Ahora bien, un peligro incierto, lejano, susceptible de ser evitado por otro medio, no podría, por ninguna razón, legitimar una mutilación importante. La ablación del útero y de los anexos no se justifica, pues, en semejante circunstancia (2).

Igualmente, Moureau ha resumido en una página bastante precisa la opinión común: «La operación de Porro o *ablación del útero y sus anexos*, se aprecia, desde el punto de vista moral, según los mismos principios que las demás operaciones quirúrgicas. Así, 1.º Esta operación no debe hacerse si no es necesaria para una enfermedad del útero o por el temor fundado de complicaciones graves consecutivas a una operación que interesa a este órgano, en una palabra, por la urgencia de sacrificar este órgano para salvar el todo. 2.º Por el contrario, la castración no debe practicarse nunca por *el único* motivo de evitar a una mujer el retorno de embarazos peligrosos, visto que la *razón de urgencia* que acaba de ser señalada falta en este caso. No hay razón para insistir mucho sobre este punto, puesto que el médico tiene toda la libertad de suprimir el útero cuando lo hace *para el éxito* de la operación cesárea, o de cualquier otra operación que intentare» (3).

354. IV. Necesidad dudosa. — Hay dudas sobre la *necesidad* de una operación en tanto el médico, después de un serio examen, *espera triunfar* plenamente del mal sin recurrir a una intervención quirúrgica.

En esta hipótesis puede presentarse un *doble caso*.

1. *Si no se trata* de una mutilación importante *ni* de una intervención con el riesgo de funestas consecuencias, el cirujano tiene toda la libertad de practicar inmediatamente una operación que con fundamento estime *sin peligro* y propia para curar *más pronto y más seguramente* al enfermo. Al obrar así se contenta con aplicar el principio muy general de que es necesario procurar el bien de los clientes por los medios más rápidos y seguros.

2. *Pero si se trata de una mutilación importante* o de una operación peligrosa y no hay peligro en la demora, el médico está obligado a intentar primero los remedios ordinarios. No procederá a la operación sino después de haber reconocido la impotencia de la terapéutica. Esta es la conclusión lógica del principio cierto de que *únicamente* la necesidad puede justificar una mutilación o una operación peligrosa.

Se ve por consiguiente en qué circunstancias hay que desconfiar de lo que Dechambre llama la manía operatoria. «La *manía operatoria* es una de

(1) Ciertos doctores que han escrito recientemente, entre otros Capellmann y Surbled, observan, además, que los peligros de la operación cesárea han disminuído considerablemente (Dr. Surbled: *La morale*, tomo II, págs. 228 y sigs.).

(2) Villada: *Cas. conse.*, tomo III, pág. 267, núm. 88; A. Eschbach: *Disp. physiol.-theolog.*, pág. 369; Gén.-Salsm.: *T. M.*, tomo II, núm. 484; Berardi: *Praxis.*, tomo I, número 638; Doctores Capellmann y W. Bergmann: *La médecine pastorale*, pág. 63.

(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin*, pág. 219.

las desgracias más peligrosas que pueden afligir a un joven cirujano, y a ella es llevado naturalmente por la ignorancia en que se encuentra todavía de todos los recursos que puede suministrar, contra muchas afecciones denominadas *quirúrgicas*, una terapéutica *médica* guiada por un estudio profundo de la etiología» (1).

§ 2. — Probabilidades del éxito

355. I. Principio. — Puesto que toda intervención médica o quirúrgica debe tender a curar al paciente, a prolongar su vida o a disminuir sus sufrimientos, una operación peligrosa *sólo es legítima* si, a juicio de un cirujano prudente y justo apreciador de sus recursos, presenta algunas *probabilidades de éxito* y de éxito suficientemente duradero, es decir, algunas probabilidades de curar al enfermo, de prolongar su vida o de atenuar sus sufrimientos.

Por esto Dechambre ha tenido razón al escribir: «Una consideración sobre todo debe estar presente en el espíritu del cirujano. ¿Cuál será el *provecho probable* de la operación? ¿Qué *probabilidades de muerte* inmediata serán substituídas por las probabilidades de vida que todavía deja el mal? ¿Qué *probabilidades de recidiva* harán vano en corto plazo el éxito de la operación? Esto es lo que demasiado a menudo hay poca inclinación a preguntarse en el ardor de las primeras armas» (2).

356. II. Explicación. — 1. Si una operación que puede ser mortal, o es sencillamente peligrosa, no ofrece, a causa de las circunstancias, *ninguna probabilidad* de éxito, un cirujano concienzudo se guardará muy bien de hacerla; sólo sería un medio indirecto de apresurar la muerte o de causar un grave daño.

2. En un caso desesperado, una *probabilidad mínima* de éxito basta para legitimar una operación muy peligrosa, que es el *supremo recurso:* si el cliente, debidamente advertido, consiente en todo y toma sus disposiciones en consecuencia, es preferible apresurar la muerte a omitir el único medio de salvación.

3. El cirujano se encontrará a veces ante una situación que, aun siendo menos trágica, *no dejará de preocuparle*.

Comprueba la impotencia de la terapéutica médica para curar una afección crónica que, sin ser mortal, es muy desagradable. Pero éste es el único punto luminoso. Todo el resto es tan obscuro que duda de la necesidad y del éxito de la intervención quirúrgica.

Si no hace la operación, teme que el estado, actualmente tolerable, se agrave singularmente. Si la hace, teme que produzca complicaciones graves y un achaque penoso.

En estas condiciones comparará y pesará maduramente la gravedad y la probabilidad de los accidentes temidos, tanto si omite como si prac-

(1) Dr. Dechambre, pág. 67; véase también Dr. Morache, págs. 170 y sigs.

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 68.

tica la operación. A fin de evitar más seguramente todo error «debe substituir en el pensamiento al enfermo por una persona muy querida». Este sentimiento le dictará una respuesta siempre de acuerdo con la sana moral. Le evitará especialmente seguir los consejos de la vanidad, de la curiosidad científica, de sus intereses o de su comodidad, y hacer una operación inútil o intempestiva» (1).

4. Las reglas que acabamos de exponer no prohiben a un cirujano de gran valía intentar, si espera prudentemente el éxito, una operación *reputada comúnmente como imposible*.

Se sabe por ejemplo con qué espíritu de iniciativa el Dr. Koeberlé, profesor de la Facultad de Estrasburgo, supo liberarse de las ideas reinantes y emprender, a partir de 1862, para el mayor bien de sus enfermos, una serie de operaciones abdominales que los grandes cirujanos de su tiempo consideraban temerarias.

Así, en esa época, «en la Europa occidental, en Francia principalmente, pesaba una verdadera reprobación sobre la extirpación de los quistes del ovario» o, en otros téminos, sobre la ovariotomía (2). «Por lo que a mí respecta — decía Moureau en la Academia de Medicina en la sesión del 13 de enero de 1857 — creo que esta operación debe ser incluída en las atribuciones del ejecutor de altas obras; y las mujeres que han sobrevivido a ella pueden compararse a esos ahorcados que, gracias a una circunstancia fortuita, se han librado de la muerte» (3).

El Dr. Koeberlé se sintió bastante fuerte para dar un mentís a la opinión corriente. Con mucha prudencia «sólo atacó primero los quistes voluminosos complicados que ponían en peligro la vida de las enfermas en un porvenir más o menos próximo» (4).

Más seguro de sí mismo a medida que perfeccionaba sus procedimientos, se atrevió a más. Y he aquí algunas cifras que pudo publicar: «mortalidad del 29 por 100 en su primer centenar de ovariotomías; 32 por 100 en su segundo; en una serie de 93 casos, 14 muertes; o sea, para las tres series, una mortalidad del 25 por 100 por término medio. Hay una mortalidad del 18 por 100 en los 150 últimos casos hasta marzo de 1878. Desde 1874 a marzo de 1878 practicó ochenta y cuatro ovariotomías, limpiando el vientre con servilletas. La mortalidad fué del 11 por 100. En su último centenar de ovariotomías extraperitoneales la mortalidad operatoria sólo fué del 11 por 100. Desde 1880 abandonó su procedimiento primitivo. Ahora liga el pedículo y lo abandona en la cavidad abdominal. El procedimiento intraperitoneal le da magníficos resultados. Ha practicado sesenta y ocho extirpaciones de quistes y sólo ha tenido que deplorar cuatro muertes; así ha reducido la mortalidad al 5,9 por 100, cifra que nunca se había alcanzado al parecer por ningún otro laparotomista» (5).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 94.
(2) *Le Dr. Koeberlé et son oeuvre*, por el Dr. Pichevin, pág. 20, 1914.
(3) *Ibid.*, pág. 23; véase también Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, pág. 70.
(4) *Le Dr. Koeberlé*, pág. 136.
(5) *Le Dr. Koeberlé*, págs. 45 y sigs.

Por esta prudente audacia «E. Koeberlé ejerció una acción profunda en la cirugía moderna, y fué innegablemente el iniciador genial de la cirugía abdominal en Francia» (1).

§ 3. — Consentimiento del interesado

357. I. Principio. — Aunque el cirujano juzgue necesaria una operación grave y estime suficientes las probabilidades de éxito, no puede emprenderla sin el consentimiento explícito o implícito del enfermo o de los que sobre él tienen autoridad. En efecto, puesto que el cliente, administrador de su salud y su vida, tiene el *doble derecho* de rehusar una operación peligrosa y de ser previamente advertido del peligro de muerte si la operación puede ser mortal, el cirujano tiene el *estricto deber* de pedir el consentimiento, a no ser que, a causa de ciertas circunstancias particulares, esté autorizado para presumirlo.

II. Explicación. — 1. Suponemos, con la opinión común, que un enfermo no está obligado, para salvar su vida, a emplear *medios extraordinarios* o muy penosos. Por consiguiente conserva toda la libertad de aceptar una mutilación importante o una operación peligrosa que tiene el riesgo de muerte o de fracaso, o, si el éxito está asegurado y es duradero, ocasione para siempre, como la supresión de un miembro, muy graves incomodidades o simplemente cause en el interesado una *repugnancia extrema*, justamente asimilable a una dificultad extraordinaria. No estaría obligado a sufrir una mutilación importante o una operación grave, cuyo éxito no es dudoso, sino en el caso de que la prolongación de su vida fuese grandemente necesaria para el bien público, o, por lo menos, para su familia.

2. *Si es así*, si un enfermo tiene plenamente la administración de su salud, hasta el extremo de poder declinar lícitamente una operación grave, se comprende sin trabajo que el cirujano no pueda, en asunto de importancia, intervenir por sorpresa y contra la voluntad del cliente, sino

(1) Pichevin, pág. 131. Las *probabilidades de éxito dependen*, pues, en gran parte, de la habilidad manual del cirujano. Un hecho muy significativo tendrá aquí más elocuencia que todos los razonamientos. Es del Dr. Jules Labouré, especialista en otorrinolaringología (muerto en 1918). La escena en que interviene como actor no deja de ser pintoresca. «Un cirujano y un médico conocidos examinan en una casa de salud parisiense a un enfermo afecto de un tumor del intestino grueso. A Jules Labouré se le ruega que preste un foco eléctrico para iluminar el rectoscopio, instrumento destinado a explorar el tubo digestivo. Aparece un tumor a unos dieciséis centímetros por encima del ano, tumor sésil, de naturaleza cancerosa. El cirujano hace una mueca, en presencia de una resección posible en un hombre obeso, poco resistente. Labouré echa una ojeada y declara: «Yo lo quitaría con mi asa metálica; he sacado de más difíciles en el esófago. — Pero es un cáncer — dice el cirujano. — Poco importa — añade Labouré —; quitaría el tejido del rededor con el tumor; estoy seguro de curarlo. — Pero — dice — el médico — abriréis el peritoneo, provocaréis una hemorragia terrible y no podréis cohibirla. — No sangrará: no abriré el peritoneo...» Luego, mientras los dos médicos continuaban discutiendo sobre la imposibilidad de la extirpación, silenciosamente, simplemente, Labouré introducía el rectoscopio, cogía el tumor y lo extirpaba en menos de un minuto, con gran estupefacción de los colegas presentes» (Conferencia Laennec, *Nécrologie*, págs. 184 y sigs., 1914-1919).

que *debe previamente* asegurarse del consentimiento explícito, siempre que sea posible demandarlo. Su papel «se limita entonces a aconsejar, a dar valor, a representar sin exageración las consecuencias de un rehusamiento; pero si el paciente se opone, nada puede hacer en contra»(1).

3. El consentimiento del enfermo es aún *más necesario* si la operación puede tener una terminación funesta: hay obligación grave de advertir al paciente o de hacerle advertir esta eventualidad posible o probable, «lo que confirma el deber de no intentar nada sin saberlo el cliente» (2).

4. Sin embargo, hay casos en que el cirujano puede *legítimamente presumir* el consentimiento del interesado, o de los que sobre él tienen autoridad: v. gr., si la necesidad de operar inmediatamente a un niño pequeño, cuidado por ejemplo en el hospital, es tan urgente que no haya tiempo de prevenir a los padres; si, a causa del estado del paciente, que no tiene todavía uso de razón, que está privado de conocimiento o en demencia casi completa, es imposible pedir un libre asentimiento. En una palabra, el cirujano puede *presumir* el consentimiento siempre que circunstancias mayores le impidan absolutamente pedirlo o se oponen a que sea dado por el sujeto *con conocimiento de causa.*

No añadiremos que está autorizado a presumirlo cuando sabe, sin duda alguna, que este consentimiento no será rehusado. No puede en efecto tener esta certidumbre si el enfermo no ha dado implícitamente, y manifestado de cualquier manera, su asentimiento: lo que nos lleva a la regla general.

5. Una cuestión más delicada no podría omitirse enteramente. ¿Hay casos en que el cirujano puede *no hacer caso de un rehusamiento categórico,* y operar a un enfermo sin tener en cuenta su resistencia formal?

Estimamos, con M. Billod, que el cirujano conserva en *dos casos muy raros* el derecho de obrar contra la voluntad del cliente, al que suponemos habitualmente sano de espíritu: primero, si el rehusamiento es más aparente que real; luego, si el rehusamiento es real pero está inspirado en un motivo que el derecho natural reprueba enérgicamente.

(1) Moureau y Lavrand, pág. 94. La solución queda la misma si los *padres* rehusan con conocimiento de causa, *pero sin razón,* la operación que tenía todas las probabilidades de salvar la vida de su *hijo.*

«Sin duda es cruel ver que el prejuicio de los padres rehusa la intervención que habría podido salvar a su hijo, como nos ha ocurrido tres veces con motivo de ósteosarcomas. Pero después de haber agotado todos los medios de persuasión sólo tenemos que inclinarnos ante esta oposición absurda y este abuso de autoridad paterna» (Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* pág. 170).

En la práctica el caso puede ser *más complejo.* Supongamos un joven de unos quince años. Persuadido por las razones del cirujano y lleno de confianza acepta desde el primer momento la intervención que sus padres rehusan. Ateniéndose únicamente al derecho natural ¿tiene el cirujano el poder moral de preferir a la negativa irracional de los padres la aceptación razonable del primer interesado que es el enfermo? Parece difícil negarlo. El derecho a la vida y a los medios indispensables de conservarla es ante todo un derecho estrictamente personal.

(2) Moureau y Lavrand, pág. 95.

El *primer caso* se presenta al parecer si el enfermo funda su negativa en motivos que, *evidentemente,* tienen la marca de delirio, o, en otros términos, el sello de la sinrazón *más manifiesta* (1). Imaginad por ejemplo que sea necesario, para evitar en breve plazo la amputación de un brazo, o hasta para salvar la vida, cortar una mano triturada y medio arrancada por una terrible explosión. Antes de dejarse anestesiar el paciente, que posee todo su conocimiento, dice al cirujano: «haga lo necesario, pero sálveme la mano; no puedo pasar sin ella y no consiento en modo alguno en perderla». Si esta mano, casi separada del brazo, no puede ciertamente conservarse, el cirujano no tendrá en cuenta aquella negación, que juzgará con derecho más aparente que real.

En el *segundo caso* el rehusamiento es real, pero plenamente inmoral. Por esto parece difícil no admitir la solución de Billod. «El deber del médico — dice — sería también el de operar a un enfermo que, *consecutivamente a una tentativa de suicidio,* sufriera accidentes que hicieran necesaria y urgente una operación; operación rehusada fundándose en que tiene por objeto salvar una vida *de la que el paciente ha querido desembarazarse*» (2). Al parecer sería necesario tratar a este individuo como se trata al que se echa al agua para suicidarse: se le salva contra su voluntad y a pesar de todas sus resistencias (3).

(1) Citado por Dechambre, pág. 231. Situándose desde el punto de vista de la responsabilidad civil, el profesor E. Forgue da la misma solución.

«No tenemos, en derecho absoluto, el permiso de operar de oficio a un enfermo que en *estado de delirio* pasajero *rehusa* la intervención. Sin embargo, pensamos que en ciertos casos de urgencia se puede prescindir de él, y así lo hemos hecho: cuando están contados los minutos, cuando el éxito tiene por condición mayor la prontitud del socorro, una abstención o un retardo serían en conciencia tan culpables como la omisión del consentimiento previo.

Un *alienado* rechaza una intervención, o es incapaz, por su estado mental, de formular una opinión. ¿Qué hacer *si la familia consultada rehusa?* «En el caso de un alienado curable, de una intervención indispensable o urgente, de un resultado probablemente favorable, ante la negativa de la familia, que a menudo sólo se inspira en la ignorancia o en motivos poco confesables, ¿no tenemos el derecho y hasta el deber de hacer todo lo necesario para salvar al enfermo que una declinación física ha puesto bajo nuestra tutela moral?» (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 170 y siguientes).

Para esta doble solución estamos plenamente de acuerdo con el Prof. Forgue.

(2) Citado por Dechambre, págs. 231 y sigs.

(3) Se resolverían por el mismo principio otro casos más o menos semejantes.

Demos un solo ejemplo. Una mujer casada rechaza, contrariamente a su deber, una operación que, por una parte, no implica riesgo grave de muerte, ni mutilación grave, y, por otra parte, es necesaria para la consumación del matrimonio vivamente deseada por el marido. En estas circunstancias el cirujano puede prescindir de una negativa que daña en cosa de importancia los intereses de un tercero.

Sin embargo hay aquí un nuevo elemento que interviene. Es la cuestión de justicia. Si se quiere evidenciar tal elemento, basta enunciar este principio: el cirujano puede, por lo menos en una operación relativamente benigna, no tener en cuenta una negativa que lesiona gravemente los intereses de una tercera persona.

ARTICULO IV

REGLAS QUE DEBEN OBSERVARSE EN TODA OPERACION

358. Idea por desarrollar. — El cirujano debe tomar *antes, durante y después* de la operación todas las precauciones necesarias o verdaderamente útiles para asegurar en lo posible el éxito de aquélla y para evitar todo accidente desagradable: si descuidara una u otra de estas precauciones faltaría a su *deber fundamental,* que es el de emplear los medios más seguros.

La deontología no tiene que indicar detalladamente *cuáles son* estas precauciones necesarias o útiles. Deja este cuidado a las diversas ciencias que constituyen el arte quirúrgica y se contenta con recordar *algunas verdades* que, admitidas por todos en teoría, pueden ser olvidadas en la práctica.

359. I. Antes de la operación. — Las precauciones *anteriores a la operación* se refieren al cliente que debe ser operado, a la sala de operaciones, a los instrumentos que empleará el cirujano.

1. Cliente. — 1.° Antes de tomar una decisión irrevocable, el cirujano se asegurará, por un examen serio, que nada por parte del enfermo *contraindica* la operación o el procedimiento que se seguirá. Al arte quirúrgica corresponde determinar *cuáles son* estas contraindicaciones.

2.° Si nada se opone a la operación, dará las instrucciones necesarias para la *preparación inmediata,* y, a no ser que tenga absoluta confianza en las personas encargadas del paciente, no comenzará la operación sin haber interrogado y adquirido la certidumbre de que sus prescripciones han sido seguidas exactamente.

2. Sala de operaciones. — A menos de urgencia o de una operación insignificante, el cirujano no operará si no dispone de un local convenientemenete dispuesto en el cual pueda aprovechar todos los perfeccionamientos esenciales de la cirugía moderna y especialmente todo lo que sirve para evitar la infección de las heridas.

3. Instrumentos. — Es una verdad vulgar la de recomendar *la más perfecta limpieza* en todo lo que deba servir para la operación. Si se quieren excluir los gérmenes nocivos hay que encontrar el medio de no introducir en los órganos sino instrumentos absolutamente asépticos.

1.° Nadie nos contradecirá si comprobamos que esta verdad ha sido desconocida demasiado a menudo. Así en París en 1860 faltaba mucho para que se tomaran todas las precauciones deseables. «Cuando las esponjas han servido para limpiar las úlceras, en París — escribe H. Vegas —, el mozo de anfiteatro se contenta con lavarlas en un poco de agua y en ponerlas de lado. Estas esponjas contienen gran cantidad de materias orgánicas que entran en putrefacción. Dos o tres días después se practica una operación con estas mismas esponjas, que, según nosotros, son un verdadero foco de infección» (1).

2.° *Completamente distinta* era, en el mismo tiempo, la práctica del doctor Koeberlé. «Lava sus *esponjas,* no solamente en una solución de ácido nítrico y luego en una solución de carbonato de sodio, sino que las sumerge en alcohol, y termina la preparación dejando las esponjas en agua pura previamente hervida» (2).

«Sus *instrumentos* sufren la limpieza más escrupulosa. Koeberlé limpiaba él mismo sus instrumentos. Los lavaba y los cepillaba con agua y jabón, luego los ponía en una solución de carbonato sódico y por último los sollamaba con una lámpara de alcohol» (3).

Por ello el Dr. R. Pichevin ha podido escribir: «Sus magníficos éxitos son debidos en parte a su limpieza meticulosa en todos los tiempos de la operación, *en todos los preparativos de la intervención*» (4).

360. II. Durante la operación. — Las reglas que deben seguirse durante el curso de la operación conciernen a la limpieza, al empleo del cloroformo, a los medios de evitar todo olvido que tenga consecuencias, a la necesidad de reparar inmediatamente un error cuyas consecuencias serían desfavorables.

1. Limpieza. — Si la más impecable limpieza es necesaria en los preparativos de la intervención, no es menos indispensable durante toda la operación (5).

Corresponde a los cirujanos determinar *las precauciones* que conviene emplear para asegurar, no solamente la limpieza, sino también la más perfecta asepsia. El Dr. Koeberlé, que disponía de procedimientos más

(1) El Dr. Koeberlé: *loc. cit.,* pág. 89.
(2) *Ibíd.,* pág. 89.
(3) *Ibíd.,* pág. 91.
(4) *Ibíd.,* pág. 96.
(5) Al tratar de la *responsabilidad civil* del cirujano, el Prof. E. Forgue formula la siguiente pregunta: *¿La inobservancia de las reglas de la* antisepsia *y de la* asepsia *compromete judicialmente la reponsabilidad del cirujano?*

En su respuesta distingue en buen derecho el *principio* de su *aplicación jurídica.*

1.° Principio. — «Si en el período de las discusiones doctrinales la observación de estas reglas no ofrecía un carácter obligatorio, constituye actualmente un *deber formal.*» Añadimos que es un *deber de conciencia.* «Lógicamente se deduce que un cirujano sería culpable si por negligencia o ignorancia de estas precauciones pusiera la vida de los enfermos en peligro.»

2.° Aplicación. — «Y, sin embargo, si el principio es innegable, su aplicación jurídica estricta comprende dificultades de apreciación y excesos de severidad en ciertos casos.

Tales las eventualidades de infecciones preexistentes o inevitables como en las intervenciones sobre antiguos focos sépticos; las predisposiciones a la infección creadas por la diabetes o los estados constitucionales. En cirugía rural no se podrían declarar obligatorias la estufa a 140 grados o el autoclave. Y es ya mucho aplicar la ebullición o el sollamado, que no responden a las condiciones de asepsia absoluta. Un catgut puede matar a uno de nuestros laparotomizados, pero no somos responsables de la asepsia de este catgut.»

Sigue el relato del proceso tristemente célebre de Seidel, cirujano alemán que, enloquecido por acusaciones injustas, puso fin a sus días. «Después de dos años y medio de proceso, esta dolorosa historia acabó con la absolución. Pero algo era ya irreparable: el fin trágico de un cirujano de conciencia y de porvenir» (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 176 y sigs.).

primitivos, escribía en 1868: «Concedo una gran importancia a la limpieza y a la pulcritud de las esponjas, instrumentos, utensilios de toda suerte, de las manos de los ayudantes y del operador. Las manos del operador sobre todo deben lavarse gran número de veces durante la operación, siempre que se han ensuciado con sangre, cada vez que deban introducirse en la cavidad peritoneal» (1). En efecto, «lavaba sus manos en agua hervida no solamente antes de introducirlas en el abdomen, sino cada vez que las sacaba de la cavidad peritoneal» (2).

2. CLOROFORMO. — El cirujano aportará una sabia prudencia y una exacta vigilancia en el empleo del cloroformo, que, bien manejado, presta servicios tan preciosos (3).

1.° *Gran discreción.* — «La posibilidad de una terminación fatal nos obliga — dice el Dr. Capellmann — a emplear los narcóticos *sólo en caso necesario,* es decir, en tanto el género, la gravedad y la longitud de la operación y la agudeza del dolor los aconsejan y los exigen» (4). Se encuentra esta regla, y casi en términos idénticos, en Moureau y Lavrand: «El cloroformo no debe administrarse *sin un grave motivo.* En principio hay que prescindir de él *cuando sea posible,* y se puede prescindir generalmente cuando no se trata de una operación grave, particularmente larga, delicada y dolorosa» (5).

En este sentido, el Dr. Capellmann se pregunta si el empleo del cloroformo está autorizado por la moral en el *parto normal.* «Ante todo, respondemos nosotros, no hay que emplear la narcosis ligeramente y sin *motivo grave.*» Pero si los dolores se hacen *demasiado agudos,* no hay que condenar el uso *inteligente* del cloroformo. Unicamente la narcosis *profunda o demasiado prolongada* «es peligrosa para la madre y el hijo, y no hay que practicarla. Se trata simplemente de una dosis de algunas gotas que a menudo no ocasiona la anestesia completa y no es peligrosa para la madre ni para el hijo» (1).

2.° *Sabia prudencia.* — Antes de emplear el cloroformo, el cirujano *nunca* omitirá asegurarse de que el enfermo puede sin peligro soportar su empleo; comprobará cuidadosamente si tiene o no las indicaciones contrarias» (2).

3.° *Vigilancia exacta.* — Finalmente es indispensable una vigilancia exacta. «Es de la más alta importancia, y exige por parte del ayudante encargado de la cloroformización mucha prudencia y presencia de espíritu, que no se deje distraer por nada, ni por las diversas fases de la operación. En efecto, en la mayoría de las operaciones el cloroformo mal vigilado sería más peligroso que la misma intervención» (3).

3. PRECAUCIONES CONTRA EL OLVIDO. — ¿Hay que añadir que el cirujano empleará los *medios eficaces* para no *olvidar* en el cuerpo del paciente tal o cual pequeño instrumento, por ejemplo una de las numerosas pequeñas pinzas de que se sirve en el curso de la operación para cohibir las hemorragias? La recomendación parece inútil, y, sin embargo, el olvido es posible, y al parecer se ha producido, con gran detrimento del paciente, pues ha sido necesario, con un pretexto cualquiera, operar de nuevo. Se pretende incluso que el paciente ha muerto a consecuencia de este olvido y de la nueva operación, pero no hemos podido comprobar el hecho (4).

4. TORPEZA REPARABLE. — Por último, si en un momento determinado el cirujano ha tenido la mano torpe, no terminará la operación sin haber reparado del mejor modo posible su error; sabrá conservar entonces su serenidad y toda su presencia de espíritu (5).

(1) E. Dr. Kroeberlé: *loc. cit.*, pág. 91.

(2) *Ibid.*, pág. 90.

(3) «Lo que decimos del cloroformo se aplica igualmente al éter y a los demás anestésicos *generales* cuya duración de acción es prolongada.

Guardadas todas las proporciones, el empleo de los anestésicos locales como el protóxido de nitrógeno, el bromuro de etilo, la cocaína, etc., está subordinado a las mismas recomendaciones, pero simplificadas, pues con ellos todo es mucho más corto y por consiguiente los peligros son menos temibles. Existen, sin embargo, lo bastante para que no se empleen estas substancias a la ligera» (Moureau y Lavrand, págs. 96 y sigs.).

(4) Doctores Capellmann y W. Bergmann: *La médecine pastorale,* pág. 87.

(5) Moureau y Lavrand, pág. 96.

En la PRÁCTICA conviene distinguir dos casos:

Primer caso. — El paciente no reclama el cloroformo, pero se entrega a la experiencia del operador. En estas circunstancias el cirujano observará la regla que acabamos de enunciar.

Segundo caso. — El paciente exige el cloroformo cuando la anestesia local bastaría perfectamente. El cirujano ¿puede en conciencia acceder a su deseo? Estimamos que el derecho natural no impone una respuesta negativa. En moral está permitido descuidar por una causa justa una *lejana posibilidad* de accidente. Recuérdase el asunto *Breton.* «Un hombre de treinta y cuatro años, portador de un quiste en la mejilla, reclama la anestesia total para esta mínima intervención. A las primeras inspiraciones es fulminado por un síncope. El juicio correccional condena al operador, antiguo interno, medalla de oro», que en apelación es absuelto.

El profesor Forgue concluye: «Tenemos el deber de no olvidar que toda anestesia es un riesgo mortal; de conformarnos estrictamente a las reglas establecidas; de no dormir nunca a un paciente sin examen previo; de no confiar la anestesia, salvo en circunstancias excepcionales, sino a un ayudante instruído y atento a su única tarea; de atender a toda alerta metódicamente y sin retardo. Pero a pesar de todos los cuidados sobreviene uno de esos accidentes fuera de previsión e irremediables que son una de las más penosas pruebas de la carrera de un cirujano, es un injusto procedimiento culpar de él al operador» (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 171 y sigs.; págs. 175 y sigs.).

(1) *La médecine pastorale,* pág. 88; Gén.-Salm., tomo II, núm. 20; Dr. Hubert: *Accouchements,* tomo II, pág. 683.

En dos palabras la opinión que tiende a hacerse común puede expresarse así: sólo hay que servirse inteligentemente del cloroformo: no es *ninguna* falta, si los dolores son demasiado agudos; cuando más, falta *ligera* a causa de cierto peligro, si los dolores son ordinarios, normales, tolerables (Aertnys, tomo I, núm. 259).

(2) Moureau y Lavrand, pág. 96.

(3) *Ibid.*, pág. 96.

(4) El profesor E. Forgue advierte aquí contra la exageración.

«Se ha hecho mucho ruido entre el público con estos olvidos de pinzas o de compresas. Antes del empleo del plano inclinado, en los casos de tumores voluminosos y de asas intestinales mal sostenidas, el error se cometía por los laparotomistas más reputados» (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 185 y sigs.).

«Creo saber — dice Maurice de Fleury — que el prof. J. L. Faure «invitó a un ilustre representante de nuestra magistratura a ver de cerca una de las grandes operaciones abdominales, y que el magistrado hubo de reconocer que en el curso de tal batalla, librada en lo más profundo del organismo femenino, una pequeña compresa podía perderse sin que el operador pudiera ser calificado de gran criminal» (*Le médecin,* pág. 56, nota 2).

(5) *La mano desgraciada* resulta a menudo en el cirujano de esta confianza demasiado grande que se confunde con la presunción. Noël Hallé relata varios ejemplos. El siguiente, que tomamos de él, es particularmente doloroso:

«Z. escoge como tema de su lección clínica: «*La anestesia clorofórmica*».

361. III. Después de la operación. — Después de la operación el cirujano no omitirá ninguno de los cuidados que puedan asegurar el éxito de su intervención. Y se mostrará siempre presto a combatir con prudente iniciativa y rápida decisión los accidentes que sobrevengan. Es lo que hacía excelentemente el Dr. Koeberlé.

1.° CUIDADOS METICULOSOS. — «Desde su primera ovariotomía se le veía al lado de la cama de la paciente durante varias horas. Sin cesar vigilaba los síntomas, tomaba el pulso, combatía los accidentes desde su aparición. Si sus éxitos eran debidos a la técnica, a la agilidad de sus dedos, eran también el resultado de los cuidados meticulosos que prodigaba a sus operadas» (1).

Su ardiente deseo de salvar a sus operadas le sugería sin cesar nuevos perfeccionamientos. «El drenaje abdominal, del que no podrían prescindir la mayoría de los cirujanos modernos; la evacuación, por medio de una sonda esofágica y de una pera, de los líquidos, materias y gases contenidos en el estómago en las complicaciones que amenazan la vida de las operadas; la cánula rectal contra el timpanismo; la posición semisentada que ideó desde sus primeras intervenciones abdominales, y que lleva el nombre del que la ideó de nuevo treinta años después de su aplicación constante por Koeberlé son títulos científicos que no se podrían olvidar. Después de la laparotomía ponía una vejiga de hielo en el bajo vientre, práctica nueva y que ha prestado grandes servicios desde entonces» (2).

2. INTERVENCIÓN RÁPIDA, prudente y atrevida en caso de complicaciones graves. Sólo daremos un ejemplo. «En su cuarta ovariotomía en una joven de veintitrés años, cuando la curación parecía segura, Koeberlé vió aparecer al duodécimo día una hemorragia que, tratada primero por la compresión, se reprodujo al mismo tiempo que se manifestaban síntomas de peritonitis. El gran cirujano no vaciló. Abrió la parte inferior de la cicatriz abdominal, pinzó la arteria ovárica que daba la sangre y dejó la pinza a permanencia. Hizo más, lavó el abdomen de coágulos sanguíneos que ya olían mal, salvando así la enferma con esta intervención que en su época era extremadamente aventurada, y que ciertamente no habría obtenido el asentimiento de sus colegas si hubiese tenido tiempo de consultarle» (1).

Fué una bella lección de agregado, ordenada, clásica y bien dicha. Z. nos expuso con los más minuciosos detalles su método de anestesia «a la compresa» por pequeñas dosis progresivas, con mucho aire e intermitencias frecuentes: aquel método que la experiencia y el uso de los aparatos nos han demostrado luego que era el *más peligroso*. La conclusión fué formal: «Obrando como acabo de enseñarles no hay accidentes. Estos sólo sobrevienen por faltas contra el método.»

«Para hermanar la teoría con la práctica — termina Z. — y el ejemplo con el precepto, voy, señores, a anestesiar yo mismo delante de ustedes al enfermo que tenemos que operar, a fin de que sigan mejor las fases de la anestesia normal.»

Traen al paciente. Sujeto en la fuerza de su edad, robusto y sano. Es un obrero alfombrista. Un pequeño *higroma prerrotuliano*, lesión profesional indolente que le molesta cuando trabaja de rodillas. Ha pedido que le libraran de este ligero achaque: operación de conveniencia, no de necesidad, y que hoy se haría sin riesgo alguno con anestesia local.

El paciente se echa sobre la mesa, tranquilo. Z., toma la compresa, vierte algunas gotas de cloroformo en ella y la aproxima a la cara poco a poco. En contacto de ella y después de dos o tres inhalaciones profundas el hombre cesa de respirar. Z. aparta la compresa: «Vean ustedes, dice, un incidente casi normal; es la apnea del comienzo, reacción de defensa del sistema nervioso sorprendido. Nunca es inquietante... Sin embargo, en este caso, se prolonga... algo... demasiado... pero, ¡si no respira ya!» ¡Había muerto!: síncope cardíaco primitivo.

Lo que siguió fué verdaderamente atroz» *(De l'éducation médicale*, págs. 167 y sigs.).

(1) Koeberlé, pág. 67; pág. 135.
(2) *Ibíd.*, pág. 133.

ARTICULO V

PAPEL DE LA MORAL

362. Soberana importancia de la moral. — El éxito de una grave operación puede ser, *antes* y *después* de la intervención quirúrgica, considerablemente auxiliado por la *moral:* 1.°, del operador; 2.°, del operado; 3.°, de las personas del rededor; 4.°, hasta por la acción moral que ejerce sobre el cirujano el medio social del enfermo y sobre el operado el medio social y físico.

En cirugía, como en la guerra, las fuerzas morales «son la condición mayor de la victoria... Se combate con más sólidas garantías de éxito si no se cuenta con el bisturí solamente, y se utilizan estos potentes recursos de la *terapéutica moral* que son la confianza en el operador, la tranquilidad ante la operación, la esperanza de curar y la voluntad de vivir.

Hipócrates, en uno de sus aforismos, en los que tanta observación y sabiduría se condensan, ha formulado que «el *médico* debe, no solamente hacer él mismo lo que convenga, sino también hacer que el *enfermo,* los *asistentes* y las *cosas exteriores* concurran a ello». Es imposible resumir con mayor nitidez las múltiples condiciones que deben cooperar a la curación» (2).

§ 1. — EL OPERADOR: SU INFLUENCIA MORAL

363. I. Antes de la operación: acción múltiple sobre la moral. — Antes de la operación el cirujano debe: 1.°, convencer al paciente a que se preste de buen grado a las exploraciones requeridas; 2.°, decidirle a aceptar la intervención necesaria; 3.°, o, por el contrario, disuadirle de una intervención juzgada inútil; 4.°, tranquilizar al enfermo que teme sobremanera la anestesia; 5.°, una vez resuelta la operación, abreviar en lo posible la demora. Lo que equivale a decir que debe obrar de múltiples maneras sobre la moral del enfermo.

1. EXPLORACIONES. — El cirujano necesita «una *insistencia paciente*» para vencer las resistencias que se oponen a exploraciones muy precisas, ora porque parecen dolorosas, ora porque alarman el sentimiento muy

(1) *El Dr. Koeberlé,* por el Dr. R. Pichevin, págs. 67 y sigs.
(2) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 124 y sigs.

respetable del pudor. Que la observación sea en el primer caso lo más suave y breve posible, sin perder nada de su seguridad; en el segundo, plenamente respetuosa de toda decencia y conveniencia. Feliz el cirujano si inspira tanta confianza que puede hacer a tiempo el examen indispensable. ¡Cuántas mujeres han pagado con su vida un pudor exagerado, «y sólo han acudido al médico cuando la hora de operar había ya pasado»! (1).

2. DECIDIR A LA OPERACIÓN. — Para decidir a su cliente a aceptar la grave operación que se impone, y que tal vez es urgente, el cirujano obrará con paciencia y bondad sobre la inteligencia y la libre voluntad.

1.° *Obrará sobre la inteligencia.* — Hablará razonadamente al enfermo. En un lenguaje que el interesado comprenda le expondrá, con perfecta claridad, los motivos de la operación; las terribles eventualidades de la abstención; los felices resultados de la intervención; la certidumbre o por lo menos las probabilidades de éxito.

Es cuestión de paciencia y de bondad. «La *paciencia,* he aquí ciertamente la virtud necesaria al cirujano, más aún que al médico, y con reservas inagotables. ¡La *bondad!* «Cualquier ciencia — decía Montaigne — es dañosa a quien no tiene la ciencia de la bondad.» Ella es la que inspira al cirujano los argumentos propios para decidir a la intervención a un pobre enfermo, en plena alteración de voluntad y de pensamiento. Ella es la que nos dicta las palabras de confianza y de consolación; la que nos incita a las soluciones prudentes y sabias.» Si en una cliente que nada sospecha encuentra «en el útero un cáncer muy avanzado, en el límite de la operabilidad», entonces es cuando se inspira, no en sus libros, sino en su corazón y en la experiencia que la repetición de semejantes desastres le habrá enseñado. En esto principalmente nos forma la vida profesional. En plena madurez de la carrera, después de haber vivido largos años en contacto con las miserias humanas físicas y morales, sabemos encontrar palabras de esperanza y confortación; las pronunciamos con acento de autoridad persuasiva que ignorábamos enteramente al salir de la escuela» (2).

2.° *Actuará sobre la voluntad.* — Inspirará una absoluta confianza por su tranquilidad, su seguridad firme y modesta, y, necesario es repetirlo, su bondad compasiva.

Leed al Prof. Forgue. Ved cómo decide a «una amputación del muslo a un joven oficial que, después de una caída en el servicio, se cree afecto de una tumefacción ósea sin gravedad, y que en realidad sufre un *sarcoma óseo,* es decir, un tumor maligno entre todos». Le lleva a querer vivir, aun inválido, para su pobre madre, y a no temer la miseria, haciéndole observar que el mal ha venido a consecuencia de un acto de servicio, y prometiéndole establecer este punto «por certificados científicamente innegables. Le hago entrever la seguridad que el Estado debe a los que se

(1) E. Forgue, págs. 126 y sigs.
(2) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 126, 130 y sigs.

han herido en su servicio, y la posibilidad, por lo demás, de ocupar un cargo sedentario, útil al país» (1).

3. DISUADIR DE UNA INTERVENCIÓN INÚTIL. — Hay enfermos que, curados de lesiones, mínimas a menudo, y convencidos hoy, en apariencia por lo menos, de su curación, se forjan al día siguiente nuevas quimeras que es necesario combatir.

«Se trata principalmente de estas grandes nerviosas con pequeñas lesiones, de *cerebro multiplicador,* cuya idea obsesionante se despierta por diversos accidentes», por ejemplo por el temor de un cáncer. «¡Cuánta diplomacia para tranquilizar a estas inquietas, para alejarlas de una cirugía superflua, para conservar su confianza y su dirección!» (2).

4. EXORCIZAR EL MIEDO A LA ANESTESIA. — Decidida y aceptada la operación, es necesario a veces tranquilizar al paciente que teme desmedidamente la anestesia, y hasta tal vez teme el paso del sueño anestésico al sueño de la muerte. Este temor, que puede llegar hasta la angustia, tiene graves inconvenientes. Preparaba «una verdadera neutralización psíquica del éter y del cloroformo.» Es también «uno de los factores más temibles del síncope clorofórmico, de aquel que sigue a las primeras inhalaciones, síncope blanco irremediable».

A la acción sobre la inteligencia y la voluntad, el cirujano añadirá, si es necesario, las medidas apropiadas.

1.° *Acción sobre la inteligencia y la voluntad.* — Por el ejemplo de numerosos operados, cuya anestesia fué sencilla y sin incidentes, por la comparación del riesgo mediano de la narcosis con sus maravillosos resultados de supresión de todo sufrimiento, logramos poco a poco disipar estas aprensiones.

2.° *Medidas apropiadas.* — Por lo menos en estas circunstancias, una regla excelente es la de «dormir al paciente en su cama, de evitarle la vista

(1) *Au seuil de la chirurgie,* págs. 133 y sigs. A veces es el paciente quien por su tranquila firmeza triunfa de las resistencias del cirujano. Esto es lo que ocurrió entre Dupuytren y un pobre sacerdote.

«Una tarde, cuando el gran cirujano terminaba su consulta, vió entrar a un sacerdote afecto de un tumor juzgado incurable. Después de examinarlo, Dupuytren, mirándole fijamente, le dijo: «Y bien, Sr. Cura, cuando se tiene esto hay que morir.» El cura, sin inmutarse, sacó de su bolsillo una moneda de cinco francos y la dejó sobre la mesa diciendo: «No soy rico, Sr. Doctor, y mis pobres son muy pobres; perdóneme si no puedo pagar más cara una consulta al Dr. Dupuytren. Por lo menos estaré completamente dispuesto a lo que me espera. Creedme: desde hace años esperaba este momento y estaba ya dispuesto. Adiós, Sr. Doctor, voy a morir a mi parroquia.» Y salió.

Dupuytren quedó pensativo. Su alma de hierro acababa de romperse por las sencillas palabras de un pobre sacerdote. En aquel débil cuerpo encontraba un corazón más fuerte que el suyo. Se lanzó a la escalera: «¡Sr. Cura! — gritó —, ¿quiere usted volver a subir?» El cura volvió. «Hay tal vez un medio de salvarle, si se deja usted operar.» «¡Buen Dios! ¡si sólo he venido a París para esto!» Algunos días más tarde, ante un público de 500 alumnos, Dupuytren operaba al cura y le salvaba.

La historia dice también que cuando Dupuytren estaba en su lecho de muerte hizo llamar al pobre sacerdote, quien acudió inmediatamente y permaneció por largo rato encerrado con Dupuytren. Cuando salió de la cámara del moribundo sus ojos estaban humedecidos y en su cara resplandecía una dulce exaltación. Al día siguiente moría Dupuytren. Después de las exequias los alumnos llevaron el féretro hasta el cementerio. El pobre sacerdote seguía la comitiva llorando» (Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 216 y sigs.).

(2) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* pág. 127.

de la sala de operaciones y de los instrumentos. Una dosis de algunos centímeros cúbicos de cloruro de etilo», o también «la escopolamina inyectada a la dosis de un cuarto de miligramo con un centigramo de morfina», bastan para el objeto de insinuar una anestesia (1).

5. ABREVIAR EL TIEMPO. — Importa finalmente abreviar el plazo señalado para la operación. Los largos retardos «no son más que una meditación prolongada sobre los riesgos y sufrimientos de la operación, y el valor de algunos sucumbe». Además, si se trata de grandes nerviosos, se puede diferir hasta la mañana, en que se les deja en ayunas, el anuncio preciso del día de la intervención, advertencia que de ordinario se da la víspera; «así se les ahorra algunas horas de inquietud» (2).

364. II. Después de la operación: mantener la confianza. — Terminada la operación, el cirujano apartará del operado todo lo que pudiera ser causa de inquietud, y por el contrario no omitirá nada de lo que sostenga y hasta aumente su confianza.

1. SEPARAR TODA CAUSA DE INQUIETUD. — «Que todo respire la calma alrededor del operado. Hay que evitarle las emociones intensas: el silencio, la esperanza, cuidados apacibles y precisos. Cuando se vuelve al conocimiento y al sufrimiento hay que tranquilizar al operado..., calmar sus quejas con algunas pequeñas dosis de morfina que mitigan el dolor y economizan el gasto nervioso. En esta vida reducida, en esta inmovilidad tranquila es como transcurre los primeros días después de nuestras grandes operaciones abdominales.»

Por consiguiente, como hemos dicho, si sobreviene alguna complicación, el cirujano, a pesar de sus temores, tal vez muy grandes, no debe manifestar sorpresa, inquietud ni vacilación; nada que pueda turbar la tranquilidad y quebrantar la resistencia moral del interesado, sino que debe hacer lo necesario sin retardo, con calma, bajo una máscara de tranquila serenidad. Por ejemplo, si después de una laparotomía se dibujan los signos de una hemorragia, hace volver al paciente a la sala de operaciones so pretexto de un cambio de vendaje. En ella, «con toda velocidad, cortamos los puntos de sutura, quitamos toda la masa de coágulos y buscamos el punto que sangra. He aquí ciertamente una de las eventualidades más dramáticas de la práctica quirúrgica. Se efectúa a veces en menos de un cuarto de hora. Pero ¡qué goce se experimenta al ver renacer la vida de operados a los que únicamente la prontitud de la decisión y la firmeza de la mano han salvado en el umbral de la tumba! (3).

2. MULTIPLICAR LAS RAZONES DE CONFIANZA. — Por la radiación de su clara mirada y la seguridad comunicativa el cirujano verterá en el corazón del operado estos tónicos morales que son el alejamiento de los pensamientos tristes, la confianza y la esperanza de una plena curación. Llamado por el duque de Guisa a Metz sitiada, Ambroise Paré reanimó con

(1) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, págs. 134 y sig.
(2) *Ibid.*, págs. 136 y sig.
(3) Prof. E. Forgue, *loc. cit.*, págs. 137 y sig.

su sola presencia todos los corazones. «No podemos ya morir si somos heridos — decían los soldados —, puesto que nuestro Paré está con nosotros.» Por esta esperanza eran, sin saberlo, el eco de la frase de Rabelais: «Los alegres se curan siempre.»

Por último llega la convalecencia. Tranquilo sobre el presente, el paciente se preocupa del porvenir. Operado de un tumor, interroga ansiosamente sobre la posibilidad de una recidiva. Amputado de un brazo o de una pierna, se ve inválido para el resto de sus días, incapaz de ganarse la vida, tal vez reducido a la mendicidad. Entonces la asistencia moral es más necesaria que nunca. El cirujano debe encontrar las palabras que tranquilicen, reanimen el valor, y, sin que resuelvan las dificultades, den alguna esperanza (1).

3. ¿QUÉ HACER SI EL MAL ES INCURABLE? — Un enfermo, un canceroso por ejemplo, está afecto *irremediablemente:* ¿debe decírselo el médico?

Por regla general debe evitar una *doble crueldad:* la crueldad de advertírselo en seguida, cuando tal vez tardará «de quince a treinta meses en morir de un cáncer del útero, del recto, del estómago, de la lengua»; la crueldad, peor aún, de mantenerle hasta el último momento en la ilusión y de no prevenirle a tiempo para que tome, con la plena posesión de sus facultades, sus disposiciones temporales y espirituales.

Así, fundándonos en los principios de la moral, conciliamos la doble solución, en apariencia contradictoria, del profesor E. Forgue y de H. Bordeaux.

1.° *Si se trata* de una advertencia *inmediata,* digamos con E. Forgue: «Con los dolores físicos tienen bastante estos desgraciados; sería espantoso que los sufrimientos morales de este lento caminar hacia la tumba vinieran a aumentar su miseria.» Sólo habría *excepción* si un peligro de muerte inminente pudiera surgir *a cada momento,* sin que nada lo hiciera prever; o también en el caso excepcional de tratarse de un hombre singularmente enérgico, plenamente abandonado a la voluntad de Dios, sinceramente deseoso de ser instruído respecto a su destino, con objeto de renovar el sacrificio de su vida y aumentar así sus méritos.

2.° SI SE TRATA, POR EL CONTRARIO, de una advertencia *algunos días* antes de la terminación fatal, hacemos nuestra, sin restricción, la frase de Henry Bordeaux, que concluye, como John Fayrer, jefe del servicio sanitario de las Indias: «No admito que la muerte sorprenda a un enfermo sin que se le haya informado.» Esta es por otra parte la enseñanza de todos los moralistas (2).

§ 2. — EL OPERADO: CONDICIONES MORALES DEL ÉXITO

365. Tres condiciones morales. — Por parte del operado tres condiciones morales son favorables para el éxito de las grandes operaciones:

(1) E. Forgue, *loc. cit.*, pág. 139.
(2) E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, págs. 141 y sig.

1.ª, cierto *valor*, igualmente lejos de las vivas aprensiones y de la bravura ficticia; 2.ª, una intensa voluntad de vivir; 3.ª, una firme confianza en el cirujano bien escogido.

1. El valor. — Gracias al cloroformo, que lo ha simplificado todo, el valor necesario nada tiene de heroico. «No hay más que darse con pasividad al anestésico y entrar *sin protesta* en la paz del sueño. Evocando sus recuerdos de operado, Alejandro Hepp ha descrito finamente esta forma inferior de valentía. «En el silbido de locomotora con que el cloroformo os desgarra el oído me he sometido a la dimisión total de mi ser; he partido; me he convertido en paquete, de vientre abierto. Luego, algunos días después, por la ventana, he visto otra vez flores y árboles en un gran parque por el que pasaban alas blancas» (1).

Se trata, pues, de dejarse hacer y de abandonarse. No hay necesidad alguna de poner en tensión todas las energías, lo que no está exento de reales inconvenientes. «Tememos a los que Buisson llamaba los «fanfarrones de la sala de operaciones». Hay que precaver el choque de retroceso y la grave depresión psíquica que suceden a esta restricción nerviosa exagerada» (2).

2. La voluntad de vivir. — «Todos hemos visto que esta voluntad intensa de vivir, esta fe en la curación, realizaba milagros inesperados» (3). Pero si el enfermo sabe, o por lo menos presiente, que la intervención es *simplemente paliativa*, le será imposible tener esta fé robusta en la curación que es un auxiliar tan poderoso. La consecuencia no es que el cirujano deba a estos desgraciados «la caridad constante de la mentira» (4). Sólo está permitido concluir que se halla autorizado, por lo menos en ciertos casos, a disimular antes de la intervención la triste verdad que enervaría de antemano la fuerza de resistencia. Se ve suficientemente, sin otra explicación, que hay una gran diferencia entre callar lo que es cierto, pero nocivo, y afirmar enérgicamente lo que es falso.

3. Firme confianza en el cirujano. — Lo que aquí se pide no es la confianza *cualquiera* que siempre existe respecto al cirujano libremente escogido. Queremos una *firme* confianza; una confianza que *se sostenga* contra todo incidente; una confianza que excluya «el cambio caprichoso de los consejos y de los cuidados», así como «la multiplicidad de las consultas». Cualquier otra confianza es una mediocre condición para curar (5).

§ 3. — La familia: papel moral

366. Papel moral de la familia. — El papel de los que rodean al enfermo es doble. Deben, *antes* de la operación, afirmar una resolución que tal vez se ha tomado con dificultad; *después* de la intervención, mantener, alrededor del enfermo, este aislamiento vigilante y tranquilo que tan favorable es para la curación.

(1) Prof. E. Forgue: *Au seuil de chirurgie*, págs. 143 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 137.
(3) E. Forgue, *loc. cit.*, pág. 144.
(4) *Ibid.*, pág. 145.
(5) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, pág. 145.

Por lo tanto, ora antes, ora después de la operación, la familia puede *contrariar* grandemente los designios y esfuerzos del operador, o, por el contrario, *secundarlos* con mayor o menor perfección.

1. Puede ser muy nociva. — 1.º Antes de la operación, parientes, amigos y visitantes pueden dañar seriamente al enfermo disuadiéndole de una operación muy grave a la que se había resuelto después de una gran lucha. No faltan las falsas comparaciones: se cita a la señora *A*, que ha curado sin intervención, y al señor *B*, que ha sido operado, pero que ha muerto.

Hay en ello una intemperancia de lengua que es necedad por su origen y crueldad por sus resultados.

2.º *Después* de la operación la familia puede de doble manera dañar al enfermo y comprometer el éxito de la intervención.

a) *Primero*, daña por su celo molesto, que no tiene la ventaja de aportar algún servicio útil, y que tiene el gran inconveniente de ser demasiado ruidoso.

b) *Luego*, es nocivo por las estériles lamentaciones y las vanas alarmas que disminuyen y hasta abaten la moral del paciente (1). Esto quiere decir que «el cuidado del paciente debe ser confiado a un personal competente y ejercitado».

2. La familia puede secundar. — *Después* de la operación la familia puede secundar los esfuerzos del cirujano.

Los secunda por una asistencia continua y disciplinada que comprende dos cualidades: 1.ª, un celo silencioso e inteligente; 2.ª, una vigilancia atenta y oportunamente inquieta, sin dejar ver la menor inquietud.

A menudo encontramos estas cualidades «en las madres, esposas o hermanas de los operados. Bajo una animación fingida y muy propia para tranquilizar, disimulan penas muy sinceras. Las admiramos por la precisión y serenidad de sus observaciones; por la claridad y valentía de su decisión; por su resistencia a la fatiga, al sueño, a la tensión nerviosa de la lucha y a la repugnancia de los menores cuidados» (2).

§ 4. — El medio: su parte de influencia

367. Influencia del medio social y del medio físico. — También el medio, *social* y *físico*, tiene su parte de influencia. El medio *social* influye bastante a menudo en el curso de la operación, o mejor en la «indicación» misma. Influye siempre, con el medio *físico*, en los resultados.

1. Medio social. — El medio *social* ejerce su acción: a veces sobre la indicación y siempre, más o menos, en los resultados.

(1) Puede dañar y hasta exasperar al enfermo al poner sus demasiado reales sufrimientos a cuenta de la imaginación. Aunque raro, este modo de dañar no es quimérico.
(2) Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, págs. 146 y sig.

1.° *Sobre la indicación.* — «Muchas veces el cirujano debe derivar una parte de sus indicaciones de la consideración de la situación social del herido, inquirir los procedimientos de *menor mutilación* o de mejor utilización obrera. La elección del nivel de amputación de la pierna no es la misma para un herido que pueda costearse un aparato de lujo, una pierna artificial, y para el que, dedicado a rudos trabajos, tiene necesidad de un pilón simple, robusto y poco caro.

2.° *Sobre los resultados.* — «He aquí dos enfermos afectos de *tuberculosis* del pie. *Uno* es tuberculoso de rica clientela, rodeado de todas las comodidas materiales y la confortación moral de la familia, y al que podemos sobrealimentar y enviar al campo o a la montaña. El *otro* es un pobre enfermo a quien sólo podemos ofrecer una cama en el hospital en una sala llena, en la proximidad de supurantes, lejos de los suyos.»

En el primero «nos es permitido llegar hasta el límite de la cirugía *conservadora*». En el segundo «es necesario a menudo abreviar por una *amputación* el tiempo peligroso de su permanencia en el hospital».

2. Medio físico. — Conviene conceder una real importancia a todo lo que, en el medio físico, favorece en el operado la tranquilidad, la paz, la confianza, la alegría.

El aire, la luz, las flores, la presencia de una persona amada que atenúe el rigor demasiado grande del aislamiento, una compasión dulce y silenciosa: tales son las condiciones más favorables para la curación.

Si en el hospital, en la sala común, un pobre no encuentra todas estas ventajas, hay otras que las compensan en cierta medida: la comunidad de sufrimiento, la compasión de los vecinos «por hábito de lágrimas»; los mismos afectuosos cuidados por parte de los cirujanos a la altura de la misión.

«El *cardenal Dubois,* afecto de mal de piedra, tuvo que resignarse a la operación de la talla. En el momento en que *Bourdon,* cirujano jefe del Hôtel-Dieu y célebre litotomista, se preparaba para operarle, el cardenal le dijo: «¡Vais a tratarme *como a los pordioseros* del Hôtel-Dieu! — Monseñor — le respondió Bourdon —, estos pordioseros *son para nosotros Eminencias*».

El Profesor E. Forgue, que cuenta esta anécdota picante, tiene razón al añadir que «define bien nuestros deberes y nuestra actitud respecto a los desgraciados» (1).

(1) E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 148 y sig.; pág. 151.

CAPITULO XVII

DE LAS OPERACIONES OBSTETRICAS (PRINCIPIOS)

368. Cuestión difícil. — Para mayor claridad indicaremos el *objeto* preciso de nuestro estudio; el *único manantial* de luz; la *división* del presente capítulo, dedicado por entero a la exposición de los principios.

1. Objeto de nuestro estudio. — Cuando se intenta auxiliar a una mujer encinta que se encuentra en condiciones anormales, el arte quirúrgica, y hasta el arte médica, se encuentran frecuentemente con dificultades singularmente engorrosas *desde el punto de vista del derecho natural.*

Puede ocurrir que la vida de la madre, por otra parte sana, esté en peligro por la presencia del feto, o, por el contrario, que la vida del hijo se vea comprometida por el estado de la madre. Puede suceder igualmente que la madre esté afecta de una enfermedad seria, agravada por el embarazo, y cuyo tratamiento específico, remedio u operación, corra el riesgo de dar *indirectamente* al hijo el golpe mortal. Finalmente, no es raro que el mejor o el único medio de resolver una situación crítica sea el parto prematuro y artificial.

Así, el médico o el cirujano cuidadoso de sus deberes profesionales es llevado por la fuerza de las circunstancias a proponerse una *triple serie de cuestiones* relativas a la licitud moral o a la no licitud: de una acción *directamente* mortal para el feto o para la madre; de una acción *indirectamente* mortal para uno u otra; de una operación *nociva al feto,* sin ser ciertamente mortal. Enunciemos de un modo algo menos sumario este triple problema.

1.° Si es absolutamente imposible salvar a la madre sin matar *directamente* al feto, que por su sola presencia, en el útero o fuera del útero, pone a su madre en peligro de muerte cierta, ¿está *permitido* por la ley moral practicar una operación *directamente mortal* para el hijo, o provocar, por una acción directa, el aborto denominado médico, es decir, la expulsión del feto que aun no es viable?

2.° Si una mujer encinta está afecta de una enfermedad grave que pone su vida en peligro, ¿*puede* el médico honrado, a falta de otros medios, recurrir a un remedio, o practicar una operación, que por su naturaleza tienda directamente a la curación de la madre, pero tenga *indirectamente* el riesgo, con mayor o menor probabilidad, y tal vez con certidumbre, de matar al hijo en el seno materno o provocar el aborto? Inversamente, si

los recursos de la medicina y de la cirugía son impotentes para conservar la vida de la madre mortalmente atacada, ¿puede el cirujano intentar una operación que salvará la vida del hijo, pero que *indirectamente* apresurará la terminación fatal para la madre?

3.° En el caso en que para salvar a la madre bastara adelantar el término y provocar antes de la hora el nacimiento de un hijo cierta o probablemente viable, ¿podría el médico recurrir al *parto artificial,* aunque prevea para el hijo consecuencias desfavorables y duraderas?

Se ve, pues, que hay un conjunto de problemas morales, y de problemas inevitables, complejos, difíciles en teoría y más aún en la práctica. *Inevitables:* a pesar de su ciencia y habilidad, el médico está demasiado a menudo en la imposibilidad absoluta de salvar *a la vez* a la madre y al hijo; por lo mismo se encuentra reducido a la cruel alternativa de dejar perecer a los dos o de sacrificar uno al otro. *Complejos:* la madre y el hijo tienen ambos, en su calidad de personas humanas, derechos reales, distintos, en apariencia opuestos. *Difíciles en teoría:* si es relativamente fácil establecer y hacer aceptar los principios morales relativos al parto antes de término o toda acción *indirectamente* mortal, es difícil poner en plena luz las verdades directivas que rigen toda intervención médica o quirúrgica, *directamente* mortal para el feto. *Más difíciles en la práctica,* es necesario a veces un análisis exacto y penetrante para decidir si tal o cual operación es *directa* o *indirectamente* mortal. ¿Dónde buscar la luz? ¿De qué origen tomaremos los principios que permitan derivar las conclusiones?

2. Unico origen de luz. — Para resolver problemas morales de extrema complejidad importa no dirigirse *principalmente* ni al arte médica, ni al sentimiento, ni a la razón vulgar, al sentido común, al buen sentido, ni aun a la conciencia, sino al derecho natural interpretado por los grandes moralistas y la autoridad legítima.

1.° El *arte médica,* que tiene por fin conservar o devolver la salud, describe en cada caso la naturaleza de las diversas operaciones e *indica sus probabilidades relativas de éxito;* pero calla acerca de su moralidad (1).

2.° El *sentimiento* es ciego y debe ir dirigido por la razón.

3.° El *buen sentido,* que se confunde con la razón vulgar, es apto para formular los principios fundamentales de la ley natural; pero es inhábil para *enunciar* los principios menos evidentes, y menos aun podría *aplicarlos* correctamente a casos particulares de gran delicadeza.

(1) Tocamos aquí una cuestión *preliminar* de la mayor importancia. Antes de toda exposición de los principios y de sus aplicaciones es indispensable admitir que el punto de vista técnico, médico, quirúrgico, y el punto de vista moral *no coinciden siempre* y necesariamente. En otros términos, hay que reconocer que una intervención quirúrgica no es moralmente legítima *por el solo hecho* de que, según las reglas del arte quirúrgica, sea en el caso la *única* indicación, el único medio de salvar a la madre, en lugar de dejarla morir con su hijo. Aunque esta ventaja inmediata, la salvación de la madre, sea de alta estima, no hace por sí sola lícita una operación condenada por el derecho natural. Por consiguiente, después de haber examinado el punto de vista técnico, el cirujano debe situarse en el punto de vista moral. Debe investigar si la ley natural le autoriza a practicar la operación que estima técnicamente necesaria. — En su bello libro *Le droit de l'enfant à naître,* el Dr. G. Clément ilustra bien este punto. Véase pág. 34.

Por esto Dechambre se engaña cuando en nombre del sentimiento y del buen sentido declara que el médico puede y debe sacrificar, a la vida *más preciosa* de la madre, la vida *menos útil* del hijo: semejantes «reflexiones» no podrían prevalecer contra la ley natural, que no autoriza *nunca* la muerte directa de un inocente (1).

4.° La *conciencia* aplica a las diversas acciones la ley moral de la que ella depende; pero no decreta esta ley, y puede ella misma ser *falseada* por la educación o *cegada* por el sentimiento (2).

5.° El *derecho natural* es, pues, el único manantial de luz. Corresponde asimismo a la razón promulgarlo, pero a una razón muy alerta, muy ejercitada en el estudio de las cuestiones morales, dócil a la enseñanza unánime y constante de los grandes moralistas, dócil también a las decisiones doctrinales que emanan de la autoridad competente.

3. Division. — Reservando para el capítulo siguiente las *aplicaciones* o las conclusiones, nos limitaremos en el presente capítulo a proponer los *principios ciertos* que nunca deben perderse de vista: al parecer es el mejor medio de emplear, en una materia tan espinosa, un método seguro de investigación.

El artículo I, después de haber estudiado el acto voluntario, la imputabilidad a falta y la cooperación, definirá lo que debe entenderse por acción directa o indirectamente mortal.

Hecho esto, examinaremos en *el artículo II* la moralidad de la intervención directamente mortal; en el *artículo III,* la moralidad de la intervención indirectmente mortal, en el *artículo IV,* la moralidad de la intervención que, nociva en sí para el feto, no tiende ni directa ni indirectamente a quitarle la vida.

ARTICULO PRIMERO

DOS CLASES DE ACCION MORTAL

Después de haber determinado los elementos constitutivos de la acción voluntaria, directa o indirectamente, y las condiciones de la imputabilidad a falta, nos será fácil definir lo que se entiende por acción directa o indirectamente mortal.

§ 1. — Voluntario directo e indirecto (3)

369. I. El acto voluntario. — Se denomina *voluntaria* toda acción u omisión que, *dirigida* por un conocimiento intelectual del fin y de

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 253 y sig.; *Gazette médicale de Paris,* 27 noviembre 1852, en A. Eschbach, págs. 409 y sig.

(2) A. Eschbach, pág. 411.

(3) *Para no multiplicar* nociones bastante delicadas, no distinguimos el voluntario *directo* del voluntario *en sí;* el voluntario *indirecto* del voluntario *en la causa.* Otros autores, que

los medios, procede *efectivamente* de la voluntad. Así, bajo la luz de la inteligencia que discierne el fin y los medios *propios para obtenerlo,* el acto voluntario sale inmediata o mediatamente de la voluntad, *como un efecto* proviene de su causa (1).

Si una acción u omisión voluntaria procede de una voluntad *dueña de sus actos,* de su determinación, de su elección, esta acción u omisión es, no solamente voluntaria, sino *libre*. De hecho, en esta vida *todos nuestros actos voluntarios son actos libres,* y estamos autorizados para emplear una u otra de estas dos expresiones (2).

Después de haber acariciado largo tiempo el proyecto de incendiar secretamente la casa de su enemigo, Pablo se decide a ejecutar su mal designio, y lo realiza hacia las diez de la noche. Un transeúnte ve este comienzo de incendio y descuida dar la alarma, *aunque lo puede hacer fácilmente*. El deseo mantenido por Pablo, su decisión, el conjunto de sus movimientos, el incendio, son otros tantos *actos positivos,* voluntarios y libres. Por su lado el transeúnte *omite* voluntaria y libremente una buena acción, obligatoria, en este caso, a título de caridad.

370. II. Dos clases de actos voluntarios. — El voluntario da lugar a múltiples divisiones. Las callamos y consideramos únicamente la manera *inmediata o mediata* en que la voluntad se dirige a su objeto.

---

tienen necesidad de ser más precisos, los distinguen y no sin alguna razón. Pero declaran que es posible omitir esta distinción sin inconveniente.

La omitimos para no hacer más arduo un párrafo que, repleto de nociones abstractas, es *de difícil lectura a pesar de los ejemplos,* y será tal vez menos accesible a todos que el resto de la obra.

(1) *Dos actos* son, pues, necesarios para que haya acción, omisión, efecto voluntario. Es necesario ante todo un acto que proceda de la razón, y se llama intelectual o *racional*. Luego es necesario un acto que venga de la voluntad, como el efecto viene de la causa, y se denomina propiamente *voluntario*.

1.º El acto intelectual es indispensable. Muestra el objeto perseguido, es decir, el bien honesto, útil, deleitable. Hace ver la relación de los medios con el fin. Por ello es a la vez condición, origen y raíz del acto que emana de la *voluntad*. Sin este conocimiento intelectual, o mejor racional, el pájaro que construye su nido, y despliega tal vez en esta construcción un arte consumado, no propone y no sabría proponer un acto voluntario: no comprende la relación que existe entre los medios y el fin.

2.º Indispensable, el elemento intelectual no basta para constituir el *voluntario*. Falta este algo que *procede efectivamente* de la voluntad con uno de los tres títulos siguientes: a título de acto realizado *inmediatamente* por la voluntad, acto por ejemplo de amor o de odio; a título de acto interior o exterior, *regido* por la voluntad, reflexión prolongada, o también movimiento de tal o cual miembro; finalmente, a título de efecto *realizado* bajo el imperio de la voluntad, herida criminal u operación quirúrgica saludable. Si el efecto, ardientemente deseado, está fuera del poder de la voluntad, puede ser y es *querido;* pero no es ni puede ser *voluntario*. Después de una larga época de sequía, la lluvia que cae, suave y bienhechora, es *querida* por el campesino, que tanto la ha deseado, y por esto la acoge como una liberación. Pero no habiendo podido realizarla por sí mismo, no es *voluntaria* en modo alguno a este gran amigo de la tierra y de sus frutos. En una palabra, todo lo que es voluntario, es querido, pero no todo lo que es querido es voluntario.

(2) En la vida eterna del más allá no ocurre así. El acto de caridad que fija a Dios al bienaventurado, es *plenamente voluntario;* pero *en modo alguno es libre*. Admitidos a contemplar cara a cara a Dios, los Santos están de tal modo extasiados por su infinita belleza que una dulce pero ineludible necesidad les encadena a su amor.

En este punto de vista muy restringido, comprobamos que el hombre puede, en sus voliciones y sus acciones, tender a una cosa de *dos modos* muy diferentes.

1. Puede quererla por su bondad, real o aparente, y buscarla *por sí misma* a título de fin; *en sí misma* a título de medio *útil*. En este caso se dirige hacia ella *sin intermediario,* y, por decirlo así, de primera intención.

2. Puede también quererla, no por sí misma, sino *en otra* que la contiene. En este caso la quiere *mediatamente* por el hecho de que, previendo el efecto sin tenerle por objeto en sí mismo, propone libremente la causa. Por lo menos quiere virtualmente, en la causa, *el efecto* único o subordinado a otro que la causa es determinada por su naturaleza a producir, y *todo efecto* que producirá por su naturaleza o circunstancias, cuando para el agente había estricto deber de evitar la causa, con objeto de prevenir el nacimiento del efecto.

Naturalmente, designamos aquí con el nombre de causa todo lo que *contiene* tan realmente otra cosa que la voluntad no pueda querer el continente, sin ser *considerado* querer el contenido en ciertos casos. Por lo demás poco importa que el contenido sea efecto propiamente dicho, o parte de un todo, o simplemente cosa ligada con lazo más o menos estrecho a lo que denominamos continente y causa.

Se llama a menudo voluntario *directo* lo que es querido *en sí;* voluntario *indirecto* lo que es querido únicamente *en la causa,* libremente propuesta.

La razón y la experiencia concuerdan en proclamar la existencia de este doble modo de querer. Por ejemplo, nadie negará que un niño goloso, harto ya, quiera *de diversa manera* el dulce de crema por el que siente una debilidad: la deleitación de su paladar; las convulsiones dolorosas de su estómago, convulsiones que prevé por una triste experiencia y que quisiera evitar, pero sin sacrificar nada de su manjar favorito. Quiere *en sí mismo*, y *como medio* de procurarse un placer, aquel dulce dorado tan apetitoso. Quiere *por sí misma* y *como fin* la deleitación tan deseada y saboreada de antemano. Quiere *solamente en su causa,* pero en una causa de la que no tiene el valor, como podría y debería, de privarse o de usar moderadamente, esos malditos dolores de estómago que probablemente le harán pagar, como de costumbre, muy caro su placer preferido.

Precisemos con algunas explicaciones y ejemplos esta primera noción todavía algo confusa, pues vale la pena: primero, todo lo que es directamente voluntario es imputable; luego, importa no confundir lo que es estrictamente *querido en la causa* y lo que, en ella, es *simplemente permitido;* por último, el agente puede, en ciertas condiciones, querer solamente en la causa, o mejor *permitir,* en la causa querida, un mal efecto que es compensado por el bueno.

371. III. Voluntario directo. — *Podemos* físicamente querer en sí mismo y directamente todo lo que es bien o tiene la apariencia de

bien (1), y por lo tanto es *deseable,* aunque fuera el efecto de una causa, o parte de un todo.

Pero *queremos* siempre en sí mismo y directamente lo que queremos a título de fin o a título de medio. Conviene insistir algo sobre este hecho. Nos ayudará a comprender mejor que el fin mejor no podría justificar, y por lo tanto legitimar, los *malos* medios.

1. A TÍTULO DE FIN. — Si hay algo querido en sí y directamente, es seguramente el *fin* que el agente se propone obtener, pues es el que, bueno o malo moralmente, place *por sí mismo* a la voluntad libre, y sin intermediario le da el impulso.

Deseoso de vengarse desde hace tiempo, Pedro encuentra finalmente la ocasión que acechaba. Encuentra a su enemigo en un lugar apartado, lejos de toda mirada humana. Deliberadamente se arroja sobre él y le apuñala entre los hombros. Es un homicidio en sí y *directamente* voluntario. No hay en esto ninguna dificultad.

2. A TÍTULO DE MEDIO. — Sería un error creer que *únicamente* el fin sea querido directamente y en sí mismo. Sin duda el fin es *únicamente* querido *por sí mismo*. Pero el *medio,* aunque querido por el fin, es querido *en sí mismo* y directamente, aunque fuera soberanamente penoso.

Puede ser costoso a un sabio abandonar, por orden del médico, sus queridos estudios, tomar durante un mes un reposo absoluto y hacer, durante este tiempo, una cura de aguas completada por paseos cotidianos, sin preocupaciones científicas. Mas, para recobrar la salud, se somete al tratamiento: se concede, muy a su pesar, un descanso, que es en sí mismo y *directamente,* a título de medio, voluntario. Un asesinato que un ladrón habría querido evitar, pero que comete para despojar a su víctima, no deja de ser querido en sí mismo y *directamente* como medio. Aquí la *utilidad* rige los actos.

372. IV. Voluntario indirecto. — Puede ocurrir, y acontece a menudo, que el hombre no quiera en sí mismo, sino *únicamente en la causa,* tal o cual efecto. Es posible igualmente que no quiera el efecto ni en sí mismo ni, en rigor de términos, en su causa, sino que se contente, cuando tiene el derecho para ello, con *permitirlo* (2).

(1) No se trata solamente del bien *honesto;* se trata también del bien *sensible* y hasta del bien *espiritual,* útil o deleitable.

(2) Hay, como es justo, *alguna sutilidad* en distinguir estas tres cosas: 1.º, el voluntario *directo,* que es querido como fin o como medio; 2.º, el voluntario *indirecto,* que por una parte no es querido ni como fin ni como medio, y por lo tanto, a este título, es permitido, mas por otra parte no es *plenamente repudiado,* aunque sólo su causa sea objeto *inmediato* de voluntad; 3.º, el *simple permiso,* que únicamente tolerado por una grave razón, se refiere sin duda al voluntario indirecto, puesto que únicamente su causa es querida.

En el fondo, he aquí exactamente lo que queremos decir. Estimamos con gran número de moralistas que existen como *dos grados* en el voluntario indirecto: el *grado superior,* en el que el efecto malo, no siendo querido en sí mismo ni completamente rechazado, contiene más de voluntario que el simple permiso, y por tanto merece *más estrictamente* el nombre de voluntario en la causa o de voluntario indirecto; luego el *grado inferior,* en el que siendo *simplemente permitido* el *mal efecto,* es decir, tolerado por una razón grave, *no impide la supresión de la causa* en la que es querido, es tan poco voluntario como puede serlo un efecto

Importa, pues, determinar *en qué condiciones* un efecto, que por hipótesis no es querido en sí mismo y directamente, debe ser tenido por estrictamente voluntario en su causa.

Sobre este punto los moralistas *no están plenamente de acuerdo.*

Sin duda todos exigen con buen derecho que el efecto, contenido de alguna manera en la causa, haya sido *previsto,* por lo menos confusamente, por el agente que propone libremente la causa: no se podría en efecto querer en la causa lo que no se prevé en ella de ninguna manera.

Pero, aparte de la previsión del efecto, unos no requieren ninguna otra condición. Otros exigen siempre, y algunos exigen únicamente en ciertos casos, que el agente tenga el deber de no proponer la causa para prevenir el efecto.

De estas tres opiniones ¿cuál es la más probable? La previsión del efecto, que por confesión de todos es una condición necesaria, ¿es condición suficiente?

Hay motivo, al parecer, para distinguir. Si el efecto deriva necesariamente de la causa libremente propuesta, y es *único o subordinado* a otro efecto del que deriva, es querido en la causa por el solo hecho de que está previsto en ella. En los otros casos sólo es querido indirectamente si hay *obligación* de evitar la causa para impedir el efecto. Así un efecto que sale necesariamente de una causa, pero paralelamente a otro efecto del que no proviene, no es, por el mero hecho de estar previsto, estrictamente querido en una causa que el agente está autorizado a proponer. Con mayor razón hay que decir otro tanto de un efecto que, accidentalmente y gracias a las circunstancias, sale de una causa libremente querida, pero paralelamente a otro efecto necesario del que no procede de ningún modo. En estos dos casos el efecto no es estrictamente querido en la causa sino cuando el agente debe, omitiendo la causa, oponerse a la producción del efecto.

Estamos, pues, obligados a hablar separadamente del efecto único; de los efectos subordinados; de los efectos paralelos e independientes uno del otro, pero procedentes de una causa determinada por su naturaleza a producirlos; del efecto debido a las circunstancias y a menudo a la intervención de un agente libre.

1. EFECTO ÚNICO. — No se puede querer libremente en sí misma una *causa de efecto único* que se prevé, sin querer *por lo menos en la causa* este efecto. La previsión del efecto basta para que haya voluntario indirecto en el *sentido estricto.*

Vencido por las importunidades de un cliente que ha resuelto suicidarse, el médico acaba por procurarle, ya preparado, el veneno muy ac-

cuya causa está propuesta por un grave motivo, y por consiguiente se llama, en sentido más amplio, voluntario indirecto.

Si se quieren examinar bien desde este punto de vista los diversos efectos que distinguimos, se comprenderá más fácilmente por qué reservamos el nombre de voluntario indirecto al grado superior en el que el mal efecto es, si no siempre, por lo menos de ordinario, imputable al agente.

tivo que reclama desde hace tiempo. Es manifiesto que quiere, en la causa *por lo menos,* la muerte del paciente. Como el veneno *no puede tener ningún buen efecto,* sino que por naturaleza va a quitar la vida, el práctico no puede querer el don funesto, cuyo destino conoce, sin querer indirecta y virtualmente la terminación fatal. Bromearía si intentara disculparse respondiendo que sólo ha querido librarse de importunidades insoportables (1).

2. EFECTOS SUBORDINADOS. — No es posible, después de previsión de los efectos, querer libremente en sí misma una causa *de efectos subordinados,* es decir, de efectos ligados de tal modo entre sí que el segundo deriva del primero, sin querer por el hecho, *por lo menos indirectamente* y en la causa, todos los efectos. Aquí también la previsión de los efectos basta para constituir el voluntario indirecto estrictamente dicho.

Un malhechor mata de un pistoletazo a un hombre de bien *sabiendo* que es el único sostén de su mujer enferma y de sus hijos de poca edad. Quiere en sí misma, además de la explosión, que es el medio, la muerte del padre, que es a la vez el fin y la causa eficiente. Pero quiere, por lo menos en la causa y virtualmente, los dos efectos subordinados: la extrema miseria de la madre, *que sabe* que es incapaz de un trabajo remunerador, y la extrema miseria de los hijos, que su madre será impotente para alimentar.

3. EFECTOS PARALELOS E INMEDIATOS, *procedentes de la misma naturaleza de la causa.* — Si dos efectos inmediatos e inseparables salen de la misma causa, pero salen *paralelamente,* es decir, sin estar ligados de modo que el primer efecto produzca el segundo y que el segundo derive inevitablemente del primero, puedo *con una condición* querer en la causa uno de los dos efectos, por ejemplo el bueno, y no querer el segundo, por ejemplo el malo. Esta condición *es la que yo esté autorizado* por la moral a proponer libremente la causa *para que* siga el buen efecto, *aunque* resulte el malo.

(1) Para no dar lugar a una *objeción,* algo sutil, el ejemplo que exponemos requiere una *explicación.*

La explicación consiste en distinguir dos cosas: el *veneno,* que a dosis elevada es un tóxico ciertamente mortal, y el *acto* de darlo al cliente, que en sí no es una acción intrínsecamente mala.

El *veneno* es seguramente una causa de efecto único: no puede sino matar. Pero se puede admitir que el *acto* de darlo es una causa de *doble efecto.* El *buen* efecto es el de librar al práctico de importunidades molestas; el *mal* efecto es la muerte del cliente, que se suicidará.

Si se considera la cuestión desde este ángulo, hay que responder que el buen efecto *no compensa* en modo alguno al malo. Obrero de vida y no de muerte, el médico no tiene el *derecho* de librarse *por este medio* de las importunidades de su cliente. Esto basta para que indirectamente quiera la muerte del enfermo, al que, por debilidad de carácter, hace un don homicida. El mal efecto que prevé y que quiere, *por lo menos virtualmente,* le es imputable.

Pero cambiemos el caso. Supongamos circunstancias trágicas y casi inverosímiles. Con un revólver en la mano, el cliente exige con apremio, bajo amenaza de muerte inmediata, el fatal veneno. ¿Condenaríais al médico que no viendo otra alternativa dijera a su cliente: «Cedo a la necesidad, pero vos sois el único responsable de las consecuencias»? Evidentemente, no. El médico *querría* el buen efecto, que es la conservación de su vida, y *permitiría* por una razón, esta vez proporcionada, el mal, imputable en este caso únicamente al cliente.

Así, dos efectos, inmediatos y paralelos, no son necesariamente queridos *uno y otro* en la causa por el único hecho de que proceden de ella y están previstos por el agente. No son queridos *los dos* sino cuando estoy *obligado* a evitar la causa para impedir el mal efecto. Es fácil comprender esto. ¿No es cierto que quiero las cosas tal como las concibo? Si puedo, pues, por la inteligencia considerar uno solo de los efectos, el bueno, y *prescindir del otro,* puedo igualmente, por mi voluntad, no querer en la causa sino uno de los dos efectos, el bueno, para mí o para otro.

Una lámpara no podría, en el estado actual de la industria, encenderse sin producir, en virtud de la combustión, un *doble efecto;* luz y calor. Pero éstos son dos efectos paralelos: la luz no procede del calor, ni el calor procede de la luz, y así, al encender la lámpara, puedo querer en la causa, si no directamente, la luz que necesito, y no querer el calor que me incomoda. Además, el ideal del fabricante puede ser, y lo es a menudo, fabricar una lámpara que con el mínimo de calor suministre el máximo de luz.

El cirujano que quiere, a título de causa bienhechora, una operación quirúrgica juzgada necesaria, quiere en la causa, si no en ella misma, la salud que por la extirpación del mal será el fruto. Mas, porque la salud recobrada por esta vía y el dolor son dos efectos paralelos de la misma intervención, puede no querer en la causa y contentarse con *permitir* el dolor que, como la salud, resultará de la operación.

Añadamos sin embargo que gran número de autores tienen por *voluntario en la causa* este efecto (por ejemplo calor o dolor), *por el solo hecho de que está previsto* y proviene de una causa determinada a producirlo (1). Por lo demás, todos conceden que el mal efecto no es *imputable* al agente, si tiene el derecho de proponer la causa (2).

4. EFECTOS PARALELOS QUE NO PROVIENEN AMBOS *de la misma naturaleza de la causa.* — Si uno de los dos efectos surge *inmediatamente* de la causa, como de un origen determinado *pos su naturaleza* a producirlo, mientras que el otro resulta *accidentalmente* de las circunstancias, y a menudo de la intervención de un agente libre, yo no quiero estrictamente en la causa este efecto debido a las circunstancias, únicamente porque lo preveo hasta infaliblemente. En realidad, no lo quiero en la causa *sino con una nueva condición*: si algún precepto legítimo me obliga a no proponer la causa para impedir que las circunstancias den origen al mal efecto. Transgredir el precepto, y, a pesar de la prohibición, proponer libremente la causa que debe ser evitada para que el efecto malo no surja, es *querer virtualmente* este efecto, por accidental que sea. En esto no suele haber desacuerdo entre los moralistas: muy pocos se contentan con exigir que el efecto sea previsto (3).

(1) Suárez: *De voluntario,* disp. 1, s. 4, núms. 5 y sig.; Chr. Pesc., *De act. hum.,* núms. 552 y sig. — Por lo menos *es más bien permitida* que *querido virtualmente* en la *causa.*

(2) Suárez: *De voluntario,* disp. 1, s. 4, núm. 9.

(3) Aertnys, I, núm. 42, *quares* 3.°.

Llegado al término de su viaje, un viajero que ha alquilado un carruaje y conoce el carácter irascible de su cochero, le da el precio justo y hasta algo más. Hecho esto se abstiene de cualquier otra generosidad, aunque prevé seguramente por parte de aquel hombre muy ávido de ganancias una escena de cóleras y virulentas invectivas en un vocabulario muy abundante. Aquí la misma causa, el precio justo, produce por su naturaleza un *efecto bueno,* que es satisfacer plenamente la justicia, y, debido a la malicia humana, un *efecto malo,* que es el de excitar la bilis de un hombre más preocupado de sus intereses que del límite de sus derechos. El viajero puede *querer* en la causa el buen efecto, y simplemente *permitir,* sin quererlo en la causa, el efecto malo, que no está obligado en modo alguno a impedir doblando para ello el justo precio (1).

§ 2. — Imputabilidad a falta

373. Triple cuestión. — Acabamos de estudiar el voluntario: el voluntario directo, el voluntario indirecto. Pero principalmente por su consecuencia, la *imputabilidad,* interesa el voluntario, sea cual fuere, al moralista, y asimismo a toda persona deseosa de conocer del mejor modo posible sus deberes. Hay, pues, utilidad práctica en investigar en qué medida y sobre todo en qué condiciones el acto malo o el mal efecto es IMPUTABLE: *primero,* al agente que lo quiere libremente en sí mismo, como fin o como medio; *luego,* al que, previendo el mal efecto, quiere únicamente la causa de la que derivará este efecto; *por último,* al que por vía de cooperación toma parte en el acto malo o en el efecto malo.

De estas tres cuestiones, la *primera* no ofrece ninguna dificultad; pero la *segunda* y la *tercera* son más complejas. Para preparar su solución basta dar la definición y señalar el común fundamento de estas dos nociones correlativas que son la imputabilidad y la responsabilidad.

1. IMPUTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD. — La imputabilidad y la responsabilidad son las dos caras, los dos aspectos, y, por decirlo así, la cara y cruz de la misma realidad moral. Son los dos términos de la relación que se establece entre la persona humana, que obra como dueña de su libre actividad, y el acto o el efecto de que ella es el verdadero autor. El acto o el efecto, en estas condiciones es *imputable* a la persona. Y la persona es *responsable* del acto o del defecto.

1.° *Imputabilidad.* — Propiamente hablando la *imputabilidad* se dice de las acciones libres: de las omisiones libres; de los efectos producidos libremente. Estas acciones, estas omisiones y estos efectos son *imputables* al agente, que, en posesión de su libre albedrío, *podía* y *debía* omitir la acción mala; proponer la acción buena; impedir el efecto malo. Es, como es justo, cuestión de un agente al que no le ha faltado ni la plena advertencia ni el conocimiento, por lo menos confuso, de la moralidad, ni el perfecto consentimiento.

Estamos, pues, obligados a ver en la imputabilidad una propiedad del acto libremente realizado u omitido, una propiedad inherente al acto libre e inherente igualmente al efecto que emana de este acto. Es la propiedad que permite y hasta obliga a *atribuir* a su autor el acto malo libremente propuesto por él, e igualmente el mal efecto que resulta de ello y debiera ser evitado. El dueño del acto y del efecto pueden y deben ser *imputados* el acto y el efecto.

2.° *Responsabilidad.* — La responsabilidad, que es como el reverso de la imputabilidad, se dice de las *personas.* Una persona es responsable de todo lo que le es imputable, es decir, de sus acciones libres, de sus omisiones libres, hasta de los efectos malos que, previstos en la causa, *podían* y *debían* ser impedidos.

La responsabilidad moral es, pues, esta necesidad ineludible en que se encuentra todo hombre de reconocerse el autor de sus actos libres, de llevar su peso, de sufrir sus consecuencias, en una palabra, de responder de ellos ante Dios y ante su conciencia.

2. FUNDAMENTO COMÚN. — Algunos moralistas ven en la *moralidad* de los actos el fundamento común de la imputabilidad y de la responsabilidad. Es una visión inexacta, o por lo menos incompleta. El verdadero fundamento de la imputabilidad y de la responsabilidad es la *libertad,* única que constituye al agente autor y dueño de sus actos; que no puede ser minorada sin disminuir la responsabilidad; y que en cambio no podría ser perfeccionada sin aumentar la imputabilidad, sea en mérito, sea en falta y en demérito. Sólo que para decidir si tal o cual omisión, si tal o cual efecto *querido únicamente en la causa,* me es o no me es imputable, necesito, naturalmente, examinar las condiciones de la moralidad; necesito investigar si debía yo proponer el acto que ha sido omitido; si debía, para prevenir el efecto malo, oponerme al nacimiento o al mantenimiento de la causa.

Estamos ahora en disposición de investigar en qué condiciones es imputable el voluntario directo; el voluntario indirecto; la cooperación.

374. I. Imputabilidad del voluntario directo. — La imputabilidad del *voluntario directo,* es decir, de lo que quiero *como fin o como medio,* es en moral una cuestión que no suscita ninguna dificultad seria. Cuanto más, habría que señalar DOS PUNTOS. *Primero,* el bien y el mal no me son imputables con el mismo título y, por lo tanto, con las mismas condiciones. *En segundo lugar,* si toda ley que prescribe el bien, y es por esto afirmativa, da lugar a causas excusantes que autorizan a omitir el bien

(1) Añadamos un ejemplo *en el que la ley de caridad* obligue al agente libre a prevenir, omitiendo la causa, el mal efecto, aunque este mal efecto nazca de las circunstancias.

He aquí a una joven nuera en cuya conducta nada hay gravemente reprensible. Pero en sus relaciones con su suegra no muestra toda la deferencia que conviene y no es un modelo de obediencia. Reprendida agriamente por esta suegra, que no es de una ternura exagerada, se rebela y declara netamente que a la próxima refriega de tal género se librará de una vez para siempre de esta vida insoportable: se matará. La suegra comprende muy bien que su nuera no amenaza en vano sino que mantendrá su palabra. En esta circunstancia su deber está claramente trazado: debe abstenerse de toda represión, o poner en ella tanta suavidad que no provoque el mal efecto que prevé.

prescrito, no ocurre así sino con la ley *positiva* (1), que prohibe tal acción, buena en sí o indiferente, y por su prohibición la *hace* mala, por lo menos con la ley natural que prohibe el *mal,* y es, por consiguiente, *negativa.* Nada legitima una acción contraria a la ley moral, intrínsecamente mala, prohibida a causa de su naturaleza. Ni el gran bien que me propongo alcanzar, ni el inconveniente de primer orden que me esfuerzo en evitar, podrían ser excusa. Aclaremos este doble aspecto de la cuestión.

1. DIVERSAS CONDICIONES DE IMPUTABILIDAD. — El bien y el mal morales no me son imputables en las mismas condiciones.

1.° *Imputabilidad del bien moral.* — Mi voluntad sólo podría ser moralmente buena si quiere el bien, *bajo su formalidad* de bien honrado. Por consiguiente el bien que quiero por sí mismo como fin, o en sí mismo como medio, no me es imputable *en alabanza y mérito* más que si mi libre querer tiene por fin la bondad moral.

He ahí un escritor de talento que trata *únicamente* de ganar dinero. Pero, respetuoso con la moral, publica buenas novelas, hasta libros de sana doctrina teórica y práctica. Prevé que sus obras serán semilla de verdad y fermento de sentimientos elevados, de nobles acciones, de generosas resoluciones. Estos felices efectos, que no repudia pero que se abstiene de querer, ¿le son imputables? Hay que responder *negativamente.* Sin duda puede ser que al pensar únicamente en llenar su bolsillo no sea gravemente culpable; pero lo cierto es que se priva de preciosos méritos.

2.° *Imputabilidad del mal moral.* — Mi voluntad no debe contentarse con no querer el mal moral, *bajo su formalidad* de mal. Está obligada a alejarlo eficazmente. Por consiguiente el mal que quiero por sí mismo como fin, o en sí mismo como medio, me es imputado en *falta* y demérito, *aun cuando no lo quiera* bajo su feo aspecto de mal moral, sino únicamente bajo su máscara de bien *útil* o *deleitable;* por la única razón de que me sea origen de provecho o instrumento de voluptuosidad.

Volvamos al mismo ejemplo. Un escritor de mérito sólo tiene por fin la riqueza. Bien persuadido de que el mejor medio de enriquecerse con su pluma es adular a las pasiones, publica malas novelas. No se propone en modo alguno corromper las costumbres, pero no deja de prever, por lo menos confusamente, que sus libros serán una levadura muy activa de representaciones obscenas, de deseos vergonzosos, de acciones inmorales. No se podría, pues, poner en duda que estos funestos resultados le son imputables.

Así el *bien* es imputable a quien le quiere como tal, y el *mal* a quien le busca, cualquiera que sea su disfraz.

2. NINGUNA CAUSA EXCUSANTE. — Distingamos dos clases de malas acciones: las acciones malas por estar prohibidas por una ley *positiva;* y las acciones prohibidas por la ley *natural,* porque son intrínsecamente malas.

(1) Llamamos *positiva* a toda ley que, distinta de la ley *natural,* prescribe o prohibe tal o cual acción.

1.° *Acciones malas por estar prohibidas.* — La ley positiva que *prohibe* tal o cual acción buena en sí, o por lo menos indiferente, y la *hace* mala por su prohibición, no pretende en modo alguno impedir, al prohibirla, la persecución de un mayor bien o el alejamiento eficaz de un grave inconveniente, extrínseco por lo demás a la ley. Si no puedo, pues, observar la ley negativa, o, en otros términos, la ley que *prohibe,* sin quedar reducido a descuidar mis deberes, por ejemplo mis deberes de caridad hacia el prójimo, o también sin sufrir, en mi honor, en mis bienes, en mi salud, un grave perjuicio, estoy plenamente autorizado, por el mismo legislador, a proponer el acto prohibido por la ley. Todo católico instruído sabe muy bien que un enfermo, un convaleciente, una persona débil no se halla en la obligación de observar la ley eclesiástica del ayuno que prohibe varias comidas por día.

Sin duda nadie está autorizado a hacer el mal moral aunque de él deriva el bien, hasta honrado. Pero no *es ningún mal* proponer la acción prohibida por una ley positiva, si la prohibición no pudiera observarse sin detrimento de un mayor bien.

2.° *Acciones prohibidas porque son malas.* — Hablábamos ahora de una acción buena en sí misma, o por lo menos indiferente; *hecha* mala por la prohibición de la ley positiva; *vuelta a ser* lo que era, buena o indiferente, por la causa excusante, que, con el pleno consentimiento del legislador, levanta la prohibición. Pero si se trata de una acción *prohibida por mala* encontramos todo lo contrario. La acción es mala intrínsecamente por su naturaleza, por su relación con el orden esencial de las cosas y con el fin último. Por consiguiente, sean cuales fueren las circunstancias, sigue siendo lo que es: fundamentalmente mala. Ningún bien en el horizonte, ningún inconveniente en perspectiva; en una palabra, ninguna causa excusante podría conferirle la bondad moral que le falta. Aquí es donde se aplican muy legítimamente estos dos principios, idénticos en realidad: no hay que hacer el mal para que llegue el bien; el fin no justifica los medios.

En el orden actual de la Providencia, aparte de las excepciones (1) que tendremos ocasión de señalar, el asesinato de un inocente es, por ley natural, una acción estrictamente prohibida porque es intrínsecamente mala. Si tal es la *naturaleza* de la acción, nada podría lavarla de su suciedad moral. Buscar causas excusantes es perder el tiempo, y los razonamientos tal vez sutiles proscriben la razón.

374. II. Imputabilidad a falta del voluntario directo. — Llegamos a una cuestión que tiene la desventaja de ser algo compleja y la gran ventaja de ser de importancia soberana. Para tratarla con toda la claridad posible, la consideraremos en su *doble aspecto.* Investigaremos en qué condiciones un mal efecto querido *únicamente* en la causa, y en

(1) En realidad sólo hay una excepción *fuera de toda duda:* el caso de guerra justa. Los soldados de los dos ejércitos tienen en el campo de batalla el derecho de matar a los soldados enemigos, aunque fuesen inocentes.

este sentido permitido, es imputable — o, por el contrario, no es imputable, bajo la formalidad de falta moral —, al agente que propone libremente la causa, o, después de haberla propuesto por inadvertencia, la mantiene en plena libertad.

Notemos desde ahora que la segunda cuestión es la prolongación y el complemento de la primera. En la *primera* establecemos que el mal efecto es *imputable* al agente libre siempre que, previéndole, *puede* y *debe* omitir la causa para que no se produzca el resultado malo. Falta explicar en qué circunstancias el mismo agente libre *no debe* omitir la causa, sino que *está autorizado* por la moral a proponerla aunque vea desde el primer momento que de ella ha de resultar el mal efecto. La solución de esta *segunda* cuestión nos la suministra un principio que hemos enunciado ya, pero sin darle su pleno desarrollo. Con el nombre de *principio de doble efecto* rige, si no toda la moral, por lo menos una parte notable de su dominio.

A. CONDICIONES DE LA IMPUTABILIDAD A FALTA. — El mal efecto, querido *únicamente* en la causa, y, por consiguiente, en alguna acción o alguna omisión, sin ser, por lo menos formalmente, buscado en sí mismo, es, a título de falta, imputable al agente libre que realiza estas tres condiciones: *prevé,* por lo menos confusamente, el mal efecto que, cierta o probablemente, saldrá de la causa; *puede,* física y moralmente, impedirlo absteniéndose de proponer la causa, o, después de haberla propuesto, suprimiéndola; *debe* estrictamente, con miras a prevenir el mal efecto, que no tiene el derecho de permitir, abstenerse de proponer la causa, o, si ella ha sido propuesta, apartarla, y, si es impotente para suprimirla, oponerle una causa antagonista propia para paralizar su mala influencia (1).

Vése sin trabajo que estas *tres condiciones* son requeridas. La *primera,* que es la *previsión* cierta o probable del mal efecto, es necesaria para que la *advertencia* indispensable no haga falta. Nadie es responsable de lo que no prevé de ningún modo. Y la embriaguez no es imputable a Noé, que ignoraba la virtud maligna del zumo de uvas.

La *segunda* condición, que es el poder, físico y moral, de impedir el mal efecto, es exigida con buen derecho. Si falta el poder *físico,* no hay ejercicio del libre albedrío. Si a causa del grave inconveniente que amenaza, el poder *moral* del agente no existe, hay un justo motivo para permitir el mal efecto.

Finalmente la *tercera* condición, que es la obligación de omitir la causa, y precisamente omitirla para que no se produzca el mal efecto, se justifica plenamente por su enunciado. Si no estoy obligado a omitir la causa para prevenir el mal efecto, uso de mi derecho al proponerla y permitir el mal resultado. Si, por el contrario, propongo libremente una causa, que tengo el estricto deber de no proponer *para que* el mal efecto no se produzca, soy responsable de este mal efecto que quiero virtualmente.

(1) D. M. Prümmer hace notar, con derecho, que la *primera* y la *segunda* de estas tres condiciones no son particulares al voluntario indirecto, sino que se *aplican* a todo acto propuesto por el hombre. Nadie es responsable de los malos efectos que no ha previsto o no ha podido impedir (*T. M.*, I, núm. 62).

La *conclusión* se impone. Para que yo no esté rigurosamente *obligado* a impedir el mal efecto, es necesario, *por lo menos de ordinario,* que este mal efecto, previsto por mí y sometido a mi libre albedrío, sea suficientemente compensado por el buen efecto que, como el malo, resultará de la causa.

Así, esto nos lleva, para enunciar las condiciones de la *no imputabilidad,* a formular el principio del doble efecto.

B. CONDICIONES DE LA NO IMPUTABILIDAD A FALTA. — Enunciado en toda su amplitud, el principio del doble efecto basta para ilustrar, sin descuidar los matices, las condiciones a las que está subordinado el *derecho* de proponer la causa de un mal efecto (1).

Es lícito proponer, a manera de causa:

1. Una *acción* en sí (y por lo tanto prescindiendo del mal efecto) moralmente buena, o cuando menos moralmente indiferente (2), de la que, según las previsiones, derivará un doble efecto paraledo, es decir:

2. *Un buen efecto,* realmente bueno no solamente respecto a los intereses particulares, sino también teniendo en cuenta los intereses generales de la sociedad humana; querido formalmente por el agente; *bastante inmediato* para no resultar mal efecto, aunque pueda serle posterior en el tiempo.

3. *Luego un mal efecto,* simplemente permitido; y permitido sin ocasionar peligro próximo de aprobación o de consentimiento; efecto que, a menudo probable, puede también ser cierto (3).

4. PERMITIDO POR LO DEMÁS POR UNA JUSTA RAZÓN, y por lo tanto con miras a un buen efecto, o, lo que de ordinario es todo uno, permitido por una razón proporcionada, es decir, por una razón tanto más grave cuando que el agente tiene, por su oficio, una obligación más imperiosa de impedirlo o un derecho menos estricto de proponer la causa; que el efecto previsto es más funesto y más cierto; que la causa productora, acción u omisión, se liga al mal efecto por un lazo más íntimo, o también es más necesario a su producción.

(1) Damos primero un enunciado *sumario,* que ayudará a comprender mejor el enunciado *más completo.*

Reducido a sus términos esenciales, el acto de doble efecto puede *formularse así:*

Una acción buena en sí misma, o por lo menos indiferente, no se vicia a causa de una consecuencia mala no deseada, sino ocasionada por circunstancias inevitables, si el bien previsto, querido y esperado *compensa* al daño resultante del efecto malo, que el agente lamenta no poder impedir (*N. R. T.*, pág. 694, 1933).

Se recuerda el enunciado aun más breve del Dr. R. de Guchteneere. Hay aplicación de «la ley de doble efecto» cuando «un mal físico», o moral, «no querido, ni directamente procurado, es sin embargo tolerado por ser inseparable de un bien positivo que se procura legítimamente alcanzar» (*La limitation des naissances,* pág. 145).

(2) En otros términos: «es necesario que la acción, *tomada aparte de ciertas circunstancias accidentales,* no tenga el efecto malo como resultante natural, o, para emplear la expresión de algunos autores, como «término formal» (*N. R. T.*, pág. 604, 1933).

(3) La causalidad no se hace *directa* por el solo hecho de que el mal efecto sea *cierto.* «La *dirección* de la acción es la que nos debe informar sobre la causalidad directa o indirecta. Ahora bien, la certidumbre o la incertidumbre de un efecto o de un resultado no modifica esta dirección ni la influye en nada» (*N. R. T.*, pág. 605, 1933).

Así, para que yo pueda, sin cometer una falta, proponer la causa de un mal efecto, aun seguramente previsto, son suficientes *cuatro* condiciones. Basta que proponga una causa, acción u omisión, buena o cuando menos indiferente, de la que procede inmediatamente un doble efecto: uno bueno, formalmente querido; otro malo, simplemente permitido; y permitido por una razón proporcionada, es decir, en la mayoría de los casos, para el buen efecto, verdaderamente apto para compensar el malo (1).

Se ve por consiguiente que la aplicación de este principio es muy delicada. *A veces es difícil* juzgar si la causa, acción u omisión, no es mala por su naturaleza. Y es *más difícil* discernir si el buen efecto es inmediato; y si hay una razón bastante grave para que el agente pueda, en conciencia, permitir el mal efecto.

Pero estas dificultades de aplicación no son insuperables. A menudo una exacta inteligencia, y, en caso necesario, una consideración más atenta de las condiciones requeridas, basta para desvanecer la duda.

Así, para discernir si la acción es buena o por lo menos indiferente, es necesario, como hemos dicho, tomarla *separada del efecto malo* que surgirá y será tal vez inevitable. «Hacer de este efecto un elemento de apreciación *para la acción* misma, sería olvidar la cuestión, que es la de saber si, *a causa de este efecto o de esta consecuencia,* no se hará moralmente mala», *a falta de otras condiciones,* «una acción que sería irreprochable» si no fuera su consecuencia enojosa (2).

Para apreciar si el buen efecto es *inmediato,* como debe serlo, basta examinar «si el efecto malo no ha servido de *medio* para obtenerlo» (3).

Finalmente, para decidir si hay o no una *razón proporcionada* para no impedir, y en este sentido para permitir, el efecto enojoso, basta, por lo menos en la mayoría de los casos, ver si en resumidas cuentas el buen efecto *compensa* el malo.

375. III. Cooperación a una mala acción. — El término de cooperación, como muchos otros, se toma en un *doble concepto:* uno más amplio y otro menos extenso. *En el sentido amplio,* designa todo concurso prestado a otro: que este concurso sea físico o moral; que sea por acción, y por tanto positivo, o por omisión, y por tanto negativo; en fin, que este otro esté ya o no esté todavía determinado a obrar. *En sentido estricto* significa un concurso, positivo y físico, a la mala acción que otro está ya resuelto a proponer como principal agente.

(1) Legitimando por el principio del doble efecto la muerte violenta de un injusto agresor, Santo Tomás establece de la manera siguiente lo bien fundado de este principio.

«Nada impide que un mismo acto tenga *dos efectos,* de los cuales uno solamente es querido y el otro fuera la intención. Ahora bien, los actos morales reciben su especie de *lo que es querido* o de lo que está en la intención; y no de lo que está fuera de la intención: pues esto es accidental o de ocasión y a un lado» (2.ª, 2.ae q. 64, art. 7. traducción del R. P. Pègues; *N. R. T.,* págs. 604 y 611, 1933).

(2) A. Vermeersch en *N. R. T.,* pág. 694, 1933.

(3) *Ibid.,* pág. 612.

Aquí, sin excluir la cooperación en sentido amplio, nos referimos más especialmente a la cooperación en sentido restringido.

Respecto a la cooperación así entendida, surgen naturalmente *dos cuestiones:* El que coopera a la mala acción de otro ¿debe tenerse por responsable de su cooperación, o puede descargar toda su responsabilidad sobre el individuo, institución o administración que reclama su concurso? He aquí la *primera* cuestión.

Si se declara responsable de sus hechos y gestos a quien coopere a una mala acción, se presenta una *segunda* cuestión y exige una solución. ¿En qué condiciones esta cooperación no le es imputable a falta, sino que se encuentra justificada del todo por una causa plenamente excusante?

Para resolver la *primera* cuestión basta apelar al buen sentido; para responder a la *segunda,* algo más compleja, hay que apelar al principio del doble efecto.

1. El hecho de la responsabilidad. — Desde el momento en que un hombre es responsable, ante Dios y ante su conciencia, de *todas* sus acciones libres, no puede, sin grave error, crerse al abrigo de toda responsabilidad sólo porque ejecuta una orden o se presta a un concurso requerido. Tenerse por irresponsable en estas circunstancias es dejar su libertad en manos de otro y reducirse al papel de mero instrumento, lo que es a la vez contrario a la dignidad humana y a la voluntad divina.

La *conclusión* es, pues, que un hombre preocupado de sus deberes no podría cooperar con otro sin haber examinado previamente si el acto para el cual se reclaman sus servicios es o no lícito. Debemos por consiguiente investigar en qué casos, y, lo que es lo mismo, *en qué condiciones* un hombre honrado puede, sin falta moral, concurrir a una mala acción. Es la segunda cuestión.

2. Condiciones requeridas. — Para emplear los términos técnicos, que una buena definición hará inteligibles, digamos que la cooperación puede ser formal o material; material e inmediata; material y mediata. Aparte de *algunas* cuestiones de justicia que no es oportuno tratar aquí, esta última cooperación es la única lícita en ciertas condiciones.

1.° *Cooperación formal.* — Hay cooperación *formal* a una mala acción siempre que el cooperador no se contenta con concurrir al acto moralmente reprensible, sino que *asocia su voluntad* a la voluntad del agente principal, ora *explícitamente,* haciendo suya la intención perversa del primer agente, ora *implícitamente,* proponiendo un acto que, por su naturaleza o teniendo en cuenta las circunstancias, está orientado directamente hacia la mala acción y va, por ejemplo, a aprobarla.

Esta sola definición nos demuestra hasta la evidencia que la cooperación formal, explícita o implícita, nunca está permitida. No se podría aplaudir una mala acción sin participar en la malicia del acto.

2.° *Cooperación material inmediata.* — Hay cooperación *material inmediata* si el que coopera toma parte en *la misma acción mala.* Es el caso del amigo que, por debilidad de carácter, ayuda a su amigo a vengarse de una pretendida injuria, y para ello, de concierto con él, da una paliza a un

hombre cuya inocencia reconoce en su interior. Es igualmente el caso del médico que, por espíritu de cuerpo o amor al dinero, ayuda a un cirujano a practicar una operación quirúrgica cuya inmoralidad no ignora.

De nuevo esta sola definición condena sin apelación la cooperación material inmediata. No se puede, sin participar en la misma malicia del acto, tomar parte en una acción intrínsecamente mala, por ejemplo en un asesinato, mutilación o heridas.

Nadie, sin embargo, parece estrictamente obligado a preferir a su propia vida o a la integridad de sus miembros los bienes de fortuna que pertenecen a otro. Por lo menos numerosos moralistas no consideran como intrínsecamente mala la cooperación del servidor que, bajo amenaza de muerte, auxilia a los ladrones a transportar hasta el automóvil el cofre de su dueño, demasiado pesado para las fuerzas de los asaltantes. Estiman que en una extrema necesidad los bienes de fortuna deben posponerse a este bien de orden superior que es la conservación de una vida humana.

3.° *Cooperación material mediata.* — Hay cooperación *material mediata* si el que coopera propone un acto, *bueno en sí, o por lo menos indiferente,* previendo que el agente principal *abusará* de él para cometer su mala acción. Es el caso del fondista que, para no ver saquear su establecimiento, da vinos y licores a soldados ya muy próximos a la borrachera. Sería también el caso del médico que, para substraerse a un perjuicio muy grave, librara al padre de un niño odiosamente tratado por su nodriza un certificado conforme a la verdad, pero previendo con seguridad que el solicitador abusará de él contra la culpable.

Esta cooperación material mediata, *en sí* contraria a la caridad, y por este motivo *en sí* ilícita, se hace lícita siempre que una razón proporcionalmente grave la excusa. La razón, para ser verdaderamente excusante, debe ser proporcionada a la malicia del acto malo que se prevé; a la importancia de la cooperación, es decir, a su proximidad y a su necesidad; a la obligación que incumbe de impedir la falta de otro. Si esta proporción no falta, el principio del *doble efecto* encuentra aquí su legítima aplicación. Hay una acción buena, o cuando menos indiferente, que desempeña el papel de causa. De esta acción deriva un doble efecto: uno bueno, que es el considerado por el cooperador y no proviene del malo; otro reprensible, que es simplemente permitido por el agente secundario, y permitido por un justo motivo. Nada falta para justificar la cooperación.

Apliquemos al asesinato directo y al asesinato indirecto las nociones y los principios que acabamos de establecer.

§ 3. — Asesinato directo o indirecto

Como cualquier otra acción, la de matar a un ser humano puede ser voluntaria *en sí misma* o solamente *en su causa.* Para definir la acción directa o indirectamente mortal nos basta, pues, aplicar (1) al asesinato las

(1) *Llamaremos* sin embargo homicidio *indirecto* a la muerte de un ser humano prevista y *permitida,* por una justa razón, en una causa legítimamente propuesta (véase números **371** y sig.).

nociones que acabamos de exponer sobre el voluntario directo y el voluntario indirecto, etc.

376. I. Asesinato voluntario en sí. — Hay homicidio *voluntario en sí,* y por lo tanto propiamente asesinato, siempre que la muerte de una persona humana, sana o enferma, no desesperada o desesperada, es libremente querida y procurada, ora *como fin* juzgado bueno en sí, ora *como medio* de llegar a un fin cualquiera, aunque fuera como medio de obtener el más deseable y el más importante de los fines.

Nada más claro después de las explicaciones ya dadas, que se resumen en esto: todo lo que es querido *a título de fin,* es querido por sí mismo y en sí mismo; todo lo que es querido *a título de medio,* es querido para el fin, pero en sí mismo y directamente.

El tribunal de Falmouth no juzgó de modo diferente. Recuérdese el juicio, hacia 1884, contra dos marinos ingleses, Dudly y Stevens, quienes, después de haber estado en una barca diecisiete días sin comer y cinco días sin beber, habían estimado su vida de padres de familia más preciosa que la del grumete de diecisiete a dieciocho años de edad, y en consecuencia le habían matado para no morir de inanición. Aunque este asesinato había sido para los dos marineros *el único medio* de no morirse de hambre, fueron declarados culpables de asesinato y condenados a muerte; «pero imploraron la indulgencia del tribunal pretextando la buena fe y la ignorancia» (1).

Conviene únicamente observar que la acción de matar a un ser humano puede ser querida explícita o implícitamente *como medio.* Es querida *explícitamente* en el hecho que acabamos de citar: para salvar su vida, los dos marineros ingleses quisieron la muerte del grumete; esta muerte era directamente el objeto o el término de su intención. Es querida *implícitamente* si el acto exterior, puesto en pleno conocimiento por el agente, tiende *por sí mismo y en primer lugar* a suprimir una vida humana para salvar otra. Como diremos, el cirujano que para salvar la vida de la madre provoca el aborto por un acto positivo, encaminado *en virtud de su naturaleza y en primer lugar* a la expulsión del feto, incapaz de vivir fuera del seno materno, no puede pretender con buen derecho no haber querido sino en la causa, y por una justa razón, la muerte del feto: de buen o mal grado la ha querido a *título de medio.*

377. II. Homicidio voluntario y culpable en la causa. — Si aplicamos al homicidio las condiciones requeridas para que haya voluntario *indirecto* (n. 372 y sig.), llegamos a las conclusiones siguientes:

1. El homicidio *previsto* en una causa libremente propuesta es voluntario y culpable, *por lo menos* indirectamente, siempre que sin ser querido como fin o como medio es el *efecto único* de la causa en cuestión, o *resulta de otro efecto malo,* debido a esta misma causa.

Sin poder criar a su hijo, de seis meses de edad, una mendiga, después de haberle amamantado por última vez, le abandona en un lugar desierto

(1) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* págs. 75 y sig.

en el que no podría ser recogido sino por un *concurso extraordinario* de circunstancias imprevistas. Indirecta y virtualmente quiere la muerte de su hijo, que será el único y casi infalible efecto del abandono en semejante lugar.

Un asesino que dispara contra un padre de familia, y prevé que puede matar del mismo tiro a la madre encinta, que estaba detrás de su marido, y al hijo de tres meses, quiere en la causa, que es el asesinato del padre de familia, la muerte de la madre y del hijo, incapaz de sobrevivir aunque no haya sido atacado directamente.

2. El homicidio *previsto* en una causa encaminada por su naturaleza a un *doble efecto* es igualmente voluntario y culpable en su causa si, paralelamente a un buen efecto, proviene de una causa *que yo debía evitar* para prevenir la supresión de una vida humana.

Dos remedios pueden igualmente, supongámoslo así, salvar a una mujer encinta peligrosamente enferma. Uno de ellos curará a la madre sin arriesgar la vida del hijo. El otro tendrá el doble efecto de salvar a la madre y probablemente de matar al hijo que lleva en su seno. Si el médico prescribe el segundo remedio cuando puede disponer del primero, quiere en la causa la muerte del feto. La moral le ordena en efecto emplear *únicamente* el primer medio de curación.

3. Finalmente el homicidio *previsto* es querido y culpable en la causa libremente propuesta, o libremente mantenida, si procede, paralelamente a un buen efecto, de circunstancias accidentales *que yo debía evitar*, o suprimir, para impedir que se produzca el mal efecto.

Una familia poco acomodada ha confiado un niño de tres meses a una nodriza sana y fuerte que tiene también un hijo, y se contenta con una retribución módica. Pero el médico, que de vez en cuando visita al niño confiado, advierte muy pronto que está insuficientemente alimentado y que perecerá por falta de alimento y de buenos cuidados, antes del momento del destete. Si no denuncia el peligro que prevé y no indica el remedio eficaz, que es el de confiar el niño a una nodriza más fiel, quiere en la causa que deja subsistir, y que tiene el deber de suprimir, la muerte del niño.

Pero conviene *precisar* la moralidad del feticidio querido o simplemente permitido.

ARTICULO II

MORALIDAD DEL ASESINATO DIRECTO

377. I. Principio. — Si se exceptúan *tres* casos: ciertamente el caso de guerra justa o lealmente estimada como tal; ciertamente el caso de condenación a muerte, hecha por la autoridad pública y por ella únicamente, contra un criminal ciertamente culpable; probablemente el caso de legítima defensa contra un injusto agresor que ataca a la vida, a la integridad de los miembros, al pudor, a bienes materiales de gran valor, *nunca* está permitido por la ley moral, *ni siquiera para salvaguardar los más graves intereses*, matar *directamente*, o exponerse a matar directamente, a un ser humano, aunque estuviese destinado a perecer dentro de poco de muerte natural (1). Por consiguiente está *siempre prohibido* querer a título de fin o de medio la muerte de otro, y *nunca* es lícito proponer una acción que tiende por sí misma y ante todo a quitar la vida.

Se ve todo el alcance de este principio en lo que se refiere a las operaciones obstétricas. Si es *cierto* que un hombre nunca puede, sin violar gravemente la ley moral y hacerse culpable de asesinato, matar directamente o exponerse a matar directamente a un ser humano, aunque por las circunstancias estuviese condenado a morir, está *igualmente fuera de duda* que el médico debe prohibirse, sea cual fuere su buena intención, *toda acción directamente mortal para el feto*. El feto es ciertamente, al cabo de algún tiempo, y probablemente desde el primer momento de su concepción, un verdadero ser humano, es decir, un ser cuyo cuerpo está unido substancialmente a un alma espiritual, un ser que tiene ya una personalidad distinta de la de su madre, un ser que posee derechos reales, y especialmente el derecho de no ser privado de vida por un acto directamente homicida (2).

Importa, pues, poner de manifiesto el principio; recordar que el mandamiento divino «*No matarás*» comprende cierta o probablemente las tres excepciones señaladas; asegurarse de que no admite ninguna otra excepción; convencerse de que el asesinato directo del feto no entra en ninguno de los tres casos exceptuados, cierta o probablemente, por la ley moral.

(1) Véase. Al admitir, o más bien al no rechazar la teoría de los moralistas que permiten a la víctima de una injusta agresión querer como *medio* de salvar su propia vida, etc., y por lo tanto *directamente*, la muerte del injusto agresor, si esta muerte es necesaria, damos la razón a los numerosos médicos que, considerando al feto como un agresor materialmente injusto, declaran legítima una intervención quirúrgica *directamente* mortal si, desde el punto de vista técnico, es indispensable para la salvación de la madre.

Podríamos apoyarnos en Santo Tomás, quien, reservando a los poderes públicos el derecho de sacrificar *directamente*, para el bien común, una vida humana, es decir, la vida de los malhechores o de los soldados del ejército enemigo, autoriza únicamente a la víctima de una injusta agresión a querer *directamente* su propia defensa, e *indirectamente*, por vía de *permiso*, la muerte de su inicuo agresor, si esta muerte no pudiera evitarse (2.ª, 2.ª, q. 64, a. 7). Es aplicar el principio del *doble efecto*.

Pero en primer lugar queremos ser buenos jugadores. Luego estimamos seriamente probable la opinión de Lugo *(De Just...*, disp. 10, núm. 149), de Molina *(De Just...*, tr. 3., *Disp.* 11), de Ball-Palm. *(Th. M.* II, núm. 883) de L. Wouters *(Th. Mor.* 1, núm. 746), etc., a juicio de los cuales el atacado, por el hecho de que pueda querer *directamente*, como *fin*, su propia defensa, y por esta razón todo acto ordenado a este fin, puede también querer como *medio* todo lo que es indispensable a su salvaguardia, y por tanto, *si es necesario*, la muerte del que ataca injustamente. Finalmente pensamos que aquí es preferible poner únicamente en obra argumentos *ciertos*, y por consiguiente negar simplemente, con Pío XI *(Casti connubii)*, que el feto sea un injusto agresor.

(2) Asimismo, puesto que el feto es *probablemente* un ser humano, me está prohibida toda acción directamente mortal. Una simple *duda de hecho* no cambia en nada la obligación que me incumbe de no *exponerme* a cometer un homicidio. El cazador que se pregunta si lo que se mueve a lo lejos es una liebre o un hombre, no tiene en modo alguno el derecho a disparar (Gén-Salsm. I. edit. XII, núm. 377, nota 2).

378. II. Explicación. — 1. TRES EXCEPCIONES. — Dios, que es el único dueño de la vida y de la muerte, ha exceptuado de la prohibición «No matarás» *tres casos,* a saber, los de guerra, justicia criminal y legítima defensa.

1.° *Guerra justa.* — La autoridad pública está, en toda sociedad civil, investida del *derecho de guerra,* sin el cual un Estado independiente no podría subsistir ni hacerse respetar: falto de tribunal superior, al que pueda recurrir siempre y con toda seguridad, no podría, sin el derecho de la guerra, protegerse eficazmente contra las incursiones de los otros Estados, u obtener, si fuera necesaria, la justa reparación de injurias muy graves.

2.° *Justicia criminal.* — La autoridad pública tiene además el derecho de infligir a los culpables todas las penas que son necesarias para garantizar la seguridad de los ciudadanos y mantener el orden de la sociedad. Esto es decir que la *pena de muerte* no está exceptuada: hay malhechores a los que únicamente la pena de muerte puede impedir la comisión de hechos execrables, como el asesinato.

Así la ley moral confiere a la autoridad pública el doble derecho de guerra y de justicia criminal, incluso la pena de muerte, *porque* este doble derecho es necesario para la conservación de la sociedad civil, fuera de la cual el hombre no puede expansionar plenamente sus facultades, y que por este motivo es querida de Dios.

3.° *Legítima defensa.* — Por el mismo hecho de que la ley natural da a cada individuo el derecho absoluto de vivir, y quiere eficazmente la seguridad pública, permite a todo particular, actualmente atacado, *defenderse contra una agresión injusta,* defender a los demás, poner en obra para este fin los medios adaptados al objeto, y por consiguiente matar, *si es necesario,* al injusto agresor, aunque fuera, como lo es un loco, inconsciente de sus actos (1).

Lo que está permitido a los particulares no está prohibido al Gobierno. Puede ordenar al ejército regular disparar sobre los insurgentes que *presentemente* perturban la paz pública, aunque para procurarse una barrera pusieran a la cabeza de sus filas todo un grupo compacto de mujeres y niños. Si con los culpables, directamente asestados, perecen algunos inocentes, su muerte no será directamente voluntaria (2).

2. NINGUNA OTRA EXCEPCIÓN. — El Soberano Dueño de la vida y de la muerte *sólo ha exceptuado* estos tres casos.

Igualmente, las razones que motivan estas tres excepciones nos demuestran hasta la evidencia que no hay otras. El hombre puede querer directamente en tres circunstancias la muerte de su semejante, aunque todo ser humano tenga el derecho a vivir, *porque* en estas tres circunstancias está en la necesidad de oponerse *por la fuerza a violencias injustas,*

(1) La controversia entre moralistas recae únicamente sobre este punto preciso: ¿se permite al atacado querer *directamente,* y por lo tanto como *medio* de defensa, la muerte de su injusto agresor? Véase nota del núm. **377.**

(2) Lugo: *De Justitia...,* disp. 10, s. 5, núm. 124.

que atacan a su misma existencia o a bienes igualmente preciosos y que no podrían ser rechazadas eficazmente por otro medio. Pero *aparte* de estas tres circunstancias, que constituyen tres excepciones bien definidas, *no existe motivo semejante.*

Por consiguiente *nunca* se puede matar directamente a un inocente *que no se hace culpable, formal o materialmente, de injusticia alguna.*

1.° *No puede hacerse* para salvaguardar *los más graves intereses*: el fin no justifica los medios, y nada legitima lo que es *intrínsecamente malo.*

Por lo demás, la falsedad de las consecuencias, falsedad que salta a la vista de todos, demuestra a los menos clarividentes la de esta máxima: la muerte de un *inocente* se hace lícita, si es el *único* medio de salvaguardar los más graves intereses. En tal caso «los náufragos escasos de víveres tendrán el derecho de matar al más débil entre ellos para alimentarse. Tampoco se condenará al padre que, viajando en trineo con su familia, y viéndose perseguido por una banda de lobos, les arroja como pasto sus cinco hijos, uno tras otro, para salvarse a sí mismo y a su mujer. Habrá que excusar igualmente todos los abortos en los que los padres encuentren alguna ventaja seria. Del aborto practicado para salvar la vida de la madre se pasará sin trabajo al aborto exigido por una mujer o una joven, hasta entonces estimables, para salvarse del deshonor de un embarazo ilegítimo: en efecto, «la conciencia del género humano» ¿no dirá al médico que el honor vale más que la vida de la madre, y debe, con tanta mayor razón, ser preferido a la existencia del feto? Finalmente, ¿cómo evitará el médico convertirse en cómplice de padres deseosos de librarse de las cargas de una posteridad demasiado numerosa?» (1).

Si no hay nadie que consienta en caer en semejantes errores, es preciso negar siempre que la necesidad de salvaguardar intereses muy graves haga lícito el asesinato de un inocente, exento de toda injusticia, incluso material.

2.° *Es preciso negar igualmente* que este asesinato llegue a ser permitido porque es el único medio de salvar *por lo menos una vida,* la más preciosa, de dos *condenadas de otro modo* a extinguirse.

Jamás autoriza el derecho natural a salvar una vida humana, aunque fuera del máximo valor, por el asesinato *directo* y positivo de un inocente, *aun destinado a una muerte próxima e inevitable.* Se ve por consiguiente que en las siguientes líneas el Dr. Pinard supone precisamente lo que está en cuestión: «Para muchas personas — dice — el aborto provocado significa destrucción, sacrificio del feto. Nunca protestaré demasiado contra esta manera de interpretar tal acción. El tocólogo no sacrifica al feto y salva a la madre. No sacrifica al feto, puesto que sin su intervención éste se halla *fatalmente* condenado por la muerte de la madre. Salva a la madre, puesto que si no interviene mueren tanto el *feto como la madre.* Cuando digo: salva a la madre, digo mal, pues a veces fracasa» (2).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 200.

(2) Citado por Moureau y Lavrand, pág. 202.

Este razonamiento está desprovisto de todo valor: la moral prohibe suprimir *directamente* a una persona humana, que, *sin lesionar derecho alguno,* pone en peligro de muerte cierta a otra persona, a la que no puede sobrevivir.

Que no se diga: «*cuando hay colisión de derechos, prevalece el más fuerte*». No prevalece *legítimamente* sino cuando puede prevalecer sin recurrir a un medio intrínsecamente malo. Igualmente, sólo hay colisión *real* de derechos cuando los dos recaen *sobre el mismo objeto,* como el derecho de dos náufragos que se han apoderado al propio tiempo del mismo madero, incapaz de sostener a ambos. Este no es el caso: la madre tiene derecho a *su* vida, y el feto a *la suya.* Por último, el derecho de la madre no es el más fuerte: todos los seres tienen un *derecho igual* a la vida (1).

Cualquiera que sea el lado por el que se considere la cuestión, no se puede por consiguiente matar directamente a un inocente para salvar una vida humana muy preciosa.

3.° *El consentimiento formal* del interesado no haría lícita una acción plenamente mortal: no siendo dueño de su vida, no puede, en este punto, dar un consentimiento válido. Por esto no podría legitimarse el aborto diciendo que el feto, si pudiera ser consultado, renunciaría, para salvar a su madre, a una vida destinada en todos los casos a extinguirse rápidamente (2).

3. La muerte del feto no entra *en ninguna de las tres excepciones* que admite la moral. — Se ha pretendido vanamente hacer entrar en una de las tres excepciones admitidas por la ley natural la muerte *directa* del feto.

1.° *Guerra.* — Sería pueril asociar el feto con un *enemigo* que ha declarado la guerra injustamente y ha invadido sin ningún derecho el territorio de su vecino. No sé que se haya intentado nunca tal semejanza.

2.° *Justicia.* — Pero se ha pretendido que el acto de matar directamente al feto para salvar a la madre es un «*acto de utilidad pública*», cumplido en virtud de una sentencia casi judicial. Es el argumento del Dr. Cazeaux. «Estos médicos ilustrados llamados cerca del enfermo, esta familia cuyos más claros afectos están en litigio, *¿no constituyen un tribunal* cuyas decisiones tienen derecho al respeto de todos? ¿Es su *magistratura* menos santa y no tiene su decisión todos los caracteres de un *acto de utilidad pública?*» (3).

Si existiera aquí un tribunal verdadero, lo que no ocurre, un tribunal constituído por la autoridad civil, lo que ocurre menos todavía, tribunal imparcial y sereno, lo que no podría ocurrir, no *tendría el derecho* de emitir una sentencia de muerte, en provecho sin duda de un inocente, pero *contra otro inocente:* los tribunales erigidos por la sociedad civil, y sólo por ella, pueden en ciertos casos aplicar la pena de muerte, pero conforme a las leyes, y, por tanto, a los *grandes criminales.*

3.° *Agresión injusta.* — El argumento al que se recurre con preterencia es el de que el feto es un *agresor injusto.* Por su presencia en el útero, o fuera de él, amenaza injustamente la vida de su madre, que se halla por lo mismo en el caso de legítima defensa.

Ya en el siglo XVIII, Th. Raynaud, que escribió nada menos que noventa y tres obras en veinte volúmenes infolio, invocaba esta razón (1). Asimilaba al feto con un pobre loco que, cuchillo en mano, se lanza sobre un individuo cuerdo. Pero prefería compararlo con un niño pequeño bautizado que, colocado en el centro de un puente muy estrecho, se opone, con su sola presencia, al paso de un caballero perseguido muy de cerca por un enemigo victorioso, y que no tiene, aparte de esta mala pasarela, ninguna vía de salvación, ningún medio de escapar a una muerte cierta. Si el individuo cuerdo puede, sin injusticia, matar directamente al loco que amenaza su vida, y si el caballero puede, en buena moral, precipitarse con toda rapidez por el estrecho paso, *con gran riesgo* de aplastar al niño inocente o de arrojarle al río, la madre tiene también, por derecho natural, libertad completa para quitar al pequeño ser humano que la pone en peligro de muerte próxima y segura una existencia precaria y condenada de antemano (2).

Se ha respondido desde hace mucho tiempo que una agresión injusta supone un acto positivo dirigido contra alguien, puesto que es una *agresión,* y, dado que es una agresión *injusta,* un acto que el agente no tiene el derecho de cometer. No encontramos en este caso nada semejante: sólo por su presencia crea el niño un peligro para la vida de su madre; lejos de cometer una injusticia, aun inconscientemente, se desarrolla, después de haber sido extraño a su concepción, en el lugar y de la manera que le asignan las leyes de la naturalza. Si por consiguiente «no sale por un instante de la esfera de sus derechos, si su actitud respecto a su madre no tiene en absoluto los caracteres de una agresión injusta, si el mal que constituye es un mal de fuerza mayor, y si, como hecho material, este mal deriva de la madre misma, no puede sostenerse que, al rechazarlo por un feticidio, la madre reúna las condiciones requeridas por la legítima defensa» (3).

(1) Eschbach: *Disp.,* págs. 428 y sig. — No se puede decir, pues, con el prof. Fochier: entre un *ser por venir,* el feto, y un ser *en plena vida,* la madre, no hay que vacilar. Si la muerte de uno de los dos es necesaria, el feto es el que debe perecer (citado por el Dr. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 11).

(2) Moureau y Lavrand, págs. 201 y sig.

(3) Citado por Moureau, pág. 198: véase también otro argumento del mismo autor en el Dr. Vincent: *La médecine,* pág. 352.

(1) Según Moreri, «no ha habido en todo el siglo XVIII autor que haya tratado más materias diferentes, *ni tan singulares ni tan singularmente*». Se puede juzgar de ello por sus siete discursos «sobre la O considerada como letra, como nombre, como cero, como verbo, como abverbio, como interjección, como símbolo» (Eschbach, pág. 437).

(2) A. Eschbach, págs. 421 y sig. — Para estar en lo cierto no hay que hablar del *gran riesgo* para el niño. De ordinario no hay en este caso certidumbre ni probabilidad serias. Todo se reduce a una lejana posibilidad. El caballo que encuentra en su camino a un cuerpo humano, se aparta a un lado.

(3) Dr. Hubert. Citado en Eschbach, págs. 424 y sig. «Es absólutamente vano alegar el derecho de defenderse hasta la sangre contra un injusto agresor. ¿Quién podría dar el nombre de injusto agresor a un hijo inocente?» *(Casti connubii; Le mariage d'après l'Encyclique...,* pág. 177).

«Y ciertamente, *si fuera preciso ver* aquí a un agresor injusto», *que no existe,* «éste sería más bien la madre, cuya enfermedad o conformación viciosa ponen a menudo obstáculos a la vida o al nacimiento del feto, y esto sería tanto más legítimo cuanto que, en la mayoría de los casos, la madre ha concebido libremente...» (1).

Por consiguiente, los *dos ejemplos* que aporta Th. Raynaud no establecen ni confirman su tesis. Más bien demuestran su debilidad.

Entre el loco furioso que se esfuerza en asestarme un golpe mortal y la débil y pequeña criatura que pone en peligro la vida de la madre, no hay más que un rasgo de semejanza: es la inconsciencia absoluta y por ende la irresponsabilidad. Pero el loco furioso realiza un acto positivo, que es una violación de mis derechos; él es, aunque sin falta moral y materialmente, un injusto agresor contra el que puedo defenderme y al que, según ciertos moralistas, estuy autorizado a matar directamente, si su pérdida es necesaria para mi salvación.

El caballero que, perseguido de cerca por el enemigo, pasa a gran velocidad por un puente muy estrecho, con peligro, o mejor, posibilidad de aplastar a un niño pequeño, comete, por una razón urgente, un acto *de doble efecto* inmediato y paralelo: *uno bueno,* que no sale del otro efecto; *otro malo,* que no es, con relación al efecto bueno, ni causa ni medio. La ley moral le autoriza, pues, a querer el buen efecto, que es el de escapar a la muerte, y a permitir el malo, que es un homicidio, con tal que no quiera en manera alguna este efecto malo, *por lo demás incierto,* y se esfuerce tanto como le sea posible en evitarlo (2). Pero si a la vista del niño el caballo se encabritara y se negara a avanzar, no tendría derecho, para asegurarse un paso libre, a coger al niño y a arrojarle al río: esto sería querer directamente la muerte de un inocente, lo que está siempre prohibido.

El artículo III hará comprender mejor lo bien fundado de esta respuesta. Si la *conclusión* del presente artículo es que *toda* acción *directamente* asesina del feto es reprobada por la ley moral, la conclusión del artículo siguiente será que una acción *indirectamente* mortal es perfectamente lícita en ciertas condiciones.

ARTICULO III

MORALIDAD DEL FETICIDIO INDIRECTO

379. I. Principio. — A falta de otros medios inofensivos o menos peligrosos, la ley natural no prohibe al médico prescribir, puesto que es necesaria, o practicar, puesto que es indispensable, una operación que tiende *directamente,* es decir, por su naturaleza y en sentido recto, a salvar a una mujer encinta, afecta de una enfermedad mortal, o por lo menos muy grave, pero que amenaza, con más o menos probabilidad, y tal vez hasta con seguridad, matar *indirectamente* al feto o provocar el aborto. En tales circunstancias puede emplear este remedio o practicar esta operación, que procurará por sí misma, y no por la muerte del hijo o por el aborto, la salvación de la madre. Sin embargo está obligado a no querer, aunque fuera a título de medio, sino solamente a *permitir* la muerte del feto; y por lo tanto a evitar, en cuanto entre en sus facultades el evitarla, esta muerte que no quiere.

(1) Moureau y Lavrand: págs. 203 y sig.

(2) Suponiendo que sea imposible al caballero no aplastar al niño, D. M. Prümmer sólo le permite el paso si huye de un *injusto agresor* ;*T. M.,* II, núm. 132).

Este principio es admitido por todos los moralistas. «Siempre que la madre se halla en peligro grave — dice Moureau —, el médico puede recurrir, para salvarla, a todos los medios de curación necesarios, aunque fueran peligrosos para el feto, con tal que no sean, por su naturaleza», *directamente* «mortales para él» (1).

A causa de su importancia, vamos, no solamente a *explicar,* sino a *demostrar,* relacionándolo con una verdad más general, este principio tan fecundo en aplicaciones.

380. II. Explicación. — Podemos *reducir a tres* las *condiciones* que exige la moral cuando permite recurrir, a fin de salvar a la madre, a procedimientos peligrosos para el feto. De estas tres condiciones la primera se refiere a la *gravedad* de la enfermedad que padece la madre; la segunda concierne a la *ausencia* de todo remedio, a la vez eficaz e inofensivo; la tercera se relaciona con la *naturaleza,* ora de la intervención que no debe ser *directamente* mortal para el feto, ora de la intención que debe querer únicamente la curación de la madre.

1. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD. — Parece que hay sobre este punto algunas divergencias entre los moralistas más autorizados: unos exigen que la madre se halle en peligro, cierto o probable, de muerte; otros parecen no excluir el caso de enfermedad simplemente grave (2). Acaso haya motivo para *distinguir* varias hipótesis.

1.° Si la intervención, médica o quirúrgica, debe acarrear indirecta pero *fatalmente* o *casi fatalmente* la muerte del feto, no podría ser autorizada sino para librar a la madre de un peligro moralmente cierto de perder la vida. Unicamente este peligro moralmente cierto constituiría en el caso una *razón suficiente* y proporcionada.

2.° Un peligro *probable* de muerte justifica, al parecer, una intervención que *probablemente* implicará para el feto una terminación fatal.

3.° Por último, si la intervención no causa sino *muy raramente* la muerte del feto, la necesidad de librar a la madre de un *grave* peligro la hará lícita (3).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 215.

(2) Lehmk., I, núm. 1.005; en realidad, bajo el nombre de enfermedad grave, entiende una enfermedad capaz de producir la muerte.

(3) Berardi, I, núms. 671 y sig.

Por consiguiente es preciso de ordinario que la madre esté afecta de enfermedad mortal, si bien en ciertos casos puede bastar una enfermedad grave (1).

2. AUSENCIA DE REMEDIOS INOFENSIVOS. — Aquí es imposible la menor vacilación. Es preciso de toda evidencia que no exista *ningún medio* de salvar a la madre sin correr el riesgo de matar al feto: *solamente* a falta de medios inofensivos es lícito emplear en terapéutica o en cirugía procedimientos peligrosos.

3. NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN. — La tercera condición es que la intención del médico y el remedio puesto en práctica (medicamento u operación) no tiendan *directamente* a la muerte del feto. El agente no debe tener por objeto, ni a título de *fin* ni a título de *medio*, la muerte del feto; y el acto propuesto no debe *por su naturaleza* y *primeramente* tener por término esta muerte.

Es necesario, por lo tanto, que la intervención, médica o quirúrgica, tienda por sí misma y *sin intermediario*, si no únicamente, a salvar a la madre del gran peligro en que se halla. Se exige igualmente que el médico no quiera en manera alguna la muerte del feto, y que no descuide para evitarla ninguna precaución.

En resumen, es preciso que los medios «*en la intención del médico y en hecho*» sean «medios de curación, es decir, medios empleados únicamente con miras a curar a la madre y que puedan curarla de *otro modo* que haciéndole abortar o matando al feto aunque estos efectos puedan producirse accidentalmente sin que el médico los haya querido ni procurado» (2).

¿Es absolutamente necesario *añadir una cuarta condición* a las tres expuestas? ¿Es preciso, con Moureau por ejemplo, exigir *siempre y sin excepción* que los medios empleados sean «*simplemente peligrosos*, pero no habitualmente mortales»? (3). ¿Está necesariamente prohibida por el derecho natural una operación que dará indirecta pero *ciertamente* la muerte al feto, incluso si se trata de arrancar a la madre de un peligro inminente y *cierto* de perder la vida?

No es ésta nuestra opinión. Creemos, con los buenos autores, que el cirujano puede practicar una operación indirecta pero *fatalmente* mortal para el feto si la madre se halla en un estado *ciertamente* desesperado (4). El caballero de que hablábamos anteriormente podría, por lo menos en ciertos casos, atravesar la frágil y estrecha pasarela, aunque previera *con seguridad* y muy contra su voluntad la muerte del niño. La *razón última* es que el principio del doble efecto, del que trataremos en el número siguiente, encuentra su aplicación legítima, aun cuando el efecto malo no pudiera ser evitado *en modo alguno*. Así, en una guerra justa,

(1) Dr. Cappellmann-Bergmann, 19.ª edición, págs. 41 y sig.
(2) Moureau y Lavrand, págs. 215 y sig.
(3) *Ibid.*, pág. 216.
(4) Aertnys, núm. 583; Gén.-Salsm., I, núm. 377, III; bis; A. Vermeersch, en *N. R. T.*, pág. 605, 1933.

un jefe de ejército puede ordenar el bombardeo de una ciudad fuerte, aunque le sea *absolutamente imposible* respetar a los habitantes inofensivos. Y si preferís un ejemplo histórico, consignado en el libro I de los Macabeos, cap. VI, vers. 43 y sig., recordad el combate de Eleazar con el elefante, «cubierto con los arneses reales y que sobrepasaba en altura a todos los demás». Imaginando equivocadamente que el rey Antíoco, el gran enemigo del pueblo judío, estaba sobre el elefante, Eleazar corrió valientemente hacia la enorme bestia, se deslizó bajo su vientre y, *muy seguro* de ser aplastado por ella, la mató hundiéndole su espada en el cuerpo. Y no obstante la Biblia le felicita por haberse expuesto a una muerte inevitable, «a fin de liberar a su pueblo y adquirir un nombre inmortal».

381. III. Demostración. — 1. El principio que acabamos de enunciar y de explicar no es en realidad más que la *puesta en práctica* de un principio mucho más general, cuyas consecuencias se extienden a toda la moral. Este principio, de ramificaciones sin número, concierne a causas que nos vemos a menudo en la necesidad de emplear, y que llevan el nombre de *causas de doble efecto*. Estos dos efectos son siempre *paralelos* e independientes uno de otro; pero no son siempre *necesarios*: el efecto malo no proviene siempre de la naturaleza misma de la causa. Igualmente, el principio de doble efecto encuentra su aplicación incluso si el efecto malo proviene de la naturaleza de la causa.

Es posible nuevamente formularlo así: cualquiera que se propone un fin honrado y tiene una razón para obrar proporcionada a la gravedad del mal previsto, puede lícitamente proponer una causa, buena o indiferente, de la que deriva paralelamente un *doble efecto*: uno bueno, que es querido y buscado; otro malo, que es, desde el punto de vista moral, simplemente permitido, y que no es en modo alguno el medio por mediación del cual el buen efecto se origina y da sus frutos.

Es, pues, necesario: 1.º, que el fin sea honrado; 2.º, que la causa sea buena o por lo menos que no sea mala; 3.º, que el buen efecto, único querido, no resulte del malo; 4.º, que el agente tenga una razón para querer la causa, y que esta razón sea proporcionada a la gravedad del mal previsto, sin ser querido ni buscado (1).

2. Ahora bien, estas cuatro condiciones se verifican en el caso particular que nos ocupa.

1.º El *fin* es perfectamente honrado: el médico o el cirujano se propone curar a la madre.

2.º El *medio* empleado para alcanzar este objeto, y por tanto la causa, no es malo en sí mismo. Es un medicamento o una operación *de doble efecto* paralelo: uno, bueno y querido, es la salvación de la madre; el otro, malo y simplemente permitido, es la muerte probable, y, en algunos casos muy raros, cierta del hijo.

(1) Véase antes, núm. 347 B, un enunciado que tiene más exactamente en cuenta los matices.

3.° *El buen efecto no resulta* del malo. Sin duda el remedio o la operación tiende por su naturaleza a salvar a la madre y por contragolpe a matar al hijo. Mas ambos efectos son suficientemente *inmediatos:* la salvación de la madre no proviene ni del aborto, empleado como medio de curación, ni de la muerte del feto.

4.° Por último hay una *razón muy grave* y proporcionada para intentar el remedio peligroso o practicar la operación que, peligrosa, no es directamente mortal para el hijo: es el único medio de salvar a la madre.

ARTICULO IV

MORALIDAD DE LA INTERVENCION NOCIVA

382. Cuestión por resolver. — Nos falta hablar de las operaciones que, sin ser *nunca* directamente mortales para el feto, y aun sin ser *de ordinario* indirectamente mortales, pueden en ciertos casos convertirse en tales, y tienen siempre el grave inconveniente de hacer al hijo mucho más delicado. Como se adivina, la *principal* de estas operaciones, grandemente nocivas a la salud del feto, es el *parto prematuro artificial.* Consiste, a causa de la estrechez de la madre o de una enfermedad que pone sus días en peligro, en provocar, antes del término, es decir, después de veintiocho semanas aproximadamente, o, si se dispone de incubadoras artificiales, después de veintiséis semanas y hasta después de cinco meses de gestación, el parto de la madre, y por tanto el nacimiento de un hijo cierta o probablemente viable (1).

La cuestión que se plantea es la siguiente: ¿esta operación, que no hay que confundir con el aborto, está *aprobada por el derecho natural,* si, a juicio de un médico prudente, es el único o por lo menos el más seguro medio de velar por la salvación ya del hijo, ya de la madre, sin sacrificar al uno o a la otra?.

La procedencia de la dificultad está clara. — En primer lugar la operación es *peligrosa* por las consecuencias que implica: las consecuencias del parto prematuro, sobre todo si es provocado dos o tres meses antes del término, pesan gravemente sobre las criaturas que nacen de tal suerte, sin esperar la hora señalada por la naturaleza. Luego, la intervención amenaza en ciertos casos ser *mortal:* no hay entonces seguridad, sino solamente esperanza fundada, de que el niño podrá, a pesar de su extrema debilidad, vivir fuera del seno materno.

El principio del doble efecto nos da la respuesta a estas dos dificultades, y nos enseña que, *en ciertas condiciones,* la moral autoriza el parto prematuro. Vamos a determinar estas condiciones.

383. Condiciones de licitud. — Las condiciones que aseguran desde el punto de vista moral la licitud del parto prematuro *se reducen a dos.*

(1) Dr. Brouardel: *La respons. médicale,* etc., pág. 196.

La primera condición es que no haya *aborto.* La segunda, es que el parto prematuro esté justficado por una *causa grave y proporcionada.* Igualmente, hay una causa *grave* si no puede esperarse el término sin exponer a la madre o al hijo al peligro de muerte. La causa es *proporcionada* si es tanto más urgente por cuanto más se temen, para la vida o la salud del hijo, las consecuencias de la operación.

I. PRIMERA CONDICIÓN. — Es preciso primero que no haya *aborto,* es decir, expulsión del feto antes de que sea cierta o probablemente viable fuera del seno materno. Demostraremos en el capítulo siguiente que el aborto, querido como *medio* de salvación, es una operación *directamente asesina,* y por lo tanto siempre prohibida por la ley moral.

II. SEGUNDA CONDICIÓN. — Una causa *proporcionalmente grave* es a la vez necesaria y suficiente, haya o no certidumbre moral de conservar la vida del hijo nacido antes de término.

1. *Necesaria.* — Si hay una verdad evidente, es la de que el médico debe emplear los remedios menos peligrosos, por poco que sean igualmente eficaces: *solamente a falta de remedios más seguros* puede recurrir a una intervención peligrosa, que, si no es mortal, tendrá para mucho tiempo consecuencias desfavorables (1).

Por consiguiente el parto prematuro sólo es lícito cuando, en la práctica, constituye el *único,* o por lo menos el *más seguro* medio de salvar a la madre sin sacrificar al hijo, o de salvar al hijo sin perder a la madre. De este modo la *causa grave* que exige el derecho natural se reduce a una *verdadera necesidad* de intervenir antes del fin del embarazo para no exponer a la madre o al hijo al peligro de muerte.

2. *Suficiente, si el hijo es ciertamente viable.* — Si el hijo es ciertamente viable, el parto prematuro está autorizado por la moral, siempre que sea el *medio más seguro* de salvar al hijo y a la madre: en este caso el médico vela *de la mejor manera posible* por la salvación del uno y de la otra.

(1) Dr. G. Clément estima que el cirujano dispone actualmente de «métodos aun más inofensivos», por ejemplo la operación cesárea, que permite aguardar (pág. 85).

Además la buena naturaleza posee recursos que sorprenden al mejor ginecólogo; lo atestigua el hecho siguiente:

«En una época en que la cesárea sólo se practicaba por excepción, una mujer que hasta entonces no había podido llevar un embarazo a término es enviada por su médico al comienzo de otro embarazo, a una clínica universitaria particularmente reputada, donde es examinada con el mayor cuidado y se la hace objeto de discusiones clínicas y de mediciones repetidas y minuciosas; se la despide con la expresa recomendación de que se presente a una fecha determinada para el *parto artificial prematuro,* único medio, se le dice, de tener un hijo vivo. Su médico, que no ha oído hablar más de ella y la cree ya fuera de trance, es llamado con urgencia en plena noche; su cliente, que descuidó acudir a la citación, se encuentra a término y en plenos dolores. Nuestro colega, lleno de vacilaciones y no viendo salida a la situación, puesto que especialistas particularmente calificados han comprobado que el parto es imposible por las vías naturales, trata por lo menos de ganar tiempo antes de abordar el obstáculo y responde que tomará el primer tren de la mañana para ver a la paciente. Ahora bien, a su llegada al pueblo tiene la feliz sorpresa de saber que el parto se ha efectuado de manera espontánea y que el hijo está perfectamente bien» (Doctor G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 31 y sig.).

1.° *Supongamos primero* que el parto prematuro se practica en favor del hijo, que no puede, sin peligro de muerte, esperar en el seno materno el término normal. Es manifiesto que el médico tiene plena libertad para recurrir a este medio de salvación: vale más echar al mundo un hijo débil que dejarle perecer en el seno de la madre.

2.° *La solución no cambia* si la intervención tiene por objeto *auxiliar a la madre* y librarla de un peligro de muerte. Puesto que por el principio del *doble efecto* está permitido, para salvar a la madre, intentar una operación *indirectamente* mortal para el feto, es lícito *con mayor motivo* provocar con el mismo objeto, a pesar de sus consecuencias desfavorables, el parto prematuro, que, por hipótesis, no ocasionará una terminación fatal. Igualmente, si el hijo tuviese uso de razón, estaría obligado por la ley de caridad a sufrir libremente un grave perjuicio para librar a su madre del peligro de la muerte: el médico está, pues, autorizado a no evitarle, para salvar a la madre, este grave perjuicio.

3. *Suficiente si el hijo es probablemente viable.* — Si el hijo sólo es *probablemente* viable fuera del seno materno, es necesario aguardar hasta que lo sea *ciertamente,* siempre que no haya peligro en la demora.

Pero finalmente puede ocurrir que exista para la madre, demasiado estrecha o enferma, un grave peligro en diferir la intervención, lo que será cierto sobre todo si la madre no quiere oír hablar de la operación cesárea ni de cualquier otra operación del mismo género. Al médico sólo le queda, pues, para salvar ciertamente a la madre y probablemente al feto, el recurso del parto prematuro. Estimamos que en este caso hay una *causa proporcionada* que legitima el recursó al parto artificial. No es, en efecto, una operación directamente mortal para el feto, y se encuentra que, en el caso, es el único medio de salvar a la madre y probablemente al hijo. Al practicarlo, el médico auxiliará del mejor modo posible a una y otro (1).

Concluyamos, con el Santo Oficio, que el parto prematuro «no es ilícito en sí, con tal que sea practicado por causa justa en una época y de modo que, si se tiene en cuenta lo que pasa normalmente, permita salvar la vida de la madre y la del hijo» (2).

(1) Gén.-Salsm., I, núm. 378; Aertnys, I, núm. 580.
(2) S. C. S. O., 4 mayo 1898, respuesta a la primera cuestión (Coll. S. C. de F., I., núm. 1.997.

CAPITULO XVIII

CONTINUACION DE LAS OPERACIONES OBSTETRICAS: APLICACIONES

384. Objeto, división, importancia. — Estas tres cuestiones están unidas entre sí por un lazo muy apretado. La primera, relativa al *objeto,* define con toda la precisión posible la materia de nuestro estudio. Del objeto, netamente determinado, deriva espontáneamente, por decirlo así, la *división* del capítulo. Finalmente, lo que expondremos del objeto y de la división muestra hasta la evidencia la *importancia* práctica de nuestras presentes investigaciones. Tienden directamente a aclarar la conciencia del cirujano, y, por consiguiente, a darle esta firmeza inflexible que es a la vez origen de paz muy agradable, de prontitud en la decisión y de tranquila valentía en la ejecución.

1. Objeto. — El objeto, y por tanto el fin de este capítulo, es *aplicar* a las operaciones obstétricas más delicadas, o, si se quiere, a los casos particulares más angustiosos, porque se trata de intereses vitales de dos personas, los principios indiscutibles propuestos en el capítulo precedente sobre la moralidad de las intervenciones médicas, y principalmente quirúrgicas, *directamente* mortales o *indirectamente* mortales del feto contenido en el seno de su madre, y cierta o probablemente vivo.

No hablamos, pues, de las operaciones sobre el embrión o feto *ciertamente privado de vida.* Si el feto está indudablemente muerto en el útero o fuera del útero, el procedimiento quirúrgico, cráneoclasis o aborto, que le tritura la cabeza o le expulsa, nada tiene que ver con la moral. Unicamente el auxilio a la madre, sola en causa, es de todo punto legítimo y obligatorio.

Aquí la única precaución que la ley natural impone al operador es la de asegurarse, antes de intervenir, de que el feto ha cesado realmente de vivir.

Igualmente la preocupación de respetar, cueste lo que cueste, la vida del hijo reserva al cirujano felices sorpresas. Escuchad este relato que tomamos del Dr. G. Clément.

«Recientemente una mujer había sufrido una ampliación artificial de la pelvis; pero el parto no realizaba progreso alguno desde hacía algunas horas. Como el padre y la madre no eran ya jóvenes, y ansiaban tener un hijo vivo, los médicos nada ahorraban para procurarles este gozo.

Sin embargo, aun para oídos jóvenes y exquisitos, desde dos horas antes los latidos del corazón fetal, netamente perceptibles antes, parecían haber desaparecido. La expectativa parecía, pues, prolongarse en pura pérdida: El especialista que presidía este parto, muy preocupado personalmente de no hacer ningún tuerto al producto de la concepción, iba *tuta conscientia* (1) a proceder al aplastamiento de la cabeza de aquel feto, al que consideraba *indudablemente* muerto, cuando, atendiendo a la sugestión de otro médico de ensayar por lo menos el fórceps, dejó el cráneoclasto, cambió de instrumento, y tuvo la agradable sorpresa de sacar viva una criatura perfectamente constituída» (2).

2. División. — Desde el punto de vista estrictamente *moral*, que es el nuestro, y que completa, para un cirujano consciente de sus deberes, el punto de vista *técnico*, podemos distinguir *tres grupos de operaciones*:

1.° Las operaciones *ciertamente prohibidas*, porque son cierta y directamente mortales para el feto, quien, persona humana, y persona humana inocente de toda culpa, no podría ser sacrificado como medio de salud a los intereses vitales de la madre.

2.° Las operaciones *ciertamente permitidas*, por un justo motivo, y con las precauciones requeridas, porque son simplemente peligrosas sin ser mortales para el hijo o para la madre, por lo menos directamente, es decir, sin poner en obra, *como medio* de salud para la madre, la muerte del feto, o, *como medio* de salud para el pequeño ser, la muerte de la madre.

3.° Las operaciones *probablemente lícitas* en teoría y ciertamente lícitas en la práctica. En este último caso estamos en presencia de operaciones *dudosas*, porque no se ve con toda la claridad deseable si son *directamente* mortales, y por lo tanto siempre prohibidas, o, por el contrario, *indirectamente* mortales, y por lo tanto autorizadas, con ciertas condiciones, por el principio del doble efecto. Pero suponemos que, a falta de plena certidumbre, hay *serias probabilidades*. Apoyados en graves razones, moralistas de valía estiman que la intervención quirúrgica no es *directamente* mortal, ora para el feto, ora para la madre. Por lo demás la autoridad competente no se ha pronunciado, o por lo menos no ha tratado claramente el caso en litigio. El cirujano respetuoso de la vida humana no necesita más para actuar.

Examinaremos en *tres artículos* estas tres clases de operaciones.

Finalmente, a manera de conclusión, demostraremos en un *cuarto artículo* que la inflexibilidad de la ley moral es en realidad ganancia completa para el cirujano, el arte quirúrgica y la sociedad.

3. Importancia. — Después de haber descrito, desde el punto de vista *técnico*, las «fluctuaciones algo desconcertantes de la opinión médica en esta delicada materia, el Dr. G. Clément subraya en estos términos la *soberana importancia del punto de vista moral*.

«¿No sería más digno del hombre y de la razón humana que en una materia tan grave el médico se dejara llevar menos por la ola de la opinión variable, por las cuestiones de oportunidad del momento, y adoptara sin duda, una vez por todas, las reglas rígidas de una terapéutica invariable, *pero* dejando dominar los inevitables tanteos y ensayos «hacia lo mejor» de toda terapéutica digna de este nombre, por una *clara visión* del grado de respeto que merece siempre la vida del hijo?» (1).

(1) Obraba *con seguridad de conciencia*, puesto que *creía* segura la muerte.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 31.

ARTICULO PRIMERO

OPERACIONES CIERTAMENTE PROHIBIDAS

En primera línea de las operaciones que, para salvar la vida de la madre, tienden *directamente* a matar al feto, y son siempre reprobadas por la moral, conviene poner ante todo la *reducción del feto vivo* por la embriotomía o cualquier otro procedimiento; luego el *aborto* propiamente dicho. Estas dos operaciones *nunca* son excusables desde el punto de vista moral, y desde el punto de vista puramente médico son *a menudo* una falta grave, puesto que sacrifican al hijo sin aumentar notablemente para la madre las probabilidades de salvación.

Hay otras operaciones directamente feticidas y moralmente asimilables a la embriotomía o al aborto; indicaremos algunas, sin tener la pretensión de enumerarlas todas. Asimismo, puesto que *toda* operación directamente mortal está condenada por el derecho natural, una enumeración completa es plenamente superflua.

§ 1. — Reducción del feto vivo

385. I. Punto de vista moral. — 1. Naturaleza. — Sea cual fuere el nombre científico con que se la decore, según los modos de proceder y los instrumentos que se empleen (embriotomía, cráneoclasis, cráneotomía, céfalotripsia, basiotripsia, etc.), la *reducción del feto vivo consiste esencialmente*, para salvar a la madre, a la que una causa u otra, y sobre todo la estrechez de la pelvis, impide parir regularmente, en *disminuir el volumen del feto aun lleno de vida* (2), y la mayoría de las veces, si no siempre, en cortarle a pedazos dentro del seno materno, para extraer unas después de otras, por las vías normales, las partes así divididas.

2. Historia. — Se bosquejaría brevemente la *historia* de esta operación diciendo que no fué desconocida de la *antigüedad*, testimonio los ins-

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 9.
(2) Una vez más, la misma operación se llamará *craneotomía*, etc., si recae sobre un feto ciertamente muerto. Pero en este caso estará, como hemos dicho, enteramente justificada desde el doble punto de vista técnico y moral.
«Sólo *en el caso de muerte* del feto sería admisible, cuando se encuentra fijado en *posición transversa*, la sección o dilaceración del cuerpecito denominada *embriotomía*, tan a menudo practicada, no hace mucho tiempo, sobre el feto vivo, «y que aun sacrificando deliberadamente al pequeño ser, tenía para la misma madre una mortalidad del 7 por 100» (Dr. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 87).

trumentos inventados con este objeto por Hipócrates y, en el siglo de Augusto, por Celso; que, en la *Europa cristiana,* permaneció *prácticamente* ignorada hasta el siglo XVII, mientras que en el mismo tiempo era preconizada y empleada por la escuela árabe, especialmente por Avicena; que en el siglo XVIII, y sobre todo en el XIX, fué de nuevo puesta en boga, primero por los médicos ingleses y alemanes, a pesar de las enérgicas protestas del célebre cirujano Baudelocque, quien a finales del siglo XVIII condenó absolutamente la embriotomía en tanto la muerte del feto no se hubiese comprobado plenamente; y, por último, que *en la hora actual* la mayoría de los médicos vuelven, gracias a los progresos debidos a la asepsia y a la antisepsia, a ideas más sanas y conformes con la moral (1).

3. MORALIDAD. — Si *nunca* está permitido, aun para el mejor de los fines, matar *directamente* a un inocente que no es de un modo consciente injusto agresor (n. 377), la embriotomía está, en todas sus formas, prohibida *siempre* por el derecho natural. Es una operación *directamente mortal*. Sin duda la muerte del feto no es querida *por sí misma*; pero es querida *en sí misma* y como *medio* de salvar a la madre, lo que basta plenamente para constituir el *voluntario directo* (n. 371 sig.; 377 sig.) (2).

Asimismo, gran número de cirujanos modernos añaden que desde el punto de vista *estrictamente médico* la embriotomía no está justificada.

386. II. Punto de vista médico. — Puesto que el fin no justifica los medios, es manifiesto que el punto de vista moral predomina sobre todos los demás. Sin embargo es provechoso comprobar que la separación entre los principios más ciertos del derecho natural y las teorías quirúrgicas disminuye sensiblemente.

(1) A. Eschbach: *Disput.*, págs. 381 y sigs.; C. Coppens: *Morale et médecine,* páginas 74 y sigs.; Moureau y Lavrand, págs. 190 y sigs.; págs. 205 y sigs.; Dr. Surbled: *La Morale,* tomo II, págs.216 y sigs.

(2) En la Encíclica «*Casti connubii*», Pío XI no pronuncia el término cráneotomía; pero los principios que propone *confirman* plenamente las respuestas del Santo Oficio al arzobispo de Lyón (28 de mayo de 1884; 31 de mayo de 1889) y al arzobispo de Cambrai (14 ó 19 de agosto de 1889: véase Denz.-Bannw., núm. 1.889, 1890; *item* Col. S. C. de P. F., tomo II, núms. 1.618 y 1.716). En estas respuestas el Santo Oficio niega que se pueda enseñar *sin peligro* la licitud de la craneotomía. Y escribiendo al arzobispo de Cambrai (18 agosto 1889), añade: «o de cualquier otra operación quirúrgica *directamente* mortal para el feto o para la madre en el estado de embarazo».

Pío XI va más lejos. Los términos que emplea equivalen a declarar *intrínsecamente mala* toda intervención *directamente* mortal.

«¿Qué causa podría nunca bastar para excusar de algún modo la muerte *directa* de un inocente? Pues de esto es de lo que aquí se trata. Que se dé muerte a la madre o que se la dé al hijo va contra el precepto de Dios y contra la voz de la naturaleza. «No matarás». La vida de uno y otra es paralelamente sagrada. Nadie, ni los poderes públicos, podrá tener nunca el derecho de atentar a ella. Sin sombra de razón se hará derivar este derecho del *jus gladii*, válido sólo contra los culpables. Es absolutamente vano también alegar aquí el derecho de defenderse, hasta la sangre, contra un injusto agresor; pues ¿quién podría dar este nombre a una criatura inocente? Tampoco hay lo que se denomina el «derecho de necesidad extrema», que puede llegar hasta el asesinato *directo* de un inocente. Por consiguiente, al proteger y salvaguardar cada una de las dos vidas, la de la madre y la del hijo, los médicos probos e inteligentes hacen laudables esfuerzos. En cambio se mostrarían muy indignos de su noble profesión médica los que bajo la apariencia de remedios, o impulsados por una falsa compasión, se dieran a intervenciones asesinas» (*Le mariage d'après l'encyclique*, págs 176 y sigs.).

Llega a ser casi nula si se admite que la reducción del feto vivo es a la vez una operación muy delicada y poco ventajosa para la madre. Ahora bien, ésta es la enseñanza de gran número de cirujanos modernos. En su opinión, la embriotomía es más difícil que las intervenciones autorizadas, en este caso, por la moral; y tampoco salva a un mayor número de madres.

1. OPERACIÓN MUY DELICADA. — En una conferencia dada en 1892, el Dr. Boislinière se expresaba así: «Kinhead, que constituye autoridad en Inglaterra, ha escrito: Reducir el volumen del feto y en seguida retirarlo a través del estrecho orificio de una membrana es una operación *muy delicada* y larga que exige gran experiencia y una destreza que sólo se puede adquirir en los grandes centros, mientras que la operación cesárea sólo requiere una habilidad mediana» (1).

2. OPERACIÓN POCO VENTAJOSA. — En 1893 el Dr. W. H. Parish se creía en el derecho de escribir: «Las operaciones de cráneotomía y de embriotomía son hoy bastante raras, y muchos tocólogos renombrados nunca han recurrido a ellas. Médicos ilustres prefieren la operación *cesárea* o una operación análoga (operación de Porro) a la cráneotomía, porque entonces el hijo se salva casi siempre y, por otra parte, la mortalidad de las madres *no es sensiblemente más elevada* que cuando se emplea la cráneotomía.

De 100 mujeres operadas en circunstancias favorables, y por un cirujano de habilidad ordinaria, se salvan casi el 95 por 100, y para los hijos la proporción es la misma. En la cráneotomía las cifras son muy diferentes: el 95 por 100 de las madres se salvan, pero, inútil es decirlo, perecen todos los hijos. Desde ahora la pregunta se plantea así: ¿qué operación preferir: la cesárea, que salva al 95 por 100 de las madres y de los hijos, o la cráneotomía, que sacrifica a todos los hijos y salva al mismo número de madres? (2).

El mismo año, 1893, el Dr. James Murphy insertaba las líneas siguientes en un comunicado: «Lo que afirmo con toda la autoridad que puedo tener es que después de los magníficos éxitos obtenidos por los Porro, Leopold, Saenger y por nuestro compatriota Murdoch Cameron, *no tenemos ya ninguna razón* que pueda excusar la destrucción de un feto vivo en el seno de su madre; y añado que entre los mejores recuerdos de mi carrera médica el que me deja la mayor satisfacción es que nunca he practicado la cráneotomía en una criatura viva» (3).

(1) Citado por Ch. Coppens: *Morale et médecine,* págs. 84 y sigs.

(2) Citado por Ch. Coppens: *Morale et médecine,* págs. 47 y sigs.

(3) *Ibid.*, pág. 49.—El Dr. G. Clément, que admite una mortalidad del 7 por 100 para la madre, llega a la misma conclusión: «Las diversas técnicas de la operación cesárea mejor estudiadas han corroborado la declaración que *Pinard* había hecho inscribir no hace mucho en las paredes del hospital Baudelocque: «*La embriotomía en el feto vivo ha acabado.*» Confirman la conclusión del reciente tratado de *Frediani* sobre las pelvis estrechas: «*En ningún caso* se deberá practicar la basiotripsia o cualquier otra operación mutilante en un feto supuesto viable», o mejor, supuesto vivo (*Le droit de l'enfant à naître*, pág. 86).

Si un cirujano, situándose en un punto de vista exclusivamente técnico, excluyera el caso de feto hidrocéfalo o soldado a su gemelo, habría que recordarle la verdad que expresaba un maestro en obstetricia, *Pinard*, cuando escribía: «*Ni* el padre, *ni* la madre, *ni* el médico *tienen derecho*, en ninguna circunstancia, a suprimir la vida del ser que se encuentra en el seno de su madre» (Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 35 y 87).

Otras estadísticas sólo difieren muy poco. Así, «según Pinard, Olshausen, en una serie de veintinueve operaciones *cesáreas,* ha salvado veintisiete madres y veintiséis hijos; Leopold cuenta setenta y una cesáreas seguidas de sesenta y cuatro curaciones, y veintinueve operaciones de Porro con veintiséis curaciones, o sea un total de cien mujeres operadas, noventa curadas y ochenta y siete criaturas salvadas. Finalmente Zweifel, en cincuenta y cinco operaciones cesáreas, sólo ha tenido una defunción. Más recientemente (1900) Tarnier y Budin, en su *Traité de l'Art des Accouchements,* sumando estos diversos resultados y otros más, han encontrado que en 346 mujeres operadas, 323, o sea el 93 por 100, se han salvado. Es interesante notar que las estadísticas mencionan mujeres que han sido operadas hasta seis o siete veces. En cuanto a la sinfisiotomía, ha dado a Pinard y a sus colaboradores, en 100 casos de raquitismo, ochenta y ocho madres curadas, con ochenta y siete criaturas que han sobrevivido definitivamente» (1).

Concluyamos con el Dr. Capellmann, que cita estadísticas casi idénticas: «Estas cifras, aunque no fueran absolutamente exactas, demuestran sin embargo que la operación cesárea salva muchos fetos, sin ser *casi mortal* para la madre. Por el contrario, la reducción mata seguramente al feto» y, para la madre, «*es casi tan peligrosa* como la operación cesárea. Esto debe bastar para rechazar *enteramente* la reducción del feto vivo, *aun desde el único punto de vista de la eficacia*» (2).

Es igualmente la conclusión de Moureau y del Dr. Guermonprez. «Semejantes resultados — dice Moureau — obligan a concluir que la embriotomía practicada en el feto vivo sería inexcusable *aun desde el punto de vista médico,* puesto que sacrifica *todos* los fetos sin que salve *más a las madres*» (3). «Matar al feto — escribe a Eschbach el Dr. Guermonprez — so pretexto de favorecer al parto es desconocer los resultados ciertos de la cirugía obstétrica moderna; es vivir atrasado» (4).

Vamos a ver que el aborto practicado con objeto terapéutico está condenado de modo igualmente enérgico en todos los casos, si no por la ciencia médica, al menos por el derecho natural.

«Si en la práctica se resuelve tan fácilmente sacrificar un feto en el útero, es seguramente porque se trabaja a obscuras en este cuarto negro en el que el niño no tiene posibilidad de excitar la simpatía y la piedad. Sin embargo, en cuanto a la naturaleza del acto, — con todas las salvedades sobre las intenciones que lo dictan —, constituye una especie de *asesinato velado,* o, como decía el Prof. *Prenant,* un *pequeño asesinato,* que se puede calificar de *pequeño* «a causa de la exigüidad de la víctima, pero que es tal vez uno grande por la premeditación y el acecho, más odioso que otro porque la víctima es atacada en la obscuridad y porque no tiene ni un grito ni un gemido para defender su derecho a la existencia e implorar la piedad» (Dr. G. Clément: *loc. cit.,* pág. 40).

(1) Moureau y Lavrand, pág. 207.

(2) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale,* según la 15.ª edición alemana, pág. 36; en la misma obra, según la 19.ª edición, no encontramos las líneas citadas.

(3) Moureau y Lavrand, págs. 207 y sigs.

(4) Citado en A. Eschbach, pág. 389.

§ 2. — Aborto terapéutico (1)

387. Doble cuestión. — Aquí también deberemos distinguir una *doble cuestión:* una *moral,* que, como es justo, es principal; la otra *médica,* que es necesariamente secundaria, pero que tiene la gran ventaja de investigar si hay o no antagonismo irreducible entre las «indicaciones» de la medicina y las prohibiciones del derecho natural.

Igualmente, en un caso célebre en su época, el Dr. Gazeaux había pretendido resolver esta doble cuestión.

Se recuerdan los hechos que dieron lugar a la disposición *dada* por la Academia de Medicina de París *el 2 de marzo de 1852.* Una cortesana, demasiado estrecha de pelvis para poder tener hijos regularmente, se había encontrado encinta en dos ocasiones, y en cada una de ellas había recurrido a médicos distintos. Los dos prácticos habían consentido en tratarla por medio del aborto. Encinta por tercera vez, se dirigió al Dr. Lenoir, quien, después de algunas vacilaciones, se decidió también a practicar el aborto médico. Algún tiempo después expuso el hecho con todos sus detalles en sesión pública en la Academia de Medicina, y solicitó de sus colegas un juicio en regla. Nombrado para ello, el Dr. Cazeaux presentó a la Academia el 10 de febrero de 1852 una larga memoria en la que trataba el aborto *desde el doble punto de vista médico y moral,* y se esforzaba en establecer las *cinco conclusiones* siguientes:

«1. A consecuencia de una falsa interpretación se han aplicado las leyes divinas y humanas al aborto *practicado con objeto médico.*

2. Las leyes castigan el crimen: no pueden, pues, alcanzar sin injusticia a un acto realizado *con las más puras intenciones.*

3. Puesta en la cruel alternativa de escoger entre la vida de su hijo y su propia conservación, la mujer tiene, *por ley natural,* el derecho de optar por la mutilación del feto.

4. En este caso el médico *puede* y debe sacrificar el hijo a la vida de la madre.

5. Siendo el aborto provocado mucho menos grave para la madre

(1) La expresión «*aborto médico o terapéutico*» tiene sus peligros. Directamente, es cierto, sólo significa una *doctrina médica:* indica que un buen número de médicos consideran en ciertos casos el aborto como medio técnico de tratar a la mujer encinta. Pero tiene el inconveniente de llevar fácilmente a considerar como legítimo, *desde el punto de vista moral,* lo que desde el punto de vista terapéutico es considerado como medio normal de tratamiento.

El paso del punto de vista terapéutico al punto de vista moral es tan fácil que algunos médicos han protestado con indignación contra el empleo por el *Código penal* de la expresión «*aborto*», que quisieran substituir, cuando se trata de una maniobra con objeto terapéutico, por «*interrupción del embarazo*». Y, sin embargo, lo que da al raspado del útero su carácter delictuoso o criminal es precisamente la «*interrupción del embarazo*», el sacrificio de una vida fetal, de un joven ser, sacrificio que no podría dejar indiferente al Estado, salvaguardia de los derechos esenciales, y especialmente de los derechos de los débiles» (Doctor G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 39).

que la embriotomía practicada al término de la gestación, el médico puede y debe darle la preferencia (1)».

En el curso de la discusión pública que se entabló el 2 de marzo del mismo año, sólo el Dr. *Bégin* condenó *absolutamente y en todos los casos* el aborto *médico*, y por lo tanto el aborto practicado con objeto terapéutico. Los demás miembros de la Academia de Medicina aprobaron pura y simplemente la conducta del Dr. Lenoir y de los dos médicos que le habían abierto el camino. Declararon que era *prudente* provocar un aborto necesario para la vida de la madre.

388. I. Punto de vista moral. — Después de haber definido el aborto *llamado médico* y haberlo comparado con el aborto *vulgar* o criminal, concluiremos de la misma definición que es un *homicidio directo*, y, por consiguiente, una operación esencialmente inmoral. Nos será en seguida fácil demostrar que las conclusiones del Dr. Gazeaux, lejos de descansar sobre un fundamento sólido, son desde el punto de vista objetivo la más pura expresión del error.

1. DEFINICIÓN. — El aborto *llamado médico* no es el aplastamiento o la perforación de la cabeza del feto, ni la dilaceración del cuerpecito, ni algunos otros procedimientos que, *antes de* toda eliminación, matan o hieren mortalmente, sino que es la *expulsión violenta* del feto vivo y no viable todavía, expulsión provocada a título de *medio*, con el *fin* de salvar la vida de la madre en peligro inminente de muerte, de curarla más fácilmente, o, por lo menos, impedir que la enfermedad tome proporciones inquietantes.

Así definido, el aborto terapéutico *difiere:*

1.° *De toda práctica anticoncepcional*, puesto que supone la concepción.

2.° *De toda operación que, antes de la evacuación de la matriz*, dé el golpe mortal al feto, pues la muerte resulta de la expulsión violenta.

3.° *De la expulsión violenta de un cadáver*, es decir, del aborto provocado porque el médico tiene la certidumbre moral *de la muerte* del feto, lo que puede ocurrir, por ejemplo, en un caso de fuerte hemorragia seguida de fiebre: hablamos, en efecto, aquí de un feto no viable todavía, pero vivo.

4.° *De la expulsión violenta indirecta*, y por tanto de expulsión no querida, que procede, a manera de contragolpe, de una operación practicada por necesidad en una mujer encinta, pero en la que el *objeto* que se propone el operador o la resultante natural no es en modo alguno la expulsión violenta del feto: supongamos, en efecto, una intervención médica que provoca *directamente* como remedio la expulsión violenta por las vías naturales; o también una intervención quirúrgica que, como fin curativo, realiza como *medio* la evacuación de la matriz (2).

(1) Citado en A. Eschbach, pág. 386.

(2) Los DOS CASOS SIGUIENTES son de aborto y por consiguiente de asesinato directo.

1.° *Primer caso.* — «En la extirpación del útero grávido, preconizada recientemente, no para una afección del mismo útero, sino en caso de afección *pulmonar* o *cardíaca* de la madre, y precisamente *para interrumpir el estado puerperal*... es también la supresión de la vida fetal la que *directamente* se procura para el bien de la madre» (Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 38 y sigs.).

2.° *Segundo caso.* — «Naturalmente, la inmolación del pequeño ser no es menos reprensible cuando, en lugar de seguir las vías naturales, como en un aborto vulgar, es provocada por un procedimiento más rigurosamente *operatorio*. ¿Cómo justificar al cirujano que recientemente, operando a una joven por un quiste del ovario, y sorprendido al descubrir en el curso de la intervención un embarazo junto con el quiste, procedió tranquilamente, sin consultar siquiera a la interesada dormida, a la evacuación del útero por operación cesárea?» (Dr. G. Clément: *Ibid.*, pág. 58, nota 1).

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 117.

(2) Moureau y Lavrand, págs. 196 y sigs.

5.° *De la expulsión violenta directa* para un fin distinto de salvar la vida o la salud de la madre: por ejemplo para evitarle el deshonor de un nacimiento ilegítimo, o también simplemente las cargas de la maternidad; en efecto, el aborto llamado médico es siempre, en la intención del médico o del cirujano, *medio* de salud o de curación.

El aborto *llamado médico* no se distingue, pues, del aborto *vulgar* criminalmente provocado sino por un solo punto: el fin, no de la obra, sino del operador. Es querido y realizado *con un fin* de salvación o de curación porque «suministra a menudo una solución más rápida, si no más correcta, del «*problema terapéutico*» (1). Pero esta orientación hacia un buen fin, hacia un fin de curación y hasta tal vez de salvación, nada cambia de su naturaleza. Transformado en *medio* y en remedio, no deja de ser lo que es en cualquier otra circunstancia: la expulsión violenta, y por un acto positivo, de un feto que aun no es *viable*, es decir, que no puede vivir todavía *fuera del seno materno* con vida propia e independiente. Difiere, pues, *esencialmente* del parto prematuro artificial que el médico practica, antes del término sin duda, pero en un feto lo suficiente robusto para subsistir, por lo menos probablemente, fuera del lugar en que ha nacido y donde se ha desarrollado.

2. HOMICIDIO DIRECTO. — Esta sola definición nos muestra hasta la evidencia que el aborto llamado médico, exactamente semejante al aborto provocado para un fin no terapéutico, es, como la embriotomía, una operación *directamente* mortal para el feto, un «feticidio».

La madre *no solamente* cesa de llevar a su hijo en sus entrañas. No se contenta con *permitir* la muerte del pequeño ser humano que ella no está obligada a conservar con peligro de su vida. Realiza, o deja realizar por el médico, una *acción positiva*, que tiende por su naturaleza y *ante todo* a matar al feto. Sin duda esta muerte no es querida *por sí misma*, pues no se va a ella como *fin*, pero considerando la intención del práctico, o cuando menos la naturaleza de la operación, es querida *en sí misma* y a título de *medio:* lo que una vez más basta completamente para constituir el voluntario *directo*.

«Se ha pretendido, es cierto, que el aborto no ataca *directamente* al feto, puesto que sólo le hace cambiar de medio. Pero esto no es serio: ahogar o asfixiar a un individuo ¿no sería un asesinato? (2). Sacar del agua a un pez ¿no es darle el golpe de muerte?

3. MORALIDAD. — Acabamos de decirlo. El aborto médico es, *con el mismo título* que la embriotomía, una operación *directamente* mortal para el feto. En ambos casos la muerte del feto es querida *como medio* de salvar a la madre, y por lo tanto en sí misma, si no por ella misma.

Por consiguiente, a pesar de las dificultades que el médico consciente de sus deberes puede encontrar en la práctica, no tiene que poner en duda una *verdad cierta*. Si la ley moral, que nunca autoriza el asesinato directo de un inocente, fuera del caso por lo menos de agresión injusta, prohibe siempre, y sin ninguna excepción, la embriotomía, *reprueba siempre,* y con la misma firmeza, el aborto médico, aunque fuera en el caso el medio más seguro y hasta el *único medio* de salvar a la madre, y tuviera la absoluta certidumbre de que sin el aborto el hijo y la madre morirían.

Seguramente «*de dos males hay que escoger el menor*». Pero con una condición: la de que el menor mal «no implique una acción *fundamentalmente mala,* criminal, como lo sería el asesinato» *directo* «de un ser inocente. Un *fin* bueno no puede conseguirse sino con *medios* buenos, o por lo menos indiferentes» (1). Si rehusáis admitir esta verdad, substituiréis la moral de los principios por la moral de los *resultados inmediatos,* y no tendréis ninguna buena razón para resistir a las instancias de una pobre joven que reclama el aborto como medio de salvar su honra: «La experiencia ha demostrado cuán peligroso es, desde el punto de vista social, crear una brecha en la doctrina de la inviolabilidad de los derechos del hijo que ha de nacer: fatalmente la brecha se ensancha.» Una vez admitida la indicación médica, no se podrán excluir *lógicamente* los motivos variados e igualmente exigentes de orden moral, social, eugénico, económico» (2).

Por el contrario, si abandonando la moral de las *ventajas inmediatas* os adherís resueltamente a la moral de los principios, un solo recurso os queda para legitimar el aborto médico. Es el de demostrar que el médico no tiene por objeto, *como medio* de salvación para la madre, sino que se limita a *permitir,* la muerte del feto, y por tanto propone, por una razón proporcionada, una acción *indirectamente* mortal, justificada por el principio del doble efecto.

Entre los moralistas famosos, *Lehmkul,* en las ediciones que han precedido a la duodécima, ha intentado esta demostración, o mejor ha propuesto los argumentos que le llevan a *dudar* del carácter *directamente* mortal de la operación. Pero después de la respuesta del Santo Oficio al arzobispo de Cambrai, 24 de julio de 1895, reconoció lealmente en su duodécima edición que sus argumentos eran más especiosos que sólidos. Con el Santo Oficio, asimiló el aborto médico a la embriotomía y vió en él una intervención *directamente* mortal para el feto.

En la *N. R. T.,* págs. 158 y sig., 1913, J. Besson ha resumido así la argumentación del célebre teólogo y la refutación que ha hecho.

1.° *Argumentos.* — Una de dos, *o* la permanencia en los órganos de la madre, necesaria a la conservación del feto, es para él un bien extrínseco,

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 36.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 68.

como la tabla para el náufrago, *o* es un bien intrínseco, como los pulmones para el vivo. *En la primera hipótesis,* el feto puede renunciar a ella como el náufrago que se deja llevar por las olas para ceder a un amigo la tabla de salvación, y hay fundamento para presumir razonablemente que el hijo renuncia a ella, puesto que, condenado a perecer con su madre si permanece en su seno, asegura con su salida la vida de ésta y se reserva para sí mismo alguna probabilidad de ser bautizado. *En la segunda hipótesis,* el acto del cirujano sólo le priva indirectamente de este bien intrínseco, pues al expulsarlo este acto tiene dos efectos que resultan inmediatamente de esta expulsión: la salvación de la madre, que el práctico se propone; la muerte del hijo, que permite.

2.° *Refutación. — Esta explicación no puede admitirse...* Sin entrar en el detalle de las explicaciones fisiológicas, la permanencia del feto en los órganos maternos es *más que una condición de lugar y de medio.* No es únicamente un *medio extrínseco,* necesario para su conservación a consecuencia de alguna circunstancia accidental, como la tabla para el náufrago. No es siquiera un elemento naturalmente requerido para su vida, pero *extraño a su ser,* como el aire para nosotros. Soldado por su organismo al organismo de la madre, el feto, en tanto no es viable, debe vivir en algún modo de la vida materna y obtener de ella su substancia y desarrollo... Expulsarlo, no solamente es desplazarlo, es destruir este mecanismo misterioso que establece entre él y su madre la comunicación vital interna, y por consiguiente atentar *directamente* a sus días. Consentir en ella sería por su parte un suicidio, e infligírsela sería a su respecto un homicidio. De hecho *morirá;* pero esto no da derecho para *matarlo.*

4. INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA. — En la encíclica «*Casti connubii*», Pío XI remite al decreto del Santo Oficio de 24 de julio de 1895, que asimila el aborto médico a la embriotomía y le declara acción *directamente* mortal para el feto (1).

Además, aparte del pasaje que hemos citado antes (n. 385), hay las líneas siguientes, que introducen la condena de toda intervención *directamente* mortal.

«Es necesario también mencionar *otro crimen* extremadamente grave, por el cual se atenta a la vida del hijo, oculto aún en el seno de la madre. Unos quieren que sea permitido y dejado a la voluntad del padre o de la madre. Otros reconocen que es lícito, a menos de causas excepcionalmente graves, a las que dan el nombre de *indicaciones* médicas, sociales, eugénicas. En lo que se refiere a las leyes penales del Estado, que prohiben matar al hijo engendrado pero no nacido todavía, todos exigen que las leyes del Estado reconozcan la *indicación* que cada una de ellos preconiza, indicación diferente, por lo demás, según sus distintos defensores: reclaman que sea librada de toda penalidad. Y hasta hay algunos que apelan, para estas operaciones asesinas, a la cooperación directa de los magistrados; y por desgracia es notorio que en algunas partes esto ocurre muy frecuentemente» (2).

(1) Coll. S. C. de P. F., tomo I, núm. 1.906; Lehmk., 12.ª edic., tomo I, núm. 1.008.
(2) *Le mariage d'après l'encyclique,* pág. 176.

A continuación se expone que ninguna causa excusa «el asesinato directo de un inocente», y en consecuencia la *indicación médica* o terapéutica.

Tenemos en esto, no una ley positiva, sino la interpretación auténtica del *derecho natural*: «No matarás».

En esta materia sólo existe en legislación canónica una ley positiva: es el canon 2.350. Condena con la excomunión a cualquiera, incluso a la madre, que procure el aborto *directo*, y, llegando a sus fines, expulse violentamente del seno materno al feto vivo, pero no viable todavía. Desde que se ha realizado la expulsión por una intención y una acción eficaz, directamente encaminadas a producirla, se incurre en la excomunión, y únicamente el Ordinario del lugar tiene poder para absolverla. Por consiguiente el médico bautizado, que practica el aborto terapéutico, no se libra sino *por ignorancia* de la censura: si ignora la gravedad de la falta o la existencia de la pena canónica.

5. Conclusiones del Dr. Cazeaux. — No son necesarios ahora grandes desarrollos para demostrar la *falsedad* de las cuatro primeras conclusiones del Dr. Cazeaux. No tenemos que hablar de la quinta, relativa a una cuestión de orden técnico.

1.° *Primera conclusión.* — La primera conclusión es exactamente la *contradictoria* de la doctrina cierta que acabamos de exponer. No hay, pues, para hacerla verdadera, sino cambiarla en proposición negativa: «*No* es la consecuencia...».

2.° *Segunda conclusión.* — La segunda conclusión se funda completamente en un *equívoco*. Confunde la moralidad subjetiva y la moralidad objetiva. Ciertamente una intención pura y recta hace inocente *subjetivamente* al agente, y aquí al médico que, de buena fe, tiene por lícito un procedimiento condenado de hecho por la moral. Pero no legitima en sí mismo y *objetivamente* este procedimiento malo en sí: el fin no justifica los medios inmorales. En cuanto a las leyes, conviene distinguir. Las leyes *divinas* tienen en cuenta la intención. Pero las leyes *civiles* castigan sin injusticia el acto exterior, único accesible a los magistrados.

3.° *Tercera y cuarta conclusiones.* — No hay que insistir en la falsedad de la *tercera* conclusión, que, *por la ley natural*, reivindica para la madre «el derecho de optar por la mutilación del feto»; o de la *cuarta*, en cuyos términos el médico «puede y debe sacrificar el hijo a la salvación de la madre».

389. II. Punto de vista médico. — Entre la ley moral que prohibe *siempre* el aborto directo, aun practicado con objeto terapéutico, y la ciencia médica que prescribe en ciertas circunstancias el aborto, hay ciertamente *antagonismo* siempre que, según las reglas del arte médica, el aborto es el *único* medio, o por lo menos *el más seguro*, de salvar a la madre.

No pretendemos que este antagonismo, estimado muy frecuente hace algunos años, no exista nunca en la actualidad. Decimos solamente que es raro. Ocurre *rara vez* que desde el punto de vista puramente médico el aborto sea el *único* medio o por lo menos el *más seguro* de salvar una mujer encinta. La verdadera ciencia prescribe *raramente* el aborto médico *directo*, que la moral *nunca* autoriza.

Para poner de manifiesto este hecho doctrinal utilicemos de preferencia al Dr. Clément, que dedica al estudio de esta cuestión una cuarentena de páginas.

1. Conclusión de conjunto. — «Si se consideran todas las formas de complicaciones obstétricas, el grupo antiguo, y no hace mucho imponente, de «indicaciones médicas de aborto» *va estrechándose* hasta casi desvanecerse ante los progresos de la terapéutica.

Este abandono de las antiguas prácticas intervencionistas es *particularmente manifiesto* para los estados patológicos que hace algunos años constituían, puede decirse, para los médicos prácticos las *«indicaciones clásicas»* de las interrupciones del embarazo y de los sacrificios de los hijos: *estrechez de la pelvis, «albuminuria», eclampsia, vómitos incoercibles»*.

Ahora bien, este cambio no es dictado por las exigencias de la ley moral, sino determinado por la comparación objetiva de los resultados de los diversos métodos; por un análisis más íntimo de los hechos y de las condiciones biológicas y por una más juiciosa utilización de los recursos variados de la terapéutica» (1).

Algunas páginas antes leemos esta declaración característica:

«*Dauwe*, pasando revista a las principales afecciones de que hemos hablado, concluye firmemente que *«el aborto puede ser substituido por la abstención en todas las enfermedades en que se ha practicado»*.

El Dr. Clément añade: «Por esta fórmula no se podría negar contra toda evidencia la existencia de afecciones gravídicas graves, mortales a veces; ni el hecho de que el aborto suministra a menudo una solución más rápida, si no más correcta, del «problema terapéutico». Pero es cierto que esta solución fué adoptada *demasiado a menudo* cuando otros tratamientos habrían podido salvar al hijo; luego, que un conocimiento profundo de los variados recursos de la terapéutica y una perseverancia suficiente hacen *ordinariamente* inútil el aborto; y finalmente que éste, aun matando seguramente al hijo, no siempre salva a la madre» (2).

Esta era también la opinión del Dr. *Pinard*, quien, por su gran influencia, ha contribuído considerablemente a disminuir el feticidio. «Si una enfermedad cualquiera, dice, viene a complicar el embarazo, ¿evolucionará éste más felizmente si se interrumpe? De lo que he leído, de lo que he visto, no vacilo en responder: no. En este caso tampoco tendréis que sacrificar al hijo, y si lo hacéis, será en pura pérdida» (3).

2. Indicaciones en otro tiempo clásicas. — Vamos a examinar muy brevemente las *«indicaciones antes clásicas»* de las interrupciones de embarazo.

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 127 y sigs., 1931.
(2) *Ibid.*, pág. 117.
(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 210.

1.° *Estrechez de la pelvis.* — «Hoy», concluía en enero de 1926 un trabajo de la clínica ginecológica universitaria de Kiel, dirigida por el profesor *Schroeder*, «en los casos de estrechez pélvica, se puede *casi regularmente*, sin peligro para la madre, obtener un hijo vivo» (1).

«Es bien evidente que el aborto *no debe ser provocado* cuando el feto puede evolucionar normalmente hasta el término y venir al mundo recurriendo a la operación cesárea... Por consiguiente, no hay que interrumpir el embarazo en los casos de *estrechez de la pelvis*» (2).

2.° *Albuminuria.* — Según el Dr. Clément, que cita a autoridades médicas, la albuminuria de las mujeres encintas depende del tratamiento medicamentoso (3).

3.° *Eclampsia.* — Se observa con bastante frecuencia que las crisis convulsivas de la eclampsia «no cesan con la expulsión del feto, sino que persisten y a veces agravan» (4). «Lo que he podido observar, dice *Vignes*, me ha convencido de la excelencia de la abstención (salvo la cesárea)... Si se interviene porque el caso parece muy grave, no se cura la enferma, pues la gravedad es función de las lesiones maternas, que son ya irremediables» (5). Estadísticas muy interesantes demuestran que la mortalidad de las madres es menor en los casos tratados por el método conservador (6).

«Acude a mi memoria la escena de la ruidosa entrada en el hospital, en plena noche, con miras a una operación expulsiva de extrema urgencia, imperiosamente exigida por las teorías en boga en aquel momento, de una mujer en estado de eclampsia. Ahora bien, cuidada esta mujer por el viejo médico de servicio, que no era de los modernos, salía curada y todavía encinta tres días más tarde» (7).

«Finalmente, en estos últimos tiempos, la transfusión sanguínea ha dado resultados tan favorables que autorizan las mayores esperanzas. Por esto se abandona cada vez más la concepción, un momento triunfante, de la eclampsia «que exige imperiosamente el aborto» (8).

4.° *Vómitos incoercibles.* — «Para esta afección sobre todo, a menudo bajo la presión de la familia alarmada, se han practicado gran número de abortos, juzgados hoy formalmente injustificados. La mayoría de estos trastornos es seguramente de origen nervioso, o, como se ha dicho, «pitiático»; pues es bastante excepcional que no cedan a un cambio de medio, al aislamiento, a una influencia puramente «psíquica» (9). Por ello *Brindeau* no ha provocado ya más abortos en este caso desde 1924. Y en 1930, *G. Leve* escribe resueltamente: «He curado vómitos incoercibles en los cuales se había decidido el aborto. Una fórmula tan absoluta puede parecer sospechosa. Mi experiencia en la cuestión es tanta que tengo el derecho de mantenerla» (1).

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 6.
(2) Moureau y Lavrand, pág. 209.
(3) *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 90 y sigs.
(4) *Ibid.*, pág. 94.
(5) *Ibid.*, pág. 95.
(6) *Ibid.*, págs. 96 y sigs.; págs. 6 y sigs.
(7) Dr. G. Clément: *loc. cit.*, págs. 6 y sigs.
(8) *Ibid.*, págs. 99 y sigs.
(9) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 100 y sigs.

Finalmente *Menge*, de Heidelberg, y *Franz*, de Berlín, rechazan sistemáticamente el aborto en la «hiperemesis gravídica», por «*inútil* en la mayoría de los casos e *ineficaz* en los casos graves» (2).

3. Otras afecciones en el curso del embarazo. — Remitimos sobre este punto al Dr. Clément.

Trata: de los tumores abdominales y de los fibromas uterinos, pág. 86 y sigs. (3); de las hemorragias, págs. 88 y sig.; de las intoxicaciones gravídicas, págs. 90 y sig.; de las afecciones de los riñones, págs. 105 y sig.; de la diabetes, págs. 107 y sig.; de las psicosis o vesanias, págs. 108 y sig.; de la coreas, págs. 112; de las anemias, págs. 113 y sig.; de las leucemias agudas, pág. 114; de las afecciones cardíacas, págs. 114 y sig.; de las fracturas que, sobrevenidas en el curso del embarazo, no manifiestan ninguna tendencia a consolidarse, págs. 116 y sig.; de la tuberculosis, págs. 118 y sig.

Concluyamos con estas palabras: «Cuanta más ciencia y técnica posea un médico, tanto más raramente el sacrificio del hijo le parecerá imperiosamente exigido *desde el punto de vista médico*» (4). Tendrá, pues, mayor facilidad para observar *la ley moral*, que *nunca* permite el asesinato *directo* del feto.

390. III. Consecuencia relativa a la licitud legal del aborto terapéutico. — Algunos médicos reclaman que un *texto legal*, más o menos explícito, y con mayor o menor número de salvedades, *autorice* el aborto por un *motivo médico*. Esto es pedir una ley inmoral, inoportuna, ineficaz, nociva a los médicos concienzudos. Las páginas que preceden no admiten otra conclusión.

1. Ley inmoral. — Los moralistas concuerdan en reconocer que uno de los caracteres esenciales de toda ley humana es la de ser honrada; que una medida legislativa deshonesta no merece el nombre de ley, y por sí misma no es origen de ninguna obligación; que una pretendida ley civil es deshonesta e inmoral cuando ordena o permite por un acto

(1) Dr. G. Clément, *loc. cit.*, págs. 104 y sigs.
(2) *Ibid.*, pág. 105.
(3) *Herbert R. Spencer*, después de haber hecho observar que los tumores abdominales y los fibromas uterinos, aun bastante voluminosos, son a menudo admirablemente tolerados, concluye que las «operaciones mutilantes sólo serán de razón si el feto está muerto» *Van Cauwenberghe*, de Gante, citó en el Congreso de ginecología de 1927 el caso de una mujer encinta afecta de fibromas múltiples, a la que un ginecólogo muy renombrado había aconsejado la interrupción del embarazo, y que, decidiéndose por la expectación, tuvo su hijo vivo» (Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, págs. 86 y sigs., con la nota 1 de la página 87).
Después de haber distinguido los tumores *benignos* que se trasplantan muy tarde y los tumores *malignos* de metástasis pronta a los órganos lejanos, *Agostino Gemelli*, hablando de los tumores benignos observa que en la actualidad, «gracias a los progresos de la técnica ginecológica, se opera con objeto de destruir los fibromas, dejando que continúe la gestación. Aunque se trata de operaciones difíciles, se logra el éxito» (*N. R. T.*, páginas 504 y sigs., 1933).
Más tarde tendremos ocasión de hablar de los tumores *malignos* o cancerosos.
(4) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 33.

positivo lo que prohibe formalmente el derecho natural, y por lo tanto un acto intrínsecamente malo; pues en este doble caso se esfuerza en hacer lícita una acción que por su naturaleza es ilícita, y, con este título, prohibida. Ahora bien, hemos visto que la expulsión violenta del feto, querida y practicada *como medio* de salvar a la madre, es un asesinato directo y, por este motivo, un acto condenado por la ley natural. Si es así, la ley civil no podría *permitir positivamente* el aborto por motivo médico. Impotente para hacerle lícito, no tiene para autorizarlo más poder del que tendría para legitimar la mentira, la calumnia, el fraude, el divorcio, etc.

2. Ley inoportuna. — «Cuando se extiende la *plaga social* del aborto voluntario (1), cuando ya algunos médicos son demasiado «fáciles», e incluso algunos, con inconsciencia que pasma, son abortadores notorios, no parece verdaderamente oportuno introducir un texto legal que confiera una especie de inmunidad a los médicos diplomados» (2).

Se ve bastante bien cuál sería, naturalmente, *el resultado* de esta ley. Proclamando lícito lo que es esencialmente malo, desviaría cada vez más la opinión pública, ya «singularmente condescendiente, hacia las teorías que subordinan la vida del hijo futuro a las necesidades, intereses, reposo y hasta al capricho de la madre» (3). Justificado por la ley, el aborto terapéutico haría pronto justificar el aborto por razones extramédicas.

3. Ley ineficaz. — «Las medidas accesorias de precauciones que reclaman una «indicación médica» son ilusorias, puesto que es y será siempre fácil a los médicos sin conciencia cubrir con una excusa de apariencia científica sus maniobras turbias, y evocar, como justificación, algún vago estado morboso. ¿Quién podrá impedir la agrupación en una «consulta oficial de médicos indulgentes o complacientes?» (4).

En una palabra, modificada y no observada, la ley, mala ya, sería peor todavía.

4. Ley perjudicial a los médicos concienzudos. — Por último esta ley inmoral, inoportuna e ineficaz, será en definitiva *grandemente nociva*

(1) Sabido es que esta plaga social se ceba particularmente en la *Rusia soviética*.
«Debe reservarse mención especial al *derecho al aborto*, que en Rusia está codificado, reconocido y es practicado oficialmente. De este modo se quiere evitar el peligro de los accidentes consecutivos a operaciones clandestinas efectuadas por comadronas inexpertas. Igualmente se quiere permitir a la mujer que escoja su hora para procrear y librarla de las cargas de la maternidad. El aborto es otra forma de la liberación de la mujer. Es una consagración del derecho que reclama de disponer libremente de sus actos y de su cuerpo. Para ella es una conquista cívica. Conviene decir que este extraño derecho está limitado por la obligación, para la mujer, de suministrar los motivos de su demanda de aborto. Estos motivos son apreciados por una Comisión especial. En caso de negativa, la mujer puede apelar a una segunda Comisión compuesta según las mismas reglas, y generalmente se le concede la autorización solicitada. En total esta legislación de los abortos es una mezcla bastante extravagante de pensamientos revolucionarios, de pasión igualitaria y de gazmoñería anglosajona. Añadiré que una propaganda oficial recomienda el empleo de productos anticonceptionales, y que hay museos especiales, abiertos tanto a los adultos como a los niños, que exponen las diferentes fases del acto sexual y sus consecuencias» (Victor Boret: *Le paradis infernal*, págs. 300 y sigs.).
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 56.
(3) *Ibid.*, pág. 4.
(4) *Ibid.*, pág. 57.

a los médicos concienzudos, a los que desarmará. A las urgentes solicitaciones de los interesados no podrán oponer un argumento que sea a la vez invencible y persuasivo. Y si el caso es grave, les será necesaria una singular energía para hacerse fuertes contra su propia piedad (1).

§ 3. — Embarazo extrauterino: asesinato directo

391. Doble cuestión moral; una remitida; la otra tratada. — Respecto al embarazo extrauterino se propone una *doble cuestión* estrictamente moral. Remitimos la *primera* de estas cuestiones, que tiene por objeto el modo operatorio médicamente más usual, al artículo III, en el que hablamos de las intervenciones quirúrgicas probablemente lícitas. En este párrafo tratamos únicamente la *segunda* cuestión, que concierne a las operaciones asimilables a la embriotomía o al aborto, y, por tanto, ciertamente prohibidas, porque son *directamente* mortales para el feto. Pero antes de estudiar en los números siguientes esta segunda cuestión, definiremos en este número el embrazo extrauterino e indicaremos sus diversos modos de evolución

1. — Cuestión remitida. — La cuestión cuya solución dejamos para más tarde se enuncia así. Para ser útil a la madre, o por lo menos para preservarla de un peligro inminente de muerte, ¿puede el cirujano, en el caso de embarazo extrauterino, extraer *en conjunto* del organismo materno «las envolturas *anormales* del huevo, que, por su fragilidad, por la brusquedad y casi fatalidad de su rotura, constituyen una amenaza permanente», y el germen que está en ellas incluído, germen que en el estado actual del arte quirúrgica el operador no podrá injertar en otro punto del organismo materno donde proseguiría sin peligro su desarrollo regular? (2). En otros términos, ¿tiene el cirujano en conciencia el derecho de extraer *a la vez* la bolsa fetal extrauterina que contiene el fruto ectópico, y el feto, aun no viable, contenido en el saco fetal y destinado por esta extracción a una muerte cierta? Esto es preguntar si el aborto inevitable es, *en este caso*, directo, o por el contrario, *indirecto*.

2. Cuestión tratada. — Aquí investigamos exclusivamente si es necesario desde el punto de vista moral asimilar: 1.°, a la *embriotomía*, toda acción que, para salvar a la madre, va por su naturaleza y en primer lugar a matar el feto en el órgano donde se ha formado; 2.°, al *aborto* todo procedimiento quirúrgico que, sin destruir previamente el feto ectópico, lo extraiga antes de que sea viable de las envolturas anormales en que se ha desarrollado.

Después de lo que hemos dicho, la respuesta afirmativa no podría suscitar la más ligera duda. Mas, para comprenderlo mejor y preparar la solución de la primera cuestión remitida para más adelante, parece útil precisar la naturaleza y la marcha del embarazo extrauterino.

(1) Dr. G. Clément: *loc. cit.*, pág. 57.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître*, pág. 73.

3. Definición y evolución. — El embarazo extrauterino o ectópico se desarrolla en cualquier parte del abdomen, pero *fuera del útero,* que es el lugar destinado por la naturaleza para recibir el germen. Puede ser tubárico, ovárico o abdominal. El embarazo *tubárico,* que es el más común, se forma en la trompa de Falopio.

En la progresión del embarazo ectópico se pueden distinguir *cuatro casos:* el caso de interrupción espontánea sin graves accidentes; el caso de evolución hasta término; el caso de rotura casi pacífica con injerto en otro punto; el caso de rotura tumultuosa.

1.° *Interrupción espontánea.* — El embarazo puede interrumpirse espontáneamente. Es el caso más frecuente y no suscita ninguna cuestión moral.

2.° *Evolución hasta término.* — Por rara excepción el embarazo ectópico puede llegar a término o a proximidad del término. «*Lecène* afirma que existen un centenar de observaciones de embarazos extrauterinos, con feto viable, operados cerca del término. *Werder* ha reunido 148 casos, 3 de los cuales eran personales» (1). Aquí tampoco podría surgir ninguna cuestión moral, puesto que se ha dejado al embarazo extrauterino seguir su curso. La técnica operatoria para suplir el parto por las vías naturales es de incumbencia del cirujano (2).

3.° *Rotura sin accidentes graves.* — «Se observan roturas menos tumultuosas. *Excepcionalmente* pueden permitir al huevo injertarse en otro punto donde prosigue su desarrollo. Pero este feliz injerto constituye seguramente *una rareza,* por otra parte, en general, sin éxito definitivo» (3).

4.° *Rotura tumultuosa.* — «En el caso de rotura del *embarazo extrauterino,* tal como se presenta *de ordinario,* con inundación del peritoneo por la sangre y estado de anemia que imponen la operación de urgencia, el embrión ha muerto seguramente en el momento de la intervención, y a menudo no se encuentra.» La mayoría de las veces «se ha desprendido espontáneamente de sus conexiones vitales» (4).

4. Cuestión médica y cuestión moral. — La exposición que precede nos demuestra cómo se proponen la cuestión médica y la cuestión moral.

1.° *Cuestión médica.* — ¿Es preciso dejar que evolucione el embarazo extrauterino, con amenaza permanente para la madre, y también para el hijo, o, por el contrario, conviene practicar una *operación precoz* a fin de prevenir los accidentes muy graves, y particularmente las hemorragias, que de ordinario acompañan a las roturas de las envolturas normales del huevo?

2.° *Cuestión moral.* — Si nos decidimos por la intervención quirúrgica *precoz* ¿qué operaciones están seguramente prohibidas *desde el punto de vista moral?*

(1) Dr. Clément, *loc. cit.*, págs. 74 y sigs.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 77 y sigs.
(3) *Ibid.*, pág. 72.
(4) *Ibid.*, págs. 72 y 76.

¿Existe, considerando el principio del doble efecto, un modo de intervención operatoria que el cirujano respetuoso del derecho natural pueda en buena hora practicar legítimamente?

Remitiendo al artículo III el examen de lo que está permitido, indicamos aquí lo que está *seguramente prohibido.*

392. I. Operaciones moralmente asimilables a la embriotomía. — Hay que condenar como moralmente asimilable a la embriotomía, y *directamente* mortal, a toda operación cuyo *fin propio* consiste, para salvar a la madre, en hacer morir, *mediante el procedimiento que fuere,* al hijo contenido en la bolsa fetal extrauterina. Al igual que la perforación de la cabeza del feto, una intervención semejante constituye un atentado *directo* a la vida del pequeño ser humano, y, por consiguiente, un homicidio.

No hay motivo para insistir en los modos operatorios, que, según el doctor G. Clément, pertenecen a un pasado desaparecido. «Nadie pensará, dice, en rehabilitar hoy los procedimientos, relativamente antiguos, de tal suerte desacreditados y anticuados que son sin duda desconocidos de la generación médica actual y que pretendían, para salvar a la madre, interrumpir el estado de embarazo matando al germen por la electricidad, por punciones o por inyecciones de líquidos tóxicos» (1).

393. II. Operaciones moralmente asimilables al aborto. — Reprobamos aquí, en nombre de la moral, la operación que tuviere por objeto propio y directo, no amputar *a la vez* la bolsa fetal, de la que procede el peligro, y el feto, sino extraer del saco fetal el feto ectópico, incapaz de vivir fuera del seno materno. Es manifiesto que la intervención quirúrgica *así entendida* equivale al aborto, y es, para salvar a la madre, *directamente* asesina del hijo.

En este sentido, y en él *únicamente,* hacemos nuestras las conclusiones de Moureau, quien al parecer no distingue dos casos: la extracción de la bolsa fetal *con* el germen en ella contenido, y la *sola* extracción del fruto ectópico.

«Según la moral, dice, la extracción del feto (antes de que sea viable o de que esté ciertamente muerto) está prohibida *absolutamente.* Constituye, en efecto, una de estas operaciones *directa* y necesariamente feticidas, que nunca está permitido intentar. Si en el caso de embarazo extrauterino cierto la extracción estuviera autorizada, la craneotomía, o por lo menos *el aborto,* lo estarían en todos los demás casos permitidos indebidamente... (2).

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 72; véase también Besson: *N. R. T.*, págs. 157 y sigs.; pág. 165, 1913; Moureau y Lavrand, págs. 212 y sigs.
(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 213.

ARTICULO II

OPERACIONES CIERTAMENTE PERMITIDAS

394. I. Regla general. — La ley moral autoriza plenamente, a pesar del peligro, toda operación obstétrica que tienda a dar a luz a un niño cierta o probablemente *viable;* ora que sea absolutamente *exigida* por la imposibilidad de un parto normal o por la necesidad de obrar sin demora para prevenir la muerte de la madre, y por consiguiente la del hijo, que, de ordinario, sucumbe antes que su madre; ora que no sea, en el caso, peligrosa hasta el punto de crear para la madre un peligro *seguro* de muerte, es decir, de arrebatar toda esperanza probable de salvarla, y por consiguiente de ser equivalente, en el caso dado, a una intervención *directamente* mortal (1).

Así pues, se requieren tres condiciones: es preciso que la operación sea necesaria y propia para salvar al hijo, sin ser, para la madre, ciertamente mortal en virtud de su naturaleza.

Una *débil esperanza* de salvar a la madre bastaría para legitimar, desde el punto de vista moral, una operación quirúrgica que sería indispensable para prevenir la muerte segura de la madre y del hijo. En efecto, en estas circunstancias el cirujano vela de la mejor manera posible por la salud del uno y de la otra.

II. Aplicaciones. — Nos es imposible, como se comprenderá, entrar en detalles de las operaciones obstétricas.

Mas el principio que acabamos de enunciar muestra en *qué condiciones* puede un cirujano hábil, con seguridad de conciencia, emprender en los embarazos *extrauterinos* la *laparotomía,* que, después de haber abierto la cavidad abdominal, extrae el feto *ya viable* de la bolsa fetal en la que está encerrado; en los embarazos *uterinos* la histerotomía abdominal, más conocida con el nombre de *operación cesárea,* que consiste, a fin de extraer el feto *viable,* en incidir el abdomen y el útero; *la operación de Porro,* que completa, si es necesario, la operación cesárea por la ablación del útero y de sus anexos, y que implica desgraciadamente una completa esterilidad; por último, para no prolongar desmesuradamente una enumeración a la fuerza incompleta, la *sinfisiotomía,* que remedia algún tanto la estrechez de la pelvis al seccionar la sínfisis del pubis, es decir, la articulación cartilaginosa por la que se unen los dos huesos del pubis.

Con las tres condiciones que hemos señalado, estas operaciones y otras semejantes son *seguramente* lícitas.

(1) Recordemos que la intervención es *directamente* mortal si la muerte de la madre es el *medio* que salva al hijo, y paralelamente, si la muerte del hijo es la que salva a la madre.

III. Ejemplo. — Hemos dicho que una débil esperanza de no matar a la madre basta para legitimar una operación que, en un caso desesperado, resulta ser el único medio de substraer al niño, y tal vez a la madre, a una muerte segura.

A *título de ejemplo* citamos las líneas siguientes, que copiamos de la obra del Dr. R. Pichevin sobre *Le Docteur Koeberlé et son oeuvre:* «El embarazo extrauterino fué tratado en varias ocasiones por Koeberlé. Desde los comienzos de su carrera de laparotomista tropezó con serias dificultades. En un caso desesperado el célebre ovariotomista diagnosticó un embarazo extrauterino abdominal, con feto vivo. La madre se hallaba en plena peritonitis, y sus probabilidades de vida eran muy reducidas. Mas la operación era urgente para salvar al hijo, si no a la madre, cuya muerte era *casi segura.* En el curso de la operación la mujer depone materias fecales se enfría y palidece. Se encuentran serosidad peritoneal maloliente y falsas membranas. La madre sucumbe poco después, *como Koeberlé había previsto,* pero éste salva al hijo. El 20 de marzo de 1868, Koeberlé practica con éxito una laparotomía en un caso de embarazo extrauterino que había durado quince meses. Repite la misma operación en una mujer con un embarazo extrauterino de catorce meses. Keller añade que el gran ovariotomista afirmaba a menudo que no vacilaría en intervenir si fuera llamado en el momento de la ruptura de un embarazo extrauterino, con tal que la enferma tuviera *una sola probabilidad* de curación» (1).

No añadiremos más que una palabra. *Desde el punto de vista moral,* que domina a todos los demás, Koeberlé sólo estaba autorizado a intentar la operación en el caso de tener una *ligera esperanza* de no matar a la madre por su audaz intervención. De todas maneras, esta ligera esperanza era suficiente, puesto que la laparotomía era el único medio de salvar al hijo.

ARTICULO III

OPERACIONES PROBABLEMENTE LICITAS

395. Cuestión por resolver. — Antes de entrar en detalles indicaremos, para más claridad, la cuestión que hay que examinar; su alcance práctico; las operaciones que crean más dificultades y merecen por consiguiente un estudio más atento.

1. CUESTIÓN QUE DEBE EXAMINARSE. — Hasta aquí hemos hablado de un doble grupo de operaciones médicas o quirúrgicas: de las operaciones que están *ciertamente prohibidas* por la ley moral, porque para salvar a la madre suprimen *directamente* al feto; de las operaciones que, en ciertas condiciones, están *seguramente permitidas* por el derecho natural, porque no atacan *directamente* ni la vida del hijo ni la de la madre.

(1) Dr. R. Pichevin: *Le Dr. Koeberlé et son oeuvre,* pág. 71.

Asimismo nuestras conclusiones eran rigurosas porque derivaban claramente de un hecho fuera de duda y de dos principios indiscutibles: del *hecho* manifiesto de que el feto es una persona humana, y de la *doble verdad* de que nunca está permitido matar directamente a un inocente, no culpable *materialmente* de agresión injusta, pero que es a veces lícito, por causas graves y proporcionadas, darle *indirectamente* la muerte.

Sólo que algunas veces resulta *muy difícil* distinguir si una operación quirúrgica de doble efecto es *directa* o *indirectamente* mortal para el feto, es decir, si por su naturaleza no procura la salvación de la madre más que por mediación de la muerte del feto, querida por lo tanto implícitamente a título de *medio,* si no de fin, o por el contrario, si tiene un doble efecto *inmediato,* uno bueno, que es el de salvar a la madre, y otro malo, que es, por vía de destrucción o de expulsión, la muerte del hijo: en tal caso el operador puede, por una razón proporcionada, querer directamente el buen efecto y permitir el malo.

Se ve por consiguiente que partiendo de los mismos dos principios, la ilicitud sin excepción del asesinato directo, y la licitud, en ciertas condiciones, de la muerte indirecta, los moralistas más distinguidos pueden, respecto a algunas operaciones muy delicadas, llegar a conclusiones completamente diferentes, según que las consideren directa o indirectamente mortales para el feto.

El *objeto* de este artículo III es el de examinar las más importantes de estas operaciones que son materia de controversia, y decidir si, en el estado actual de la ciencia moral, la opinión que las tiene por *indirectamente* mortales es sólidamente probable.

2. Alcance práctico de la cuestión. — El alcance práctico de la cuestión así propuesta no se oculta a nadie. Si es *verdaderamente probable* que tal o cual operación *no es directamente* mortal para el feto, el cirujano puede formarse la conciencia, e intentar, sin ninguna ansiedad, una intervención que juzga en el caso absolutamente *indispensable* para la salvación de la madre. Ya tiene bastante con las dificultades propias para que los moralistas le creen otras nuevas en nombre de teorías incompletamente demostradas, o mejor de aplicaciones *dudosas de principios ciertos.*

3. Operaciones más sujetas a controversia. — Las operaciones que desde el punto de vista moral originan más graves dificultades son en número de tres.

1.° *Amputación del útero en estado de embarazo.* — Hay en primer lugar la extirpación, a pesar del embarazo, del útero invadido por *tumores malignos* o cancerosos, si, para destruir el cáncer con todas sus ramificaciones, es indispensable practicar la *histerectomía,* con probabilidades serias de salvar a la madre, pero también con seguridad de matar al feto, no viable todavía.

2.° *Extracción de la bolsa fetal extrauterina.* — Hay a continuación la extracción de toda la bolsa fetal extrauterina, con probabilidades muy fundadas de salvar a la madre, pero asimismo con seguridad de matar al hijo, contenido en el saco fetal e incapaz de vivir fuera del seno materno.

3.° *Extracción del líquido amniótico para restablecer al útero en su posición normal.* — Hay finalmente la perforación de las membranas fetales con objeto de poner al útero en su lugar, perforación que provoca un doble resultado: la salvación de la madre, y, en caso de derrame total, el aborto con muerte del feto.

4. Método que debe seguirse en la discusión. — Aquí, como en toda cuestión, conviene ir de lo más conocido a lo menos conocido, de lo menos discutido a lo más controvertido, de lo mejor establecido a lo más problemático. He aquí por qué comenzamos por la extracción del útero canceroso, que, al juicio de todos los moralistas, es un aborto indirecto, y, por consiguiente, una operación indirectamente mortal para el feto. Después de haber resuelto esta primera cuestión nos ocuparemos de las otras dos, más delicadas, para las que no hay la misma unanimidad.

§ 1. — Extirpación del útero grávido canceroso

396. Triple cuestión. — Si no se quieren confundir cosas muy diferentes, con gran detrimento de la verdad, es necesario distinguir aquí una *triple cuestión* estrictamente moral.

De estas tres cuestiones, la *primera* concierne a la licitud de la *fibromiectomía,* que, extirpando directa y únicamente el tumor, es aplicable a los fibromas, porque éstos son tumores benignos, es decir, no cancerosos.

La *segunda* considera la licitud de la *histerectomía* en una mujer encinta, o extirpación del útero, «que, para destruir el cáncer o tumor maligno con todas sus raíces o ramificaciones, destruye el órgano entero, que es el asiento del mismo mal» (1).

La *tercera* examina las perniciosas consecuencias que ciertos médicos han querido derivar, a favor del aborto terapéutico, de la licitud de la histerectomía a pesar del embarazo.

Muy pronto insistiremos en estas falsas consecuencias. Por el momento nos contentamos con distinguir los tumores benignos y los tumores malignos, que, en el curso del embarazo, se desarrollan en el útero. Esta distinción es efectivamente necesaria para la inteligencia de lo que seguirá.

1. Sentido del término tumor. — El término *tumor* designa aquí una «proliferación anormal de un tejido que invade a los demás tejidos del organismo, actuando como un parásito, es decir, creciendo lo más posible en detrimento de los demás» (2).

Se distinguen tumores *benignos* y tumores *malignos.* Esta distinción procede de la naturaleza propia de los tumores, y, por consiguiente, de su diferente modo de desarrollo.

2. Tumores benignos. — Los tumores *benignos* se desarrollan casi siempre *lentamente* y por lo general *in situ,* por lo menos durante largo tiempo. En otros términos, permanecen lo suficientemente aislados de los

(1) A. Gemelli, en *N. R. T.*, pág. 507, 1933.
(2) A. Gemelli, en *N. R. T.*, pág. 504, 1933.

tejidos circundantes, y sólo muy tarde producen *metástasis*, o sea, prolongación hasta órganos alejados de sus raíces y ramificaciones.

«Los tumores benignos más frecuentes del *útero* son: el mioma; el fibroma, simple o múltiple; el fibromioma, también simple o múltiple. Se observa a menudo el desarrollo de fibromas múltiples en el útero en reposo sin que se produzcan trastornos. Pero aumentan rápidamente de volumen en cuanto se manifiesta un embarazo, y ponen en peligro la vida de la madre y la del feto» (1).

3. TUMORES MALIGNOS. — Los tumores *malignos* «se desarrollan rápidamente y por un crecimiento *infiltrador*». Semejantes a plantas de raíces abundantes y profundas, producen muy rápidamente las *metástasis*, es decir, que se extienden por vía linfática y sanguínea y *se trasplantan* en órganos alejados, de suerte que invaden todo el organismo y determinan muy pronto la muerte.

Los tumores malignos más frecuentes del *útero* son el epitelioma, o carcinoma, y el adenocarcinoma. Prácticamente todos los tumores malignos pueden comprenderse bajo la denominación genérica de *cáncer*. El cáncer uterino tiene su origen, en la mayoría de los casos, *en el cuello* del útero. Se extiende rápidamente a la mucosa del cuerpo del útero, y de ésta al miometrio, al perimetrio, a los anexos, de los que pasa rápidamente a todo el organismo por vía linfática o sanguínea y ocasiona muy pronto la muerte (2).

4. DIVERSOS MODOS OPERATORIOS. — Los tumores benignos permanecen casi aislados de los tejidos circundantes, en tanto que los tumores malignos invaden muy rápidamente todo el órgano.

De ahí *dos modos operatorios* esencialmente diferentes. «Es regla general de la cirugía que en el caso de un tumor *benigno* hay que extirpar solamente el tumor; en el caso de un tumor *maligno* hay que extirpar el órgano entero afecto por el tumor y los ganglios linfáticos vecinos, pues la intervención para un tumor maligno, incluso cuando es pronta, se hace siempre cuando la difusión ya ha comenzado...» (3).

Apliquemos esta regla general en primer lugar a los tumores benignos, luego a los tumores malignos del útero. El modo operatorio será: en el primer caso, la *fibromiectomía*, que extirpa solamente el tumor benigno; en el segundo caso, la *histerectomía*, que extirpa todo el útero.

1.° *Fibromiectomía.* — «En otro tiempo los ginecólogos extirpaban el útero fibromatoso durante el embarazo. Hoy, por el contrario, gracias a los progresos de la técnica ginecológica, se opera con el fin de destruir los fibromas», tumores benignos, «dejando continuar el embarazo... Esta cirugía conservadora... es hoy la regla establecida» (4).

2.° *Histerectomía.* — «Si se diagnostica a tiempo, el cáncer del útero puede ser combatido *solamente* siguiendo la regla clásica de todas las operaciones de tumores *malignos*, es decir, extirpando el órgano entero y los ganglios linfáticos próximos...» Indispensable, esta extracción del útero entero y de los anexos, no basta siempre para prevenir una recidiva. «Siempre es posible que la operación intervenga cuando el neoplasma ha enviado ya metástasis a órganos lejanos...» (1).

(1) A. Gemelli, en *N. R. T.*, págs. 504 y sigs., 1933.
(2) *Ibid.*, pág. 506.
(3) *Ibid.*, págs. 504 y sigs.
(4) *Ibid.*, pág. 506. Los Dres. C. Capellmann y W. Bergmann son menos afirmativos (*Médecine pastorale*, 19.ª edic., pág. 42).

Nos hallamos ahora en disposición de apreciar, *desde el punto de vista moral*, esta doble operación.

397. I. Licitud de la fibromiectomía en una mujer encinta. — No hay razón, ni apariencia de razón, para poner en duda, desde el punto de vista moral, la licitud de una operación que *únicamente* extirpa el tumor, *no interrumpe el embarazo*, y provoca raramente y *por contragolpe* el aborto; en una palabra, tiende por su naturaleza al bien de la madre y del hijo; no es o es indirectamente mortal. Por esto Agostino Gemelli, único o casi único que considera directamente mortal la histerectomía practicada en una mujer encinta, reconoce como plenamente legítima la cirugía conservadora de la fibromiectomía.

«*Tiene por objeto*, dice, destruir *solamente* el tumor, conservando al útero grávido. En la casi totalidad de los casos, salvo accidente, llega a alcanzar los dos objetos. Puede ocurrir que el choque asestado al útero determine el aborto, pero esto es raro y hay que contarlo entre los accidentes, posibles. *Toda operación* quirúrgica expone siempre al sujeto al peligro de los accidentes, tales como la parálisis cardíaca producida por la anestesia, la septicemia, etcétera. *En el caso del útero grávido*, es natural tener en cuenta que dos sujetos están expuestos a estos peligros *accidentales:* la madre y el feto. Un aborto que sobreviene como *accidente operatorio* es sin duda un aborto *indirecto*» (2).

398. II. Licitud de la histerectomía en una mujer encinta. — ¿Autoriza el derecho natural a la histerectomía en una mujer encinta, es decir, a la extirpación del útero, extirpación destinada a destruir con todas sus raíces y ramificaciones el cáncer o tumor maligno?

Para resolver esta importante cuestión con toda la amplitud deseable propondremos de nuevo el caso. Hecho esto, daremos la solución común de los moralistas, quienes, todos o casi todos, consideran a la operación *indirectamente* mortal para el feto, y por tanto legítima. Por último responderemos a las principales objeciones.

399. A. Caso que exige la extirpación del útero en estado de embarazo. — Ocurre a veces en el curso de un embarazo que el útero es invadido por un tumor maligno o canceroso; que este tumor pone a la madre en peligro próximo de muerte antes de que el feto sea viable todavía; que no haya otro remedio que la ablación del órgano afecto, de la que resultará un *doble efecto:* la curación de la madre si el tumor no ha

(1) A. Gemelli: *N. R. T.*, págs. 506 y sigs., 1933.
(2) *Ibid.*, pág. 508; véase también *ibid.*, págs. 580 y sigs.

enviado ya sus ramificaciones a órganos alejados; la expulsión del feto no viable todavía y por consiguiente su muerte cierta.

En tal caso apurado ¿puede el cirujano amputar el útero infectado de tumor maligno y en estado de embarazo? Con ello salvará probablemente a la madre. Pero, con el útero, extraerá el feto, aun no viable, y le destinará, por el mismo hecho, a una muerte cierta.

Toda la cuestión consiste, pues, en decidir si, en tales circunstancias, la extirpación del útero enfermo y de su fruto es *directa* o *indirectamente* mortal para el feto.

Al proponer el caso suponemos dos cosas: que el feto no es viable todavía; que la histerectomía es el único remedio.

1. SUPONEMOS QUE EL HIJO NO ES VIABLE. — Si puede vivir fuera del seno materno, no hay, desde el punto de vista moral, ninguna dificultad. La histerectomía no provocará en absoluto su muerte, ni siquiera como efecto indirecto. Desde el punto de vista técnico, el cirujano puede seguir, si lo juzga oportuno, el consejo del Dr. G. Clément: «Otro método muy moderno, igualmente conservador del joven ser, consiste en extraer por la cesárea al hijo *ya viable,* y, después del tratamiento radioterapéutico, en extirpar el útero enfermo en una sesión ulterior» (1).

2. SUPONEMOS ADEMÁS QUE LA HISTERECTOMÍA ES EL ÚNICO REMEDIO. — Al cirujano corresponde juzgar, en su alma y conciencia, lo que hay que pensar de las siguientes líneas del Dr. G. Clément.

«Notemos de paso que para este último caso» del útero grávido invadido por un tumor maligno «poseemos hoy en día *otros medios* de tratar eficazmente a la madre sin perjudicar al hijo. *En el cáncer del cuello,* que si bien es raro (8 veces en 15.000 partos), en la práctica es casi el único tumor que podría justificar una operación semejante, la comunicación de *de Nabias* a la «Association des gynécologues et obstétriciens», hecha en París en octubre de 1925, concluye de la observación de mujeres curadas (por lo menos en apariencia) de su cáncer por el radio: «En el curso de la gestación la aplicación bien conducida del radio vaginal no provoca el aborto y no trastorna la evolución del feto» (2).

Ocurre, sin embargo, que la histerectomía es algunas veces el único recurso. Si esta segunda condición se cumple, si la ablación del útero grávido es en el caso *el único medio* de curar a la madre de su tumor canceroso, se plantea la presente cuestión con toda su complejidad: ¿Es esta extirpación del útero grávido, con su fruto, una acción directa o indirectamente mortal para el feto? Vamos a exponer la opinión común de todos los moralistas.

400. B. Solución común de todos los moralistas. — Si se exceptúa a *Agostino Gemelli O. F. M.,* quien en estos últimos tiempos se ha manifestado contrario, todos los moralistas de valía concuerdan unánimemente (1) en declarar *indirectamente* mortal para el feto, y por tanto, por el principio del doble efecto, *plenamente lícita,* la amputación del útero grávido, infectado de un tumor *canceroso,* si, en el caso concreto, esta extirpación es el único recurso para salvar a la madre de una muerte próxima.

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 76.
(2) *Ibid.,* págs. 75 y sigs.

Bastará, pues, *recordar* las cuatro condiciones a las que está subordinado el principio del doble efecto, y demostrar que estas cuatro condiciones encuentran aquí su legítima *aplicación.*

1. RECUERDO DE LAS CUATRO CONDICIONES. — Como ya hemos explicado en otro lugar (núm. 374, B), se requieren cuatro condiciones para que haya a la vez feticidio solamente indirecto y feticidio autorizado por la ley moral.

Es necesario: 1.°, una *acción* que, considerada en sí misma y prescindiendo del efecto malo, sea moralmente buena o por lo menos moralmente indiferente.

2.°, un *buen efecto,* querido formalmente por el agente, y bastante inmediato para no ser la consecuencia del mal efecto empleado a título de medio;

3.°, un *efecto malo,* tal vez inevitable, pero simplemente tolerado y por ello simplemente permitido;

4.°, por último un efecto malo, permitido en vista del bueno que lo *compensa* y por tanto por una *razón proporcionada.*

2. APLICACIÓN. — En el caso que examinamos, estas cuatro condiciones se verifican completamente.

1.° *El acto operatorio es moralmente bueno.* — Considerado en sí mismo, y por tanto aislado por el pensamiento del efecto malo, que ocasiona fatalmente, la histerectomía, único remedio para salvar una vida humana, no es una operación moralmente reprensible. Sólo se hace moralmente mala si las otras condiciones requeridas por el principio del doble efecto no se cumplen. En cambio, si no falta ninguna de estas condiciones, nada impide decir: la intervención permitida sobre el útero sin feto es permitida también sobre el útero con feto (2).

2.° *El buen efecto tiene las cualidades necesarias.* — El buen efecto, que es la salvación de la madre, es *formalmente querido* por el cirujano. Además este buen efecto es *bastante inmediato* para no ser la *consecuencia* del efecto malo (3). No solamente en la intención del operador, sino de hecho y por su naturaleza, la operación va a suprimir *inmediatamente* el órgano que pone en tan gran peligro la vida de la madre. Sin duda, «antes de extirpar el útero, el cirujano debe ligar necesariamente los vasos que le ponen en comunicación con el organismo materno interno» (4). Pero esta ligadura previa no asesta *directamente* al feto el golpe de muer-

(1) *N. R. T.,* págs. 615 y sigs., 1933.
(2) *Ibid.,* pág. 688.
(3) Este es el *punto principal.* Si el buen efecto nace de la operación *por intermedio* del efecto malo, hay en ello feticidio *directo.* Si por el contrario el buen efecto no proviene del malo, hay feticidio *indirecto;* pues las otras condiciones se cumplen ciertamente.
(4) A. Gemelli: *N. R. T.,* pág. 523.

te. El feto queda libre de todo ataque *directo* (1). Sin duda también, la expulsión del feto, incapaz de subsistir fuera del seno materno, y por tanto el aborto, acompañan a la amputación del útero. Le acompañan necesariamente, pero no son el *remedio* que salva a la madre. La madre no obtiene su salvación por *medio* del aborto, sino por la extirpación de los tumores malignos y del útero degenerado. «Lo que salva a la madre, y a lo que tiende directamente la operación, no es la expulsión del fruto: es la separación del miembro» enfermo (2), del útero canceroso.

Si ello es así, si el efecto bueno, que es la curación de la madre, *no resulta* del efecto malo, el operador puede querer *únicamente* el buen efecto, y, por una razón proporcionada, permitir o, si se prefiere, *querer permitir* el malo.

3.° *El efecto malo es simplemente tolerado.* — El aborto *inevitable*, debido a esta circunstancia accidental que es el embarazo, es *tolerado* porque el operador no puede *a la vez* procurar el efecto bueno y prevenir el malo. Seguramente este efecto malo, que es la muerte del feto, es *cierto*. Pero esta certidumbre absoluta no impide que la operación tienda únicamente a la salvación de la madre, y que sólo *por vía indirecta* sea asesina del feto.

4.° *Hay una razón proporcionada para permitir el efecto malo.* — Visto el peligro inminente que corre la madre, hay una razón proporcionalmente grave para practicar la histerectomía, que, único y último recurso, tendrá sin duda un doble efecto, y un doble efecto cierto, pero también un doble efecto *bastante inmediato* para que el buen resultado no salga del malo y le compense. «Entre la salvación de la madre, obtenida de un modo casi cierto, y la muerte de un embrión, que no llegaría al estado viable, hay manifiestamente la proporción querida» (3).

3. Conclusión. — Concluímos, pues, que *todas* las condiciones requeridas para el aborto *indirecto* se encuentran realizadas, y que la operación no está prohibida por la moral.

«La solución sería diferente si *únicamente* el feto estuviese infectado y si el útero estuviera todavía sano. No se podría, para alejar el peligro de la madre, destruir o expulsar su fruto. Sería atentar directamente a la existencia de éste, puesto que, en la hipótesis, el *medio* escogido para salvar a la madre sería la supresión del mismo feto (4).

401. C. Objeciones de Agostino Gemelli O. F. M. — Agostino Gemelli, teólogo y médico, considera «que la ablación del útero canceroso en una mujer encinta es un aborto *directo*», y por lo tanto una operación estrictamente prohibida por la moral (5).

(1) «Si el cáncer se revelara cuando el feto está próximo a la madurez, la histerectomía se practicaría del mismo modo, y entonces salvaría a la madre y al hijo» (*N. R. T.*, página 618, 1933).
(2) J. Besson: *N. R. T.*, pág. 163, 1933.
(3) A. Vermeersch: *N. R. T.*, pág. 695, 1933.
(4) J. Besson: *N. R. T.*, págs. 163 y sigs., 1913.
(5) *N. R. T.*, pág. 515, 1933.

Para demostrar su tesis niega que se verifiquen las *tres primeras condiciones*, enumeradas en el núm. **400**. En otros términos, niega: 1.°, que la histerectomía practicada en una mujer encinta «sea una *acción indiferente* desde el punto de vista moral» (1); 2.°, que el *buen efecto*, la curación de la madre, sea inmediata (2); 3.°, que el *efecto malo* sea simplemente tolerado y no virtualmente querido por el operador (3).

De antemano hemos respondido a estas tres objeciones, que son las principales. Por esto nos parece más útil transcribir la opinión de un doctor austríaco al que el R. P. A. Vermeersch había consultado.

«*El doctor austríaco*, cuya útil intervención en el debate hemos reconocido, nos ha ofrecido esta exposición sucinta del caso y de la solución que se impone desde el doble punto de vista filosófico y médico.

Se llama indirecto lo que no resulta de la acción considerada en sí misma con sus elementos esenciales..., ni de una intervención sobreañadida. La acción está *siempre* allí con su fin objetivo.

La extirpación de un útero grávido canceroso tiene por fin objetivo la eliminación del útero: es el único efecto esencial de la operación. Si esta acción acarrea, inseparable y fatalmente, un aborto, esta consecuencia no es debida a la misma acción, a su fin propio, sino a las circunstancias. He aquí por qué puede tener por fin la separación del útero y permitir activamente el aborto, sin querer este último (4).

La circulación de la sangre en el fruto forma un circuito cerrado, independiente de la circulación de la sangre en la madre.

La sección de los vasos que van al útero sólo quita al fruto el aporte de oxígeno y de alimento. El mismo fruto queda intacto, aun en sus anexos: la placenta y las membranas del huevo (5).

La muerte se produce por el hambre, y sobre todo por falta de oxígeno: es, pues, un *efecto indirecto*. El poco intervalo entre el acto de que deriva la muerte y la misma muerte en nada varía la especie de ésta.

La eliminación de un *útero canceroso* es deber moral y profesional del médico.

La eliminación de un *útero grávido y canceroso* es permitida según el principio del *doble efecto*. Pues la causalidad perjudicial al hijo es *indirecta*, tanto a causa del fin propio de la acción como a causa de la intención del agente.»

«*Otro doctor* bien conocido del P. G. nos sugería esta otra manera de demostrar que por la extracción del útero no se infligía al feto *la herida mortal* y *directa* que conmueve al P. G. Un golpe mortal *directamente*

(1) *N. R. T.*, pág. 687, 1933.
(2) *N. R. T.*, págs. 522, 523, 524, 525, 526, 1933.
(3) *N. R. T.*, págs. 523 y sigs., 1933; págs. 685 y sigs., en las que niegan que el aborto *indirecto* sea nunca cierto. Si es inevitable es señal de que es *directo*.
(4) El autor demuestra con ello: que el buen efecto no deriva del malo, y que el malo, indirecto, está simplemente permitido.
(5) Esto es decir muy claramente que la sección de los vasos no da *directamente* el golpe mortal al feto, y, por consiguiente, que la operación es una acción indiferente desde el punto de vista moral.

asestado al feto le mataría, aun estando a término. Sin embargo, si el cáncer se revelara cuando el feto estuviese próximo a la madurez, la histerectomía se practicaría del mismo modo y salvaría esta vez a la madre y al hijo» (1).

402. III. Consecuencias ilógicas. — El Profesor Pestalozza y otros médicos *abusan* de la solución que acabamos de exponer para calificar de *indirecto* al aborto terapéutico, y por lo tanto para proclamarlo *moralmente legítimo*, por lo menos en «los casos, muy raros, en que el médico debe reconocer que la continuación del embarazo conduciría inevitablemente a la muerte de la mujer en un plazo muy breve, y naturalmente, a la muerte del hijo» contenido en su seno (2).

Por esto importa poner de manifiesto estos dos puntos: el abuso *no es una razón* suficiente para callar una verdad útil; además, y sobre todo, hay en el caso *verdadero abuso*, consecuencia ilógica, falsa aplicación a casos muy diferentes.

1. El abuso no exige el silencio. — Toda persona de buen sentido «nos concederá fácilmente que el *abuso posible* no nos permite alterar la verdad en una materia de importancia fundamental ni disimular una conclusión de enseñanza común...» (3).

No podemos callar aquí ni el principio del doble efecto ni su aplicación, comúnmente admitida, a la histerectomía practicada en una mujer encinta, única capaz en ciertas circunstancias de curar, por la extirpación del útero, un cáncer que sin esta operación ocasionaría la muerte.

2. El abuso es cierto. — La aplicación al aborto *terapéutico* de la doctrina concerniente a la histerectomía, y comúnmente recibida, es un *abuso manifiesto*. Entre el aborto médico, provocado para salvar a la madre, y el aborto, consecuencia inevitable de la histerectomía, practicada sobre un útero grávido canceroso, hay una *doble diferencia*, que hace del primero un aborto directo y del segundo un aborto indirecto.

1.° *Primera diferencia.* — El aborto terapéutico ataca directamente al feto no viable, que, para la salvación de la madre, es violentamente expulsado del seno materno. Por el contrario la histerectomía, causa del aborto, afecta directamente *al útero materno*, infectado de un tumor maligno.

Ahora bien, «el aborto voluntario es *directo* e *intrínsecamente malo* siempre que la lesión abortiva ataca *inmediatamente* al feto o a algo de él... Es *indirecto* cuando la causa obra inmediatamente sobre la madre o algo de ella. Este aborto *indirecto* puede ser excusado por la necesidad de preservar la vida de la madre» (4).

2.° *Segunda diferencia.* — El aborto llamado médico es querido y causado *como medio* de salvación de la madre. Por el contrario, el aborto inevitable que resulta de la histerectomía y depende de la circunstancia del embarazo no es querido *como medio* de salvar a la madre, sino simplemente permitido *como consecuencia* fatal de la intervención quirúrgica. Ahora bien, el aborto querido *como medio* es siempre directo. En cambio el aborto permitido como *consecuencia indeclinable*, y por una razón ciertamente proporcionada, es un aborto *indirecto*. No quiero directamente lo que no quiero como fin ni como medio. «Subsiste todavía, es cierto, por la voluntad, el deber de evitar las *consecuencias malas* de su acción. Pero se trata de un deber positivo que se satisface tomando las precauciones *posibles*, y del que un *interés proporcionado* nos excusa... Un caso de fuerza mayor... legítima, no una acción mala, sino la tolerancia de una consecuencia lamentable, debida a un concurso de circunstancias independientes de nuestra voluntad (1).

(1) A. Vermeersch: *N. R. T.*, págs. 617 y sigs., 1933.
(2) *N. R. T.*: *Ibid.*
(3) A. Vermeersch: *N. R. T.*, pág. 601, 1933.
(4) A. Vermeersch: *N. R. T.*, pág. 619, 1933. Se ve en estas cuestiones cuánta es la importancia de este principio.

§ 2. — Extracción de la bolsa fetal extrauterina

El embarazo «*ectópico*», y especialmente el embarazo *tubárico*, que es el más común, propone, *desde el punto de vista moral*, una cuestión singularmente difícil. Pero para darse cuenta de esta dificultad y juzgar la *licitud* de los modos de tratamiento es indispensable tener bien presente el peligro grande y continuo que el embarazo extrauterino tiene, no solamente para la madre, sino también para el hijo. Por esto comenzaremos por describir este peligro, del que hemos dicho ya algunas palabras (n. **391**). Unicamente después señalaremos *los dos modos de tratamiento* preconizados en la hora actual. *El primero*, que el Dr. Clément denomina «*expectación armada*», es manifiestamente y de todo punto lícito. En cambio los moralistas no están de acuerdo sobre la legitimidad del *segundo modo* de tratamiento, que consiste en extirpar con el feto *toda* la bolsa fetal. Y aun esta segunda cuestión se subdivide en dos: *¿está permitido* al cirujano y *en qué* momento le está permitido extraer todo el saco fetal en que cierta o probablemente está contenido un feto todavía vivo pero no viable? Esto es investigar dos cosas: *primero*, si la extracción de las envolturas *anormales* del huevo es o no es *directamente* mortal para el feto; *luego*, en qué momento hay una *razón suficiente* de intervención, y por tanto de practicar la escisión. No tenemos, en efecto, que insistir sobre la ilicitud indudable de toda operación asimilible a la embriotomía o al aborto directo (n. **391** y sig.) La amputación no puede ser considerada lícita si no está justificada por el principio del *doble efecto*.

403. Cuestión preliminar: peligro del embarazo extrauterino. — El gran peligro del embarazo ectópico reside en el hecho de que las envolturas anormales del huevo constituyen muy pronto, por su fragilidad, por la brusquedad y la casi fatalidad de su rotura, una amenaza permanente para el mismo hijo tanto como para la madre.

(1) Vermeersch: *N. R. T.*, pág. 603, 1933.

El saco *fetal,* que abriga al feto, «tiene un carácter anormalmente invasor, desordenado, peligroso para ambos organismos. *Werth* ha podido declarar, sin duda con alguna exageración, que todo embarazo extrauterino debe ser considerado y tratado como un «*tumor maligno*».

Es cierto que esta bolsa fetal, provocada por la presencia y necesidades vitales del huevo, pero especialmente, en esta bolsa, las vellosidades que se esfuerzan en arraigarse en el organismo materno para proveer a la nutrición del germen, estas vellosidades «coriales» (1) tienen una marcha invasora y destructiva que el histólogo *Cornil* ha creído poder comparar a la de un tumor maligno. Roen, corroen los tejidos próximos, y llegan a veces a perforar la trompa, órgano que de ordinario las alberga.

En su camino encuentran fatalmente vasos sanguíneos, cuyas paredes desgastan, lo que provocan estas hemorragias a menudo cataclísmicas, tan graves para la mujer y más aún para el germen, hemorragias que la operación precoz tiene por objeto prevenir sobre todo.

Sin duda tan graves accidentes no siempre son fatales, pues el embarazo ectópico puede interrumpirse espontáneamente, evolución la más general, o, por el contrario, llegar a término en un número seguramente excepcional de casos» (2).

404. I. Primer modo de tratamiento: «la expectación armada». — El primer modo de tratamiento no crea, *desde el punto de vista moral,* ninguna dificultad. Y, *desde el punto de vista técnico,* cirujanos de gran valía le han dado la preferencia.

1. PUNTO DE VISTA MORAL. — «El modo de tratamiento más seguro, *moralmente* hablando, el que conciliaría más eficazmente los intereses, o más bien los derechos absolutos de los dos seres, sería seguramente, en mi opinión, — en tanto que el «quiste fetal», por su modo de crecimiento normal y regular, testimonia la vitalidad del germen —, lo que se ha convenido en llamar en cirugía, en situaciones análogas, «la *expectación armada*». Se esperará que el feto, si no rigurosamente a término, sea por lo menos *seguramente viable* para proceder a su extracción abdominal, manteniéndonos prestos a intervenir con urgencia si se produjera una rotura prematura, que viniera a disipar todos los escrúpulos por parte de sus conexiones vitales. La madre sería instruída debidamente de los síntomas que pueden señalar el comienzo de una rotura semejante. Si pudiera ser mantenida en observación en un centro hospitalario o su vecindad inmediata, donde tendría asegurada una intervención rápida, los riesgos de la laparotomía, que habría tenido que sufrir antes, no resultarían sensiblemente agravados...» (3).

2. PUNTO DE VISTA MÉDICO. — Moureau y Lavrand que escribían en 1901, observan que la conducta que hay que seguir, *desde el punto de vista médico,* cuando el embarazo extrauterino es seguro, es *muy discutida* entre los médicos.

(1) Proceden del *corion,* envoltura exterior que pone al feto en relación con su madre. De aquí el nombre de vellosidades *coriales.*
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 73 y sigs.
(3) *Ibid.,* pág. 76.

En su *Précis d'obstétrique,* Ribémont y Dessaignes se plantean esta cuestión: «¿Hay que dejar que el embarazo (extrauterino) evolucione a través de todos los peligros que hace correr a la madre, o esperar que el feto sucumba para disminuir las probabilidades de hemorragia?».

Y *responden:* «La cuestión es *discutible.* Al operar inmediatamente se sacrifican las escasas probabilidades de vida para el feto, se libra a la madre de los múltiples peligros que la amenazan, pero se la expone a hemorragias graves que pueden producirse en el curso de la operación, y que son enteramente excepcionales cuando el feto ha muerto.»

A causa de estos peligros de hemorragia prefiere *Pinard* «intentar la probabilidad de salvar al hijo y hacer cirugía obstétrica *conservadora*» (1).

405. II. Segundo modo de tratamiento: extracción en masa de la bolsa fetal. Naturaleza de la operación. — Una vez descrita sumariamente la operación, estaremos en mejores condiciones para apreciar, en el número siguiente, su moralidad.

He aquí en qué términos expone el Dr. Clément esta intervención quirúrgica, que extrae en masa la bolsa fetal, órgano «patológico».

«*El modo de intervención operatoria*», opuesto al modo de expectación armada, y «único admitido en nuestros días», no tiene por objeto, hablando propiamente, el sacrificio deliberado de la vida del feto *para* ser útil a la madre». No tiende a extraer de la bolsa fetal el *solo* fruto ectópico.

Tiene por objeto, «más exactamente, extraer del organismo las envolturas *anormales* del huevo, que, por su fragilidad, por la brusquedad y la fatalidad de su rotura, constituyen una amenaza permanente para el mismo hijo tanto como para la madre.

Seguramente tal extracción tendrá como consecuencia la muerte del germen que en ella está incluído; pero con toda evidencia no es su muerte lo que se persigue. Voluntariamente se le injertaría, si las circunstancias permitieran este «anidamiento» más favorable, en otro punto del organismo materno, en el que pudiera proseguir su desarrollo regular sin peligro para sí mismo.

Lo que se quiere eliminar *es el saco que le abriga,* — y por desgracia lo uno no es posible sin lo otro en el estado actual de la técnica —, este saco fetal que, hay que reconocerlo, tiene un carácter anormalmente invasor, desordenado, peligroso para los dos organismos...» (2).

Algunas páginas más adelante añade el Dr. Clément:

«La ingeniosidad de los investigadores llegará tal vez a mejores resultados. Así pues, ¿no permitirá una técnica bien estudiada, en ciertos casos incipientes, considerar la posibilidad de un injerto, por ejemplo la

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs. 212 y sigs.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 72 y sigs.; Dr. G. Clément: *loc. cit.,* pág. 78.

implantación intrauterina del huevo con su pedículo vascular, combinada tal vez con una dilatación de la cavidad o con la resección de una cuña de la musculatura uterina, como se practica ya para el ovario?» (1).

406. III. Moralidad de esta intervención: diversos casos. — Para adaptar la solución moral a los diversos casos que pueden presentarse, vamos a enunciar y explicar el principio en toda su complejidad.

A menos que la muerte del feto sea un hecho positivo, únicamente el peligro grave, seguro y moralmente inmediato de la madre es de naturaleza para legitimar, respecto al derecho natural, la extracción de la bolsa fetal y del fruto en ella contenido.

En cambio, un peligro urgente de muerte, es decir, cierto e inmediato o próximo, parece legitimar en todos los casos, con una seria probabilidad, esta extracción, que no parece *directamente* mortal para el hijo. Lícita, si hay duda sobre el contenido de la bolsa, que probablemente no encierra un feto, o por lo menos no encierra al parecer un feto vivo; lícita, con mayor razón, si hay alguna probabilidad de salvar al pequeño prisionero, o también si la bolsa fetal está invadida por un cáncer, la operación no está *seguramente* prohibida por la moral si estos dos hechos son igualmente ciertos: el embarazo extrauterino, con feto vivo; y, como consecuencia de la intervención, la muerte del feto, que no es viable en modo alguno. Expliquémoslo.

1. FETO YA MUERTO. — En las explicaciones que seguirán suponemos que el feto está vivo, o por lo menos que el médico *no está seguro* de su muerte.

Si el feto hubiera *seguramente* cesado de vivir, no habría dificultad alguna. Además la cuestión de la intervención no llegaría siquiera a plantearse, por lo menos de ordinario. Mas al principio es difícil comprobar con seguridad si una mujer está encinta y si en el embarazo extrauterino ha sucumbido el hijo.

2. NECESIDAD DE UN PELIGRO INMEDIATO. — En tanto la madre no corra un peligro grave, cierto y *moralmente inmediato,* la presencia fuera de la matriz del feto todavía no viable no justifica la operación.

Respecto a este punto la moral es muy afirmativa. En tanto haya esperanza de salvar al hijo sin sacrificar a la madre, el deber es aguardar, y por consiguiente no intentar, cuando la madre no se halla todavía en causa, una operación que matará indirecta pero ciertamente al feto. El Dr. Surbled está, pues, plenamente de acuerdo con la moral cuando escribe: «¿Cuál debe ser la conducta, la ambición del médico en presencia de una anomalía semejante de la naturaleza? Salvar siempre a la madre y asegurar la vida de todo hijo viable. En otros términos, vigilar el desarrollo del embarazo, y sólo abrir el vientre si el hijo es susceptible de vivir, *o* si la madre está en peligro inminente de accidente mortal» (1).

(1) *La morale,* tomo II, pág. 245.

Sin duda no hay que aguardar necesariamente a que *se produzca* una rotura prematura: esto sería volver, pura y simplemente, al primer modo de tratamiento (núm. 404). Sin embargo, es preciso aguardar a que esta rotura espontánea, o cualquier otro accidente muy grave, *esté próximo.* Y si este accidente muy grave es casi cierto y puede sobrevenir *a cada momento,* tenemos derecho a considerarlo como próximo (1).

Asimismo, el Dr. Le Bec parece indicarnos con bastante claridad en las líneas siguientes en qué consiste la *temporización requerida* por el derecho natural. «En el embarazo *no tubárico,* es decir, si el huevo es fecundado fuera de la trompa, en el peritoneo o sobre el ovario..., puede esperarse a que el feto sea viable (siete u ocho meses) si nada apremia por otra parte. En el embarazo *tubárico* está indicado operar antes de la época en que tiene lugar habitualmente la rotura, antes de las seis semanas... Es prudente practicar pronto la laparotomía: solamente así podrá bautizarse al hijo y evitar a la madre una peritonitis mortal» (2).

3. FETO DUDOSO: DUDA SOBRE LA EXISTENCIA O SOBRE LA VIDA. — *Si hay duda* sobre el *contenido* del tumor, es decir, si el médico estima *probable* que el tumor no sea fetal o que el germen esté ya muerto, conviene atenerse a los principios que rigen el embarazo extrauterino *seguro.* La extracción está, pues, probablemente permitida *desde el momento* en que la madre corre con certeza un peligro grave o próximo.

Algunos autores se apoyan además en las reglas que gobiernan el conflicto de los derechos. «Cuando un derecho *cierto* entra en conflicto con un derecho *solamente probable,* no se está obligado a sacrificar al primero, sobre todo cuando con su ejercicio se relacionan intereses muy graves. Cuanto más tenue es la probabilidad del derecho adverso, tanto más segura es la preponderancia del derecho cierto» (3).

Pero se ha discutido la legitimidad, si no del principio, por lo menos de su *aplicación* al caso presente. «No se trata de un *derecho probable* del feto, derecho que ciertamente cedería ante el derecho cierto de la madre, sino más bien del «derecho cierto de un *feto probable*», lo que no es lo mismo. En moral la duda de *hecho* lleva a las mismas conclusiones prácticas que una certidumbre. Un feto probable debe ser tratado *prácticamente* como un feto cierto» (4).

Limitémonos, pues, a decir de antemano lo que muy pronto expondremos más completamente. La operación, y por tanto la extracción en masa de la bolsa fetal, órgano «patológico», no tiene por objeto la expulsión del feto como *medio* de salvar a la madre. Considerando el fin

(1) Véase, en este sentido, Aertnys, tomo I, núm. 583, pág. 398 de la 11.ª edición, nota 2, 1928.
(2) Citado por el Dr. Surbled: *La morale...,* tomo II, págs. 247 y sigs.
(3) J. Besson: *N. R. T.,* pág. 157, 1913.
(4) J. Salsmans: *N. R. T.,* pág. 226, nota 1, 1914; L. Wouters: *T. M.,* tomo I, número 738, 3. Sería de otro modo si el médico fuera presa de la duda *negativa,* es decir, si no tuviera ninguna razón sólida para creer en la realidad del embarazo ectópico o en la vida del feto.

del cirujano y el fin de la obra, tiende por sí misma y directamente a extraer un tumor mortal.

4. Feto probablemente viable. — Si hay *alguna probabilidad* sería de salvar al hijo, al que sabemos con seguridad contenido en la bolsa fetal extrauterina, y *probablemente viable,* nadie hay que, en caso de urgencia, niegue o pueda negar la legitimidad de la extracción abdominal, necesaria en cualquier modo de tratamiento (núm. **404**).

En primer lugar la operación no es *necesariamente* mortal para el feto, sino *simplemente* peligrosa. Además tiende a salvarlo tanto como a salvar a la madre. Si por lo tanto el hijo muere a consecuencia de la intervención, es fácil establecer que el feticidio es *indirecto.* Su muerte no es el *medio* que salva a la madre.

Luego el Santo Oficio ha reconocido por dos veces la licitud de la operación en estas circunstancias: la primera vez, en su respuesta del 4 de mayo de 1898; la segunda, en su respuesta del 5 de marzo de 1902. El 4 de mayo de 1898 decía: «En caso de necesidad urgente puede practicarse la laparotomía para extraer del seno materno al fruto, con la condición, sin embargo, de que se vele tanto como sea posible, seria y oportunamente, por la vida del feto y la de la madre» (1).

Otrosí, en este caso de necesidad urgente, en el que no se puede esperar que el feto sea *ciertamente* viable, la operación, que tiende a salvar a la madre, tiende también a salvar al hijo, probablemente viable, y condenado, sin la operación, a perecer con su madre.

5. Bolsa fetal cancerosa. — Si el órgano que contiene el feto está infectado de un tumor maligno, al parecer no existe más duda sobre la legitimidad de la operación destinada a extraer *todo* el órgano enfermo, que sobre la legitimidad de la intervención quirúrgica practicada con miras a la extirpación del útero grávido invadido por un cáncer (2). Remitimos, pues, al lector a la solución dada antes, núm. **396** y sig.

6. Feto no viable y ausencia de tumor maligno. — Llegamos al caso más delicado por muchas razones.

En primer lugar concierne, propiamente hablando, al segundo modo operatorio: extracción, si no precoz, por lo menos antes de la rotura de las envolturas *anormales* del huevo, y por tanto extirpación en masa de la bolsa fetal con el feto, ciertamente no viable, en ella contenido.

Luego difiere de la histerectomía, practicada sobre un útero grávido canceroso (núm. **396** y sig.). En este caso el órgano que encierra al feto no es *en sí* un tumor maligno. La deformación «*patológica*» de que está afecto es debida a la naturaleza del embarazo extrauterino (3), a las vellosidades «coriales», que, como hemos dicho, «tienen una acción invasora y destructiva» (núm. **403**).

(1) Col. S. C. de P. F., tomo I, núm. 1.997, ad. 3; núm. 2.131; *N. R. T.*, págs. 161 y siguientes, 1913; A. Eschbach: *Disput.*, págs. 471 y sigs.

(2) Sobre este punto los moralistas concuerdan mucho más fácilmente: véase, por ejemplo, H. Merkelbach: *Embryologia,* págs. 49 y sigs.

(3) H. Merkelbach: *Quaestiones de Embryologia,* págs. 49 y sigs.

Finalmente, el 5 de marzo de 1902, conforme a su decreto del 4 de mayo de 1898, al que remite, el Santo Oficio respondió *negativamente* a esta pregunta: ¿Está permitido a veces extraer del seno de la madre a los frutos ectópicos, no viables todavía, antes de cumplidos seis meses a partir de la concepción? Y, para precisar mejor el tiempo, ha recordado que ninguna aceleración de los partos es lícita a menos que se efectúe en una época y de un modo que, según lo que ocurre de ordinario, salvaguarden la vida de la madre y del feto» (1).

Por ello no es sorprendente que los moralistas y los médicos se dividan.

Entre los moralistas, algunos, como Marc (2), no se pronuncian. Otros, como J. Antonelli en su quinta edición (3), se limitan a citar sin comentarios el decreto del Santo Oficio.

Los hay que, como H. Merkelbach, niegan resueltamente la legitimidad de la operación: véase *Quaestiones de Embryologia,* págs. 49 y sig.

Sin embargo, un gran número, y de los más conocidos, defienden, después del decreto del 5 de marzo de 1902, «la licitud de la extracción en masa de la bolsa fetal, órgano «patológico». Para limitarnos a los que expresan con más claridad su pensamiento citaremos a Lehmkuhl en su duodécima edición (4); a Aertnys (5); a Génicot-Salsmans (6); a Ubach (7); a Prümmer (8); y a uno de los más recientes (1932), L. Wouters (9).

Como es justo, ninguno de estos autores ignora la decisión del 5 de marzo de 1902. Pero los que la mencionan y la relacionan con el presente caso estiman que no se aplica, con plena certidumbre, a la extracción de *toda la bolsa fetal,* comprendido el feto que en ella está incluído. Creen poder restringirla «a la operación que tiene por objeto *directo* la extirpación del fruto mismo», y que es, por este mismo hecho, *directamente* mortal (10).

Por consiguiente, hasta que la autoridad competente haya considerado ciertamente el caso por una respuesta negativa, y declarado ilícita por el derecho natural la intervención quirúrgica, podemos, con estos moralistas de gran valía, admitir como opinión *probable* que la operación no es *directamente* mortal para el feto aun en estas circunstancias, y, en consecuencia, queda como lícita si es el único medio de salvar a la madre de un peligro moralmente cierto e inminente de muerte.

De hecho la operación tiende *directamente* a salvar a la madre librándola de la bolsa fetal, órgano «patológico», que la mata. «El objeto propio e inmediato de la operación no es la extracción del feto, sino del tumor en que está encerrado. Es de éste, no del pequeño ser que con-

(1) Coll. S. C. de P. F., tomo I, núm. 2.131.
(2) Tomo I, núm. 744, pág. 482.
(3) Vol. II, núm. 111, pág. 88.
(4) Vol. I, núm. 1.011, pág. 567.
(5) Vol. I, núm. 583, págs. 397 y sigs.
(6) Vol. I, núm. 377 y Cas. 159.
(7) Vol. I, núm. 182.
(8) Vol. II, núm. 146, pág. 133.
(9) Vol. I, núm. 738, 2.
(10) *N. R. T.*, pág. 164, 1913; Lehmkuhl, I, núm. 1.011.

tiene, del que procede el peligro *inmediato* para la madre. Y ésta tiene el derecho de desembarazarse de tal quiste engendrado de una manera anormal en un órgano que no está hecho para él, como tendría el derecho de librarse de cualquier otro tumor maligno» (1).

«En el *embarazo normal* está permitido extraer, con su fruto, al útero enfermo que pone a la madre en peligro de muerte, y esta extracción no es directa, sino indirectamente mortal para el feto. Si es así, en el *embarazo extrauterino* es lícito extirpar la bolsa fetal mortal para la madre, y extirparla aunque contenga un fruto ectópico, no viable todavía. Como en el caso precedente, esta ablación no es *directamente* mortal para el feto. Debe considerarse *indirectamente* mortal» (2).

Sin duda la extracción de la bolsa fetal tiene un *doble efecto,* igualmente cierto en el caso: la curación de la madre, si la operación, bien conducida, no acarrea complicaciones; y el aborto, es decir, la muerte segura del feto. Pero el efecto bueno, la curación de la madre, no resulta, *como de un medio* de la muerte del feto. Ambos efectos son paralelos y suficientemente *inmediatos*. Así pues, nada se opone a que el cirujano *quiera* únicamente el efecto bueno y *permita* el malo, que, con gran sentimiento suyo, no puede impedir. Si bien mata infaliblemente al feto, le mata *indirectamente:* por la extracción de la bolsa fetal, de la que provenía todo el peligro, obtiene *inmediatamente* la curación de la madre.

Conclusión. — En el estado actual de la ciencia moral y de los documentos positivos que debe tener en cuenta, *no está prohibido* a un cirujano, respetuoso a la vez de su arte y de sus deberes morales, seguir la opinión de los numerosos moralistas que hemos citado. Su solución no es *teóricamente* cierta, pero en tanto no se haya demostrado la falsedad del razonamiento sobre el que se apoya, sigue siendo sólidamente probable. *Indirectamente* mortal para el feto, la intervención quirúrgica precoz está permitida *en la medida* en que es absolutamente necesaria.

(1) J. Besson: *N. R. T.*, pág. 164, 1913.

(2) Lehmkühl, I, núm. 1.011. He aquí de qué manera responde *H. Merkelbach* O. P. a este argumento:

«El saco fetal no puede ser considerado como un tumor o como un órgano enfermo de la *madre: es algo del feto*. De ahí que la escisión sólo pueda ser lícita en las circunstancias siguientes: si hay, junto con el feto, verdaderos tumores mortales (para la madre), o si existe un tumor verdadero *que no provenga del feto,* pero en el que el feto, con sus envolturas, se encuentre encerrado» (*Quaestiones de Embryologia,* págs. 49 y sigs.).

¿Qué pensar de esta respuesta? Sin negar su valor, no creemos que aporte la certidumbre, y, por consiguiente, baste para dirimir la controversia.

Distingamos bien, en efecto, lo que es del feto y lo que es de la madre. Lo que es del feto es el trabajo destructor, operado en el organismo materno, por las vellosidades coriales que se esfuerzan en arraigarse en él. Lo que es de la madre es el órgano que alberga al feto y cuyos tejidos están roídos y a veces perforados por la acción invasora y destructora del germen. Al extirpar el órgano, que no podría distinguirse del saco fetal, se extrae también al parecer alguna cosa de la madre.

Por lo demás, en toda esta cuestión nos situamos ante todo *en el punto de vista práctico. Y, considerándolo* así estimamos que en el estado *actual* de la ciencia moral, el cirujano puede, *en conciencia,* seguir la opinión de los moralistas eminentes que hemos citado.

§ 3. — Punción de las membranas fetales

407. I. Caso que exige la punción de las membranas. — En el curso de un embarazo *uterino* sobreviene algunas veces un accidente de singular gravedad denominado *versión o caída del útero.* Se impone la reposición del órgano, y si no se hace, la madre, que se halla por el mismo hecho en peligro de muerte, pronto sucumbirá, con el hijo que lleva en su seno.

La reposición del útero puede efectuarse *de ordinario* por medios inofensivos, incluso para el hijo. Pero finalmente, si todos los medios indicados por el arte obstétrica para el desprendimiento y reposición del útero han sido aplicados sin éxito, *¿tiene derecho* el cirujano a emplear el recurso supremo? Para obtener esta reposición y salvar con ella a la madre de una muerte inminente y cierta, ¿está *autorizado por la moral* a disminuir el volumen de la matriz, a practicar una punción en las tres membranas del huevo fetal, a derramar el líquido amniótico en el que está sumergido el feto y encuentra la vida? Esta punción aportará naturalmente un *doble efecto:* uno bueno, que será la reposición del órgano, desviado de su posición normal; el otro malo, que será el aborto propiamente dicho, y por tanto la muerte cierta del hijo, no viable todavía.

Tal es la cuestión: cuestión delicada entre todas. Se trata, en efecto, de decidir si en estas circunstancias hay aborto *directo,* y por consiguiente feticidio siempre prohibido, o, por el contrario, aborto indirecto, y por consiguiente feticidio permitido, puesto que en el caso la perforación de las membranas es *el único medio* de salvar a la madre, quien, sin la punción, perecería fatalmente con el feto.

408. II. Controversia y solución práctica. — Unánimes respecto a la aplicación de los principios a la extracción del útero grávido canceroso (núm. **396** y sig.), divididos en lo que se refiere a esta misma aplicación a la extirpación de la bolsa fetal ectópica (núm. **403** y sig.), los moralistas se hallan *aún más divididos* por lo que hace a la solución moral que corresponde a la cuestión presente. Por esto sólo llegaremos a la conclusión práctica después de un rodeo bastante largo. Tenemos que precisar primero *el punto en litigio;* luego exponer las *dos opiniones* existentes respecto al derrame de todo el líquido amniótico y el aborto que le sigue necesariamente: la que ve en este aborto inevitable un feticidio *indirecto,* y por tanto lícito; y la que, por el contrario, reconoce en él un feticidio *directo,* siempre prohibido.

1. Verdadero punto en litigio. — Si para la reposición del útero y la salvación de la madre *bastara* una *ligera* punción de las membranas, con derrame *parcial* del líquido amniótico y *probabilidad seria* de no provocar el aborto, la operación no originaría grandes dificultades *desde el punto de vista moral.* Los moralistas concordarían fácilmente en declarar

legítima la intervención, y en ver un aborto *indirecto* en la expulsión del feto, expulsión que sería una consecuencia desagradable y *excepcional* (1).

Pero el caso que examinamos es *muy diferente*. La punción es de tal naturaleza que implica siempre y fatalmente la expulsión del feto, no viable todavía. Sobre este punto preciso gira el debate (2). ¿Nos hallamos frente a un aborto directo o a un aborto indirecto?

2. DEFENSORES DEL ABORTO INDIRECTO. — Incluso en su última edición (5.ª, 1932), *Antonelli* insiste, por su cuenta, en la opinión que el doctor Capellmann (3) había defendido en otro tiempo. Estima que el aborto es *indirecto*, y por consiguiente lícito (4). En sus casos, *Génicot-Salsmans* no piensa de modo diferente (5). *Cornelisse* es de la misma opinión (6). *Em. Berardi* aprueba expresamente la solución del Dr. Capellmann (7).

1.º *Razón principal.* — Según estos autores, la muerte del feto no es para la madre el *medio* de salud, única circunstancia que constituiría el aborto directo.

Estamos, por el contrario, en presencia de un *doble efecto* paralelo, independiente, suficientemente *inmediato*.

a) *El primer efecto* es la disminución del volumen del útero. A consecuencia de la punción y del derrame del líquido amniótico, el útero disminuye de volumen y recobra su posición normal, lo que salva a la madre.

b) *El segundo efecto* es la expulsión violenta del feto no viable, el aborto, la muerte. Pero la salvación de la madre no se debe a este segundo efecto.

Por consiguiente el cirujano puede *querer* el primer efecto, que es la disminución de volumen con la reposición del útero, y *permitir*, con gran sentimiento suyo, el segundo, que es el aborto. Está autorizado a permitirlo, aunque, como el primero, este segundo efecto resulta de la punción.

2.º *Explicación más amplia.* — «En este caso — decía el Dr. Capellmann — el peligro de la madre no reside en el embarazo, desde el punto de vista fisiológico. Es puramente mecánico, debido a la dilatación del útero. La evacuación del amnios quita este obstáculo mecánico y reduce al útero: lo que proporciona *inmediatamente* la posibilidad de la reposición, descartando el peligro de muerte», peligro que desaparece *«antes del* aborto. Así pues, el aborto real, la expulsión del embrión del útero *no es ya necesaria* para alejar el peligro» (8).

(1) Gén.-Salsm.: *T. M.*, I, núm. 377 bis.
(2) No hay discusión posible si el médico, como ocurre demasiado a menudo, se propone desembarazar de su fruto a una mujer encinta, y recurre, para provocar el aborto, a la punción de las membranas fetales y al derrame del líquido amniótico. Ningún moralista duda que haya en estas circunstancias aborto *directo* y falta grave.
(3) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale*, pág. 29.
(4) Antonelli: *Medicina pastoralis*, vol. II, núm. 110, pág. 85.
(5) *Cas. conse.*, cas. 157.
(6) Cornelisse, II, núm. 491.
(7) *T. M.*, II, núm. 684.
(8) Dr. Capellmann: *La médecine pastorale*, pág. 29.

No encontramos ya estas líneas en la traducción francesa de la décimonovena edición alemana, pero *Antonelli* las toma por su cuenta y nos ofrece la misma explicación (1).

3.º *Resumen.* — J. Besson resume en pocas palabras toda esta argumentación. Concede que el efecto malo es cierto, pero añade que este efecto malo, la muerte del feto, no es *el medio* puesto en obra para obtener el efecto bueno, la salvación de la madre.

Sin duda la punción y el derrame implican el aborto. Pero «tienen... un doble efecto *inmediato* e independiente: la disminución del volumen y la expulsión del feto. Al primero, *no al segundo*, se debe la salvación de la madre; y al primero tiende *directamente* la operación. Por tal motivo, Antonelli y Cornelisse la consideran lícita» (2).

3. DEFENSORES DEL ABORTO DIRECTO EN ESTE CASO. — Algunos moralistas de renombre rehusan subscribir el razonamiento que acabamos de exponer. Los más conocidos son Lehmkuhl (3); Aerthnys-Damen, quienes admiten solamente la licitud de una *punción* ligera, sin peligro probable de aborto (4); Noldin, aunque no propone explícitamente el caso en litigio (5); Prümmer (6); H. Merkelbach, que discute expresamente la cuestión (7); más recientemente, 1932, L. Wouters que también tiene formalmente a la vista el caso que nos ocupa (8).

1.º *Argumento.* — J. Besson explica netamente la *dificultad* que impide a más de un moralista adherirse, después de examen, a la opinión de Antonelli.

«La punción atraviesa todas las membranas, de las cuales las dos interiores pertenecen al hijo y viven de su vida. La operación obra, pues, directamente *sobre el organismo del feto*, y por la herida que en ellas se hace *va a privarle* de un elemento contenido en sus tejidos y *necesario a su existencia*» (9).

2.º *Opinión del autor.* — Hay en esto una dificultad que nos parece muy grave. La punción de las membranas fetales *equivale*, por el derrame del líquido amniótico, a la *sofocación del feto*. Este se encuentra privado violentamente de un líquido tan necesario a su vida intrauterina como indispensable es el aire al recién nacido desde el momento de su nacimiento. ¿No es esto decir que la punción es una operación *directamente* mortal? Su *primer efecto* es atacar el aparato de la nutrición y de la respiración, aparato que pertenece al feto y es indispensable a su existencia. En estas condiciones la muerte del feto, o mejor, la herida mortal de que es víctima, se convierte al parecer en *el medio* que asegura la reposición

(1) *Medicina pastoralis*, vol. II, núm. 110, pág. 85.
(2) *N. R. T.*, pág. 165, 1913.
(3) *T. M.*, I, núm. 1.006.
(4) *T. M.*, I, núm. 583, 2.º (edición de 1928, Aertnys-Damen); en la edición de 1919 los mismos autores pensaban que el aborto era *indirecto* y por lo tanto permitido.
(5) *De Principiis*, edición de 1923, núm. 343, 4.
(6) *T. M.*, II, núm. 141, pág. 130.
(7) *Quaestiones de Embryologia*, págs. 39, 5.º, y 40.
(8) *T. M.*, I, núm. 735, pág. 511, Coroll. II.
(9) *N. R. T.*, pág. 165, nota 4, 1913.

del útero y procura la salvación de la madre. No se trata, pues, de dos efectos paralelos e independientes: el buen efecto nace del malo, que es el golpe mortal dado al hijo.

Esta segunda opinión tiene todas nuestras preferencias. Se funda en un razonamiento que nos *parece* irrefutable. Además parece ser la aplicación del principio que recordamos antes: «el aborto voluntario es *directo* e intrínsecamente malo siempre que la lesión abortiva afecta *inmediatamente* al feto o algo de él...» (núm. 402, 2, 1.°).

4. Conclusión práctica. — La opinión de Antonelli, que autoriza la punción si en un caso muy raro es el único medio de salvar a la madre, tiene a su favor a moralistas de gran valía y no es considerada *ciertamente* falsa por los autores que la discuten y rechazan. En particular H. Merkelbach (1) y L. Wouters (2), que la combaten expresamente, no dan como indiscutible su propia opinión... Esto basta para que el médico pueda formarse la conciencia y recurrir, en un caso desesperado, a la punción de las membranas fetales si no ve otro recurso. Como es justo, está más tranquilo si una punción ligera, con peligro lejano de aborto, es capaz de producir un buen resultado. En estas coyunturas tiene en su favor a todos los moralistas.

ARTICULO IV

BENEFICIOS DE LA MORAL OBSTETRICA

Los *principios* que hemos expuesto en el capítulo XVII y las *aplicaciones* que hemos hecho de estos principios en el presente capítulo nos muestran con qué *inflexibilidad* la ley moral impone a todos el respeto a la más humilde de las vidas humanas.

Nos falta añadir, a manera de *conclusión general,* que esta intransigencia de la moral obstétrica *es ventajosa* para el cirujano en primer lugar; para el arte médica luego, y, finalmente, para la sociedad entera.

En las páginas que siguen citaremos extensamente al Dr. Clément, que en el curso de su breve opúsculo *Le droit de l'enfant à naître* insiste en varias ocasiones en estas ideas, muy propias para mantener al médico en el angosto sendero del deber profesional.

409. I. Beneficios para el médico. — Al proclamar como principio absoluto, intangible, sin excepción alguna, que el feticidio *directo* está siempre prohibido, y por tanto no podría ser legitimado ante la conciencia por la más imperiosa de las razones, la moral obstétrica es *la única* que suministra al médico este *punto de apoyo,* sólido e inquebrantable, en el que le basta mantenerse firme para resistir a la vez a las más insistentes súplicas de sus clientes, a las inclinaciones de su propia piedad y hasta a

(1) *De Embryologia,* págs. 39, 5.°, y 40.
(2) *T. M.,* I, núm. 735, pág. 511, Coroll. II.

la falsa máxima, hecha para deformar una conciencia médica, de que el único deber del cirujano es el de practicar toda operación indispensable para la salvación de su cliente en estado de embarazo.

1. Solicitaciones y propia compasión. — Si, contrariamente a los principios ciertos de la moral obstétrica, el médico no considera como *seguramente* ilícita la supresión *directa* de la vida fetal, *aun cuando* esta supresión parece técnicamente necesaria para la salvación de la madre, está «*ineficazmente* defendido contra las *solicitaciones* a las que le exponen los intereses de sus clientes, pero principalmente contra las inclinaciones tan comprensibles de su *propia piedad.* ¿Quién no se emociona, en efecto, ante ciertas escenas dolorosas, ante la perturbación, la angustia moral, la desesperación que provoca a veces ante nuestros ojos, sobre todo en circunstancias particularmente delicadas, la penosa revelación de que la causa real de ciertos síntomas morbosos en una *joven soltera* es el estado de gestación?» (1).

La piedad del médico será despertada aun más intensamente si se trata de una *joven esposa* tiernamente amada por su marido y destinada al parecer a una muerte cierta si el aborto médico no obra en su auxilio. En estas circunstancias angustiosas su único recurso es la *clara visión de su deber,* unida a veces a la *secreta esperanza* de que sus pronósticos pesimistas podrían muy bien desmentirse a pesar de todo. Este es el feliz desenlace que puso fin, para satisfacción de todos, al caso siguiente.

«En un hogar particularmente feliz y unido, temporalmente establecido en una gran ciudad universitaria, la joven esposa *empieza a declinar* al comienzo de su primer embarazo. El médico consultado declara formalmente que el aborto artificial es *el único medio* de salvarla, y convence sin demasiado trabajo al marido de la necesidad ineludible de esta intervención. Instada a que se someta a ella, la esposa titubea: repugna a su conciencia esta solución asesina. Aislada de los suyos, y sintiendo la necesidad de un apoyo moral en este medio extraño, tiene la idea de escribir al obispo y de rogarle que la aconseje. El obispo responde al llamamiento. Se emprende una discusión, muy pronto ardiente y apasionada, entre el intérprete de la ley moral, emocionado por estas trágicas circunstancias, y el marido, que violentamente se rebela contra esta doctrina «cruel», que pretende obligarle a sacrificar a su mujer querida y su felicidad terrestre, so pretexto de salvar a un pequeño ser desconocido, o hasta de prolongar su existencia precaria. A pesar de las revueltas bien comprensibles del sentimiento conyugal, el deber austero predomina. Ahora bien, al contrario de todas las previsiones, nació un hijo a término, actualmente un buen muchacho, gracioso e inteligente, que es el orgullo de sus padres» (2).

2. Sofisma del deber profesional. — En verdad el deber profesional es el deber *moral* aplicado a la profesión. Si el médico está bien conven-

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* pág. 55.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 70 y sigs., en las que se refieren otros ejemplos.

cido de esta verdad se defenderá más fácilmente contra el sofisma de que su deber *profesional* es salvar a la madre *por todos los medios,* incluso por los medios ciertamente opuestos a la ley natural.

410. II. Beneficios para el arte médica. — La intransigencia de la ley moral, que prohibe sin excepción alguna la muerte directa del feto, *es una ventaja* para el arte obstétrica. Mientras que el desprecio de la vida del hijo es una causa de *estancamiento,* el respeto a esta vida, o mejor, el deseo apasionado de salvar las dos vidas, la de la madre y la del feto, es fermento de *progreso,* y fermento singularmente activo.

«*En el dominio de la obstetricia,* la facilidad, una vez admitida, de resolver todos los casos de eclampsia o de vómitos incoercibles por el raspado vulgar del útero sería seguramente, *y lo fué a menudo en realidad,* una verdadera «*almohada de pereza*», mientras que la preocupación impuesta de respetar la vida del feto obliga e incita al médico de cabecera, y al cuerpo médico en general, a hacer un esfuerzo sostenido y a investigaciones más sutiles.

Gracias a esta preocupación, más viva en unos, pero persistente en todos en cierto grado, se han realizado estos últimos años grandes progresos terapéuticos, de los que la madre y el hijo se han beneficiado. Gracias a ella se ha podido, poco a poco, resolver la cuestión, no hace mucho tiempo angustiosa, de la *pelvis estrecha*» (1).

411. III. Beneficios para la sociedad. — Beneficio para el práctico y para el arte médica, la inflexibilidad de la moral obstétrica es también, *por intermedio* del médico, un *bien muy precioso* para toda la *sociedad.* Según que observe religiosamente, o por el contrario viole sin escrúpulos las prescripciones del derecho natural relativas a la vida fetal, el médico es en gran parte obrero de bien o de mal social, sembrador de vida o de muerte social, inspirador de sacrificios o fautor de abortos.

El Dr. Clément demuestra muy bien que en esta cuestión los actos médicos, aun aislados, tienen necesariamente una repercusión lejana sobre el espíritu público.

1. Sembrador de muerte social. — «La facilidad con que ciertos médicos han practicado el aborto por «*indicaciones médicas*», y también, hay que confesarlo, bajo un simple «*pretexto*» médico, ha debido tener su influencia sobre la mentalidad pública; sobre la disminución del respeto a la vida en germen, señalada por el aumento, siempre creciente, de los abortos.

¿Cómo persistirían las diversas clases populares, tanto las gentes sencillas de sentido común vulgar como los intelectuales razonadores, en reprobar como un «*crimen*» lo que los hombres que gozan de la confianza y de la consideración generales practican, *no solamente impunemente,* sino a menudo *por razones* que el profano puede, en buen derecho, reconocer que no son urgentes y *en modo alguno imperiosas* para males más o menos graves, para peligros más o menos problemáticos?

Si el interés de la salud es considerado como razón suficiente para justificar las interrupciones del embarazo, si el aborto «*directamente* provocado» no es *en sí* fundamentalmente reprensible, ¿por qué la salvaguardia *de otros intereses,* igualmente graves, o más todavía, no podrían legitimarlo también?

2. Sembrador de vida social. — Por su respeto absoluto a la vida del hijo, que nunca sacrificará *directamente* a la vida de la madre, el médico puede contribuir grandemente «a restablecer la noción exacta del valor de la vida en germen y de lo que autoriza o reprueba el derecho natural.

Así el médico renovará una de sus más bellas y más necesarias tradiciones: el respeto escrupuloso *a la vida humana,* aun la más humilde y la más amenazada, y especialmente a la vida fetal, por ser la más precaria, la menos protegida, la menos segura de una simpatía natural, y sin embargo cargada de promesas y esperanzas para el porvenir» (1).

3. Ejemplo de buen obrero. — Terminemos con un ejemplo, *el ejemplo de un buen obrero,* cuyo respeto a la moral obstétrica ha sido recompensado.

«Un ginecólogo suizo me contaba en 1929 que *tres colegas,* todos médicos muy estimados en una ciudad universitaria, llamados sucesivamente por una de sus próximas parientes encinta, habían declarado que la interrupción del embarazo *se imponía formalmente.* Ahora bien, al ser llamado él, después de los tres anteriores, se opuso a ello *por principio,* es decir, por respeto a la moral, «lo que le valió ver su parentela aumentada con una encantadora joven, cuya madre soportó perfectamente la prueba de este embarazo y continúa en buen estado» (2).

Este hombre de deber había comprendido y aplicado de antemano a su vida práctica la recomendación de Pío XI: «Para proteger y salvaguardar cada una de las dos vidas, la de la madre y la del hijo, los médicos honrados y hábiles hacen laudables esfuerzos» (3).

(1) Dr. G. Clément: *loc. cit.*, pág. 82.

(1) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 140 y sigs.
(2) Dr. G. Clément: *Le droit de l'enfant à naître,* págs. 70 y sigs.
(3) *Le mariage d'après l'encyclique «Casti connubii»*, pág. 177.

SECCION IV

DEBERES DE CARIDAD

Si se exceptúa la obligación de advertir a los enfermos en peligro probable de muerte próxima (cap. IX, núm. **124** y sig.), *hemos expuesto principalmente* hasta aquí los deberes que se imponen al médico a título de *justicia*. En esta sección IV vamos a tratar de los deberes que el médico debe cumplir a título de *caridad*. Unos tienen por objeto principalmente el *cuerpo*, y se reducen a la asistencia gratuita a los pobres. Los otros se refieren más especialmente *al alma*, y pueden resumirse en estas cuatro palabras: respeto a las conciencias. Vamos a examinar los primeros en el capítulo XIX; los segundos serán el objeto del capítulo XX.

CAPITULO XIX

ASISTENCIA GRATUITA A LOS POBRES

412. Triple cuestión. — 1. *¿Está obligado* el médico por la ley moral a asistir gratuitamente a los pobres que soliciten su intervención, y, si está obligado a ello, *a qué título y en qué medida* tiene la obligación de no rehusar cuidados cuya factura únicamente pagará Dios?

2. ¿Le invita además la misma *caridad*, que obliga al médico a asistir a veces sin esperanza de remuneración a los pobres, a ir más allá de sus obligaciones y a convertirse en bienhechor de los indigentes?

3. Finalmente, *¿bajo qué formas* practicará el médico más fácil y eficazmente la asistencia gratuita a los pobres?

De este modo, precepto, consejo, práctica: tales son las *tres cuestinoes* a que podemos reducir lo relativo a la asistencia gratuita. Constituirán la materia de *tres artículos*.

ARTICULO PRIMERO

PRECEPTO DE LA ASISTENCIA GRATUITA

413. Origen por explotar. — Los principios morales que establecen el precepto natural de *la limosna*, asignan su título y determinan su extensión, enuncian de modo semejante y definen el precepto de la asistencia médica a los pobres.

Esta asistencia, en efecto, no es más que una *forma de limosna temporal;* y si tiene alguna particularidad, es para ventaja completa del médico, puesto que la beneficencia de que hablamos está continuamente a su alcance: «cuando su bolsa es incapaz de larguezas tiene siempre el recurso del arte» (1).

Para demostrar la *existencia*, conocer el *título* y medir la *extensión* de la obligación, sólo tenemos, pues, que *aplicar* a la asistencia médica de los pobres lo que los moralistas más autorizados dicen de la limosna (2).

414. I. Existencia de la obligación. — Uno de los primeros principios del derecho natural es que a causa de la comunidad de naturaleza

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 153.
(2) C. d'Annibale, II, núm. 85.

y de destino estamos obligados a amar a nuestros semejantes, a *quererles* bien, a *hacerles* bien, *a ir en su ayuda* en la ocasión necesaria y en proporción de nuestros recursos; en una palabra, a prestarles los buenos servicios que podríamos *razonablemente* esperar de ellos si nos halláramos en su lugar. Esto quiere decir que la limosna es obligatoria y que el médico está *obligado algunas veces* a prestar cuidados gratuitos a los pobres, demasiado indigentes para remunerar sus servicios.

Asimismo, estos cuidados gratuitos comprenden naturalmente la indicación del tratamiento; los socorros que conjurarán el peligro inmediato; a veces también, si la pobreza es extrema, el don gracioso de los remedios más usuales y más indispensables.

El *hecho de la obligación* no podría, pues, ser puesto en duda; y nos basta investigar *a qué título,* y, lo que es más complejo, *en qué medida,* el médico está obligado por la ley moral a la asistencia gratuita de los pobres.

415. II. Título de la obligación. — La asistencia gratuita no es un deber de justicia; pero es un deber de caridad, que, como tal, no confiere al pobre ningún derecho estricto.

1. JUSTICIA. — A menos de estar encargado por los poderes públicos de asistir a los pobres y de recibir por ello los honorarios convenidos, el médico no está obligado, *a título de justicia,* a prestar cuidados gratuitos a los indigentes: entre él y los necesitados no hay contrato ni cuasicontrato.

2. CARIDAD. — Pero la asistencia médica gratuita es un *deber de caridad.*

Como decíamos (núm. **414**), la caridad (1) nos obliga a amar al prójimo *como* a nosotros mismos, y por tanto a quererle y hacerle bien. Por consiguiente el médico no está autorizado a descuidar enteramente esta especie de bien que *sólo él puede* realizar como conviene: en ciertas circunstancias, que tendremos que determinar, debe cuidar *gratuitamente* a los pobres atacados de males graves.

3. CONSECUENCIAS. — Se ven las consecuencias que derivan de esta distinción, admitida por todos, entre las obligaciones de justicia y las obligaciones de caridad. La *principal* es que la caridad impone un verdadero deber respecto al prójimo, pero no confiere al prójimo ninguna especie de derecho. Así pues, el pobre puede solicitar, *como un favor,* cuidados gratuitos; pero no puede reclamarlos *como cosa debida* y que no podría rehusarse sin injusticia. De ahí se sigue que los deberes de caridad, aun siendo reales, son menos rigurosos.

De lo que nos falta decir se deducirá claramente que son también menos extensos.

(1) Si se quisiera ser más preciso se distinguirían, considerando el motivo, *dos clases* de caridad: la caridad *natural,* que se detiene en el prójimo, y la caridad *sobrenatural,* que se eleva hasta Dios o, más exactamente, hasta Dios que destina todos los hombres a una felicidad fuera de proporción con las exigencias de toda naturaleza creada, a la felicidad de Dios mismo, a la visión intuitiva de Dios.

1.° La caridad *natural* se detiene en el prójimo. Amor racional y amor de benevolencia, nos inclina a querer y a hacer el bien a los demás *en consideración* a los lazos que nos unen a ellos, a sus cualidades innatas y adquiridas, a sus miserias y sufrimientos. Pero el bello nombre de caridad no le conviene sino en sentido amplio.

2.° La caridad *sobrenatural* se eleva hasta Dios, el Padre común de todos los hombres. Nos lleva a amar al prójimo por el amor a Dios. Igualmente, «el prójimo puede ser amado por Dios de tres modos: en tanto que es una obra natural y sobrenatural de Dios, destinada a glorificarlo, como un cuadro hace la gloria de su autor; en tanto que participa de la bondad divina, que tiene la gracia o puede tenerla; en tanto que es amado de Dios: el verdadero amor hace amar todo lo que ama aquel a quien se quiere» (*D. P. C. R.*, tomo II, artículo *Caridad*, col. 10).

416. III. Extensión de la obligación. — La extensión de la obligación que incumbe al médico a título de caridad es *el punto más delicado* de determinar. No es de extrañar. Nada más difícil que delimitar exactamente el precepto natural de la limosna, de la que la asistencia médica gratuita es una de sus formas, y no la menos útil.

Hay que tener en cuenta la *demanda expresada* por el pobre; la *necesidad* mayor o menor en la que se encuentra a causa de la enfermedad; los *recursos,* o cuando menos el tiempo, de que dispone el médico.

Con la condición de no perder de vista esta *triple consideración* llegamos a enunciar las proposiciones siguientes, que expresan la enseñanza común de los moralistas.

1. DEMANDA.— Fuera del caso en que se dudara con buen derecho que tal enfermo está reducido a una *extrema* necesidad, el médico no está obligado, en virtud de la ley natural, *a instituir una encuesta* para saber si hay en su barrio enfermos pobres que tengan necesidad, a causa de su estado, de visitas o consultas gratuitas. Puede esperar a que los pobres imploren su asistencia por sí mismos o por otros. Corresponde al pobre exponer su miseria si quiere ser socorrido; y nadie está obligado a imponerse una pesada carga para auxiliar al prójimo que no sea presa de una necesidad extrema o casi extrema.

2. NECESIDAD. — Si distinguimos, con todos los moralistas, una *triple necesidad:* extrema o casi extrema, grave, común u ordinaria, llegamos sin gran trabajo a las conclusiones siguientes:

1.° *El médico está obligado estrictamente,* aun a riesgo de un grave inconveniente, a acudir lo más pronto posible al llamamiento de cualquier enfermo pobre que se halle en una necesidad *extrema* o *casi extrema,* es decir, que se encuentre en la imposibilidad moral, o por lo menos en una gran dificultad, de conservar la vida o de recobrar la salud sin la intervención, necesariamente gratuita, del médico.

Es lo que los deontólogos llaman el *caso de urgencia.* Así hay urgencia, y urgencia inmediata, de prestar los cuidados a un ahogado que acaba de ser sacado del agua, a un albañil que ha caído de un andamio, a un transeúnte atropellado gravemente por un automóvil, etc. En estas circunstancias el médico no tiene que inquirir, para dar o rehusar sus cuidados, si el paciente es víctima de un accidente o culpable de suicidio. Que el peligro de muerte próxima sea voluntario o involuntario, el deber del médico es el mismo. Desde el punto de vista de los socorros, no hay que

hacer diferencia entre un hombre *que han* asfixiado y un hombre que *se ha* asfixiado (1).

Sin embargo, para salvar la vida a un pobre o conservarle la salud, el médico no está obligado a emplear *estos medios extraordinarios* a que el mismo enfermo si pudiera, no estaría, obligado a recurrir para librarse de la muerte o conservar sus fuerzas: así no está obligado a practicar una operación particularmente difícil y delicada.

2.° *El médico no está obligado* a acudir al llamamiento de *todos* los pobres que se encuentran reducidos a una *grave necesidad,* y por tanto no pueden sino *difícilmente,* sin el socorro de la medicina, conservar la vida o recobrar la salud. Sería ésta una carga demasiado pesada y casi intolerable.

Tampoco está obligado a sufrir un *grave perjuicio* para asistir a *alguien:* excepto en el caso de extrema necesidad, la caridad no obliga a socorrer al prójimo si no es relativamente fácil auxiliarle.

Añadamos que el médico no está obligado a prestar cuidados gratuitos a los pobres de que hablamos si tal o cual de sus colegas está dedicado *plenamente* a asistirlos y no deja de cumplir este deber.

Pero cometería una falta grave si, estando solo en su barrio en la asistencia de enfermos pobres que se hallan en grave necesidad, rehusara *a todos* y *habitualmente* cuidados gratuitos que puede dar *fácilmente.* Enunciada en estos términos, la aserción parece admitida por todos (2).

3.° *Finalmente el médico no puede,* sin *cierta* falta, por lo menos ligera, desinteresarse absolutamente de *todos* los enfermos pobres que se encuentran en una *necesidad ordinaria,* es decir, que en rigor pueden curarse, o por lo menos escapar a una grave enfermedad, sin médico ni medicinas. En este caso, y cuando sea fácil, debe asistir a uno u otro (3).

(1) Muchos hechos nos demuestran que no hay que *desesperar demasiado pronto.* Citemos un ejemplo, ya antiguo. «Una joven obrera, culpable de una falta grave, aprovecha la ausencia de su compañera, se encierra en su cuarto y se asfixia. El médico declara que ha muerto. Sin embargo, llegado a su casa, un pensamiento le obsesiona: ¿Quién sabe si esta pobre muchacha tiene todavía un soplo de vida? ¡Vuelve a ella apresuradamente, le aplica un hierro al rojo y la pobre joven despierta de su letargo!» (Louis Milliériot, muerto en 1881, por Ch. Clair, pág. 111).

(2) Gén.-Salsm., I, núm. 224.

(3) El Dr. *Noël Hallé* observa con buen derecho que la moral del *amor al prójimo* «debe adaptarse de un modo *particularmente exacto* a la profesión médica, uno de cuyos *primeros deberes* es la asistencia caritativa.

Un texto célebre viene en apoyo de esta aserción: la *parábola del samaritano.* Un médico es quien la ha escrito; vale, pues, la pena de ser meditada por sus colegas de hoy.

El médico, aun el no creyente, a quien la ciencia no ha ordenado con autoridad suficiente sus deberes de estado, releerá el capítulo X de San Lucas (30-38). Si busca lealmente una regla moral, la encontrará...

En este corto apólogo todo debe meditarse, pues cada palabra tiene su alcance. A pesar del carácter sagrado de su ministerio, el sacerdote y el levita se muestran sin piedad. Un transeúnte cualquiera, cismático despreciado, fuera de toda comunión judaica, hace simple y generosamente la obra de caridad.»

Algo más arriba el mismo autor escribe: «Compasión, asistencia caritativa, desinterés, generosidad que va hasta la limosna, y esta caridad va de un pobre hombre fuera de la ley a un desconocido en el camino. Toda la esencia de nuestra moral profesional está aquí.» *(De l'éducation médicale,* págs. 209 y sigs.).

3. Recursos. — De lo que se acaba de decir se deduce que el médico nunca debe, salvo a veces el caso de urgencia, sacrificar a sus deberes de caridad ninguno de sus deberes de justicia. No está obligado, pues, para asistir a los pobres, a restringir el número de sus clientes de pago y a imponerse así un sacrificio muy oneroso.

Por consiguiente está tanto más obligado a la asistencia de los pobres cuanta más fortuna y tiempo posea. Igualmente veremos que un médico caritativo *sabe encontrar el medio* de ser grandemente útil a los pobres sin perjudicar de ningún modo a su clientela.

Pero antes de llegar a la práctica conviene examinar lo que la ley moral *aconseja* respecto a la asistencia médica de los pobres.

ARTICULO II

CONSEJOS DE LA LEY MORAL

417. Tres consejos. — Respecto a la asistencia médica de los pobres se pueden reducir a *tres* los consejos de la ley moral.

Aconseja al médico no ahorrar trabajo para aliviar siempre que pueda a los *cuerpos* que sufren; ingeniarse en alcanzar y curar el *alma,* que a menudo está tan enferma si no más; emprender y continuar esta doble cura del cuerpo y del alma bajo el impulso de un verdadero y hasta un tierno *amor* para el pobre.

Celo para el cuerpo del indigente, celo para su alma, y a uno y otra por amor: he aquí el *ideal* que la ley moral propone al médico (1).

418. I. Celo para el cuerpo. — La ley moral permite y aun aconseja calurosamente al médico no atenerse a la obligación estricta, sino *hacer algo más,* aun a costa de alguna molestia.

1. Con la única salvedad de no descuidar sus deberes profesionales de justicia y de no perjudicar gravemente su salud, el médico tiene toda la libertad para seguir las inspiraciones de su celo. Hasta se le invita a observar lo menos posible el *Código de Etica Médica* de la Asociación americana, «que prohibe al médico rico dar consultas gratuitas, porque esto sería perjudicar a sus colegas» (2). «No escuchéis este precepto — dice con razón el Dr. Dechambre —, y haceos un honor de desobedecerlo» (3).

2. Por lo demás, no *faltará por completo* el tiempo al médico que quiera sinceramente dedicarse a aliviar a los pobres. Si profesa el culto de la caridad secreta, poco conocida de los hombres tal vez, pero conocida

(1) Inútil es decir que la *fe cristiana* engrandece singularmente este ideal, puesto que muestra en el pobre la misma persona de Jesucristo, y promete en el más alto grado la visión eterna de Dios al creyente que habrá sabido tener más despiertos los ojos interiores de su alma y ver más habitualmente en el enfermo, desprovisto de recursos, al Salvador sufriendo (Moureau y Lavrand, págs. 70 y sigs.).

(2) Citado en Dechambre, pág. 153.

(3) *Ibíd.,* pág. 154; Dr. E. Hubert, pág. 50, núm. 57.

de Dios, sabrá procurarse algún tiempo (1). «Siempre es posible, entre la mañana y la noche, encontrar algunos instantes para una buena acción: para una acción mala o para un placer se sabrían encontrar. El más ocupado de los médicos de su tiempo — acabo de nombrarlo — daba consultas gratis los domingos, y recibía a los pobres todas las mañanas antes de su primera salida. *Chomel,* que no tenía en este sentido hábitos tan regulares, nunca rehusaba ir a visitar a un pobre en su domicilio, por poco que se lo pidieran la familia o un colega. En una circunstancia particular, llamado por el médico de cabecera de gente pobre, les visitó unas diez veces con puntualidad ejemplar, permaneciendo largo tiempo cerca del enfermo, atento a sus males como debía estarlo a los de su real cliente (2), y cuando llegó el momento de ofrecerle los honorarios que la familia tenía dispuestos, no quiso recibirlos. Sobre esta cuestión se puede leer en el *Dictionnaire encyclopédique* una anécdota sobre *Récamier*» (3).

419. II. Celo para el alma. — El médico no se contentará con curar o aliviar el cuerpo del pobre. En los límites de lo posible se esforzará en curar o por lo menos mejorar el alma, a veces tan agriada por el sufrimiento y tan deformada por el vicio. Procurará, pues, ganar el corazón y despertar, si hay lugar, la conciencia.

1. Ganar el corazón. — El mejor medio de ganar el corazón del enfermo pobre, y por consiguiente consolarle, es atestiguarle una tierna piedad por los *procedimientos* y por las *palabras.*

1.° *Procedimientos.* — Si un médico cuida a un enfermo pobre *sin brusquedad,* sin prisa exagerada, sin nada que se parezca a una condescencia *algo altanera,* sino con una atención llena de consideraciones y solicitud, en una palabra, si le trata *como a un rico* del que recibiera grandes honorarios, y si, en caso necesario, pone a contribución su bolsillo para procurarle los remedios indispensables, el pobre comprenderá pronto que los sentimientos responden a los actos, que el médico se interesa verdaderamente por él y siente en lo íntimo de su alma compasión por sus males.

El corazón se dejará ganar y algunas buenas palabras acabarán por abrirlo.

2.° *Palabras.* — Si las buenas palabras son por sí mismas menos preciosas que los actos, completan a éstos maravillosamente.

Una palabra de piedad es siempre para el alma un bálsamo bienhechor que cura muchas heridas. Los socorros materiales son insuficientes si no van acompañados de palabras *propias para levantar el ánimo* del desgraciado y aliviarle de los sufrimientos del corazón (1).

2. Despertar la conciencia. — Después de haber ganado el corazón, el médico estará alguna vez en disposición de obrar eficazmente sobre el alma culpable, de reanimar en ella el sentido de la moralidad, de inspirarle el deseo de una vida mejor. No debe descuidar esta tarea que cura la parte más noble del hombre.

«Al calmar el sufrimiento, puede con la amabilidad, que es una de las mil formas de la caridad, *despertar la conciencia.* Por poco que permanezca en la casa del pobre y sea observador, llega mejor que nadie a comprender las miserias que contiene, y en medio semejante es cuando brilla, si quiere, su papel social. «Es una acción viril, escribe J. Simon, llevar bajo el techo del pobre la ciencia de la vida, levantar los ánimos, dar valor y seguridad. ¡Pero si fuera posible, si se atreviera a hablar a esta alma dormida de las verdades eternas, de la sólida esperanza! El beneficio no sería entonces como la piedra que se arroja al abismo, que hace mucho ruido y cierto movimiento durante un segundo, pero va seguida de una eterna inmovilidad.»

El práctico puede dar consuelos para todos los infortunios, alivios para todas las miserias, y prudentes consejos para caldear las almas de los desgraciados y formarles hábitos de orden, economía y templanza. Le corresponde distribuir *esta limosna espiritual* para rehacer la moralidad y enseñarles a soportar más ligeramente sus males (2).

(1) «La vida profesional de *Guyon* estaba regulada por un *método* invariable, maduramente razonado. «¿Cómo — le dije un día, en una de las conversaciones familiares de la tarde que me concedía cuando colaborábamos — cómo se las arregla Vd. para resistir tantas ocupaciones y preocupaciones?» «¡El *método,* amigo mío, el método! Cuando entro en la sala número 1 de San Juan me doy por entero al número 1, y nada más que a él. Luego, cerrada la puerta, por más que me preocupe mi enfermo, cierro su casilla. Ya no pensaré más en él hasta volverle a ver. Hay que pesar, clasificar, seriar, dar a cada uno lo que le corresponde y no dejar que las preocupaciones se superpongan. Obrando de otro modo, dejándose invadir, todo se embrolla y se malgasta: he aquí el secreto para mí, amigo mío.»

El consejo, aunque no al alcance de todos, vale la pena de ser tenido en cuenta.

En suma, si Guyon se entregaba tan generosamente, sabía gastarse según un método económico. Así es como ha atendido durante más de treinta años a un trabajo quirúrgico que nadie habría podido soportar» *(De l'éducation médicale,* págs. 236 y sigs.).

(2) Se trata sin duda de Auguste-François Chomel (1788-1858), que fué médico del rey Luis Felipe.

(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 154. Hela aquí en una obra del doctor Dechambre titulada *La visita:*

«Un día le rogaron, por carta expresa, que fuera a una casa, cuyas señas se indicaban, a visitar cuanto antes a Madame Bourrichon. ¿Bourrichon?, se dijo. ¿Es esto un nombre? Nunca, ciertamente, desde Adán y Eva, he conocido a tal Madame Bourrichon. Por lo demás, si no sueño, hay en ese callejón tugurios horrorosos en los que el precio de mis visitas es demasiado elevado para gente pobre. La carta, sin embargo, decía: «¡Le conjuro!» En suma, parte y pone el pie delante de un casucho: «¿Madame Bourrichon? — Corredor en el sexto. — ¡En el sexto, Santo Dios!» Pero sube, y en la puerta una llave puesta por fuera atestigua que en el cuarto se entra sin llamar. Entra. La mujer duerme. Con ojo inquisidor recorre la buhardilla y se sienta. Al ruido, despierta la enferma, y azorada, ajustando su cofia, expone al médico que de un mal en sus pulmones nadie ve la solución, y que recurre a él, príncipe de la ciencia, de cuya experiencia espera la salvación, que lamenta hacerle subir a un chamizo como aquél, pero que en otros tiempos le conoció en casa de sus dueños y está segura de que la señora condesa no la regañaría por este atrevido empeño. El médico ausculta el pecho, interroga el sonido y todos los ruidos de la respiración. Terminado el examen y le receta prescrita, dice la enferma: «¿Serían bastante diez francos, señor, por la visita?» Pero él, poniéndose tieso y ahuecando la voz: «¡No, señora, no! Yo no subo a los tejados por menos de tres luises.» Y saca de su bolsillo sesenta francos en oro, que deja en la manos de la dama aturdida, y sale corriendo del cuarto, corriendo de tal modo que, de no haberse muerto, correría todavía.»

«Que el enfermo fuera pobre o rico — dice un médico inglés, el Dr. E.-J. Tilt — le tenía sin cuidado; todos tenían igual derecho a su atención; y nunca dejó a un enfermo sin haber agotado en su provecho los tesoros de su saber y su experiencia» *(Dic. encycl.,* artículo *Récamier).*

(1) Dr. J. Vincent: *Le médecin,* págs. 235 y sigs.
(2) Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 237.

420. III. Amor al pobre. — El alma de esta doble devoción al cuerpo perecedero y al espíritu inmortal sólo puede ser el *amor al pobre;* pero un amor sincero, perseverante, desinteresado.

1. AMOR SINCERO. — Para ningún hombre de corazón es difícil amar al pobre, presa de tantos sufrimientos; y si es médico, goza pudiendo hacer un bien precioso a todos, pero *más precioso todavía para el indigente,* del que es la única riqueza: «pues la salud es la fuerza de los brazos, y la fuerza de los brazos es el sustento del trabajador» (1).

2. AMOR PERSEVERANTE. — En la práctica de la caridad lo que importa no es un acto aislado y solitario; es una serie de actos; es el hábito adquirido de querer y hacer el bien; es la virtud. Ahora bien, el origen y el alimento de este hábito constante no puede ser más que un *amor perseverante* hacia el pobre, un amor que resista a todas las decepciones, un amor que no se deje entibiar por ninguna ingratitud. Para una naturaleza versátil y variable lo difícil está en esto; pero en esto se encuentra también el mérito.

3. AMOR DESINTERESADO. — El Dr. Dechambre ha puesto de relieve la necesidad, y, mejor aún, la rareza de este desinterés.

«Cuanto más se vive tanto más se observa, y tanto mayor es la tristeza de ver a la beneficiencia convertida a menudo en una *servidora de la opinión.* No se da a los pobres, sino a la política o al ídolo que adora la ambición, cubriendo así lo que divide más a los hombres bajo el manto de lo que es el testimonio y como la consagración de su fraternidad. También un óbolo a la colecta o a la iglesia es un beneficio real, y tal vez se me reprochará sondear demasiado los corazones. Pero lo que es imposible no reconocer es la despreocupación demasiado marcada hacia el enfermo indigente por parte de los médicos a quienes el éxito favorece: el cuidado de apartarlo, tanto por la elevación calculada de los precios de consulta como por un despido formal. Cierto público conoce las larguezas al culto, a los centros de socorro, a las sociedades de beneficiencia, a las escuelas: los registros las comprueban ordinariamente; nadie, o casi nadie, conoce las inhumanidades individuales; he aquí lo que muchos se dicen a sí mismos, y he aquí como la consideración, el reconocimiento, los honores pagan frecuentemente servicios fáciles, dejando en el olvido la devoción onerosa e incesante a los humildes» (2).

Unicamente el amor desinteresado hacia el pobre podrá inspirar un celo que corre el riesgo de ser ignorado por los hombres.

(1) Dr. Vincent: *Le médecin,* pág. 237.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 154 y sigs.

ARTICULO III

PRACTICA DE LA ASISTENCIA GRATUITA

Corresponde a cada cual ver de *qué manera* puede, en la práctica, asistir gratuitamente a los pobres sin perjudicar a su clientela ordinaria y sin sobrecargarse en demasía.

No obstante pueden sugerirse *tres medios* accesibles a todos. No hay médico que no pueda dar un buen consejo en alguna ocasión; visitar en su domicilio a un pobre gravemente enfermo; tener en su propia casa una consulta gratuita.

421. I. Primer medio: buenos consejos. — El primer medio, y el más fácil, es el de no rehusar nunca, en materia de higiene o de medicina propiamente dicha, un *simple consejo* que el pobre pide para sí mismo, para su mujer, para sus hijos, para un vecino más desgraciado, consejo que en la mayoría de los casos el médico puede dar en pocas palabras.

«No se puede exigir de todos los médicos que cuiden indiferentemente a ricos y pobres, pero yo quisiera que, en las posiciones más elevadas, no se rechazara nunca a un pobre que viniera a pedir un simple consejo» (1).

422. II. Segundo medio: visitas. — El segundo medio es el de hacer, *con ocasión de una visita retribuída,* otra visita a un pobre afecto de una enfermedad grave, e indicado caritativamente por un vecino más rico, que tiene los medios de llamar por su cuenta al médico y darle los honorarios habituales.

Si el pobre habita en la misma casa, en una casa contigua o en la vecindad, significa solamente para el médico un retraso de algunos minutos. Puede incluso, si aquel día se halla apremiado y no hay urgencia, remitir para la próxima visita del rico, que le llama, la visita del pobre, que no tiene los recursos suficientes para procurarse este consuelo. Ocurrirá que el pobre en cuestión sea un *pobre vergonzante* es decir, un pobre que, después de haber gozado de la fortuna o por lo menos de cierto bienestar, ha caído casi en la miseria y se avergüenza de implorar la caridad pública. Esta es para el médico una *nueva y apremiante razón* para no excusarse y aportar, junto con su visita, esta delicadeza de procedimientos que exige la pobreza vergonzante y que dobla el precio del servicio prestado.

423. III. Tercer medio: consultas. — El tercer medio es el de tener, si no todos los días, cuando menos una o dos veces por semana,

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 153.

una *consulta gratuita* en el propio domicilio (1). Para no indisponerse con los clientes que «honran» al médico es mejor escoger para esta consulta de los pobres una hora diferente de la que ha sido asignada a las consultas de pago. Se cuidarán así los propios intereses sin sacrificar los de los indigentes.

Añadamos también que el joven médico, todavía en sus comienzos, hallará en esta consulta un precioso apoyo: tendrá facilidad para instruirse y para darse a conocer.

«Al principio de toda clientela — observa el Dr. Le Gendre — dominan los clientes gratuitos. Sin embargo, considerémonos felices encontrándolos, para no tener que estar sin clientes... Podemos instruirnos mucho cuidando al portero — por lo demás hay en ello su interés: ser amado por el portero es una de las primeras necesidades de la profesión —; luego vienen los criados de la vecindad, que algunas veces hacen resonar las alabanzas en los oídos de sus amos Sin embargo, no hay que confiar demasiado en que estas alabanzas basten para hacernos entrar en la casa por la escalera de servicio. Será necesaria otra ocasión, un accidente, una indisposición dolorosa que exija la llamada de urgencia para abrirnos la puerta grande. De todos modos, la reputación que en ciertos medios forman al médico las gentes de la casa no es en modo alguno inútil» (2).

De la exposición muy incompleta que acabamos de hacer se desprende naturalmente una *conclusión:* la asistencia gratuita a los pobres está al alcance de todo médico de corazón y de voluntad. De ordinario nada le impide merecer el bello elogio tan justamente otorgado al *Dr. Arthur Malhéné:* «Fué un verdadero bienhechor para los pobres y desheredados de su barrio. Hasta el fin de su vida (1917) les visitó a domicilio, en buhardillas a las que a su edad no se sube sino penosamente. Varios han confesado haber encontrado un óbolo caritativo, discretamente colocado bajo la receta que había dejado... Ha pasado haciendo el bien, inclinándose sobre toda miseria moral o física, entregando siempre plenamente su corazón y a menudo su bolsa, en especial dándose a sí mismo, permaneciendo esclavo de su deber, de su profesión, considerando las almas así como los cuerpos, y aportando siempre una palabra de consuelo a toda miseria moral» (3).

(1) El Dr. Morache hace observar que detrás de los verdaderamente necesitados, es decir, los indigentes y los trabajadores «que subsistiendo por el trabajo de toda la familia, no pueden de ningún modo remunerar al médico, se desliza también, y cada vez más numerosa, *la horda de los falsos pobres,* de aquellos que acuden a la consulta porque es gratuita y no se exige el certificado de pobreza, y porque, en fin, el médico se da por completo sin exigir nada en cambio». Añade con buen derecho que esto no es razón para suprimir las consultas y clínicas gratuitas, pero que hay motivo para tomar medidas eficaces a fin de prevenir los abusos e impedir que los falsos pobres dañen a la vez a los verdaderos pobres, cuyo lugar usurpan, y al médico, al que roban indebidamente los buenos cuidados» (Dr. Morache: *La profession médicale,* págs. 298 y sigs.).

(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 268.

(3) Conferencia Laennec: *Necrología,* pág. 174, 1914-1919.

CAPITULO XX

DEL RESPETO PRACTICO DE LAS CONCIENCIAS

424. Objeto y división. — I. OBJETO. — En este capítulo investigamos cuál debe ser la actitud de *todo* médico, incluso no creyente, *respecto a la religión de sus clientes,* sobre todo sus clientes católicos.

Las palabras «respeto práctico de las conciencias» indican bastante bien lo que está obligado a omitir y a hacer. *De una manera general,* está obligado a evitar todo ataque, y a no negar las informaciones que se le pidan con miras al cumplimiento de los deberes religiosos, las advertencias que sólo él pueda hacer y los servicios que sólo él puede prestar.

En otros términos, y *para precisar un poco,* el médico, aun no creyente, debe *abstenerse* lealmente de todo lo que tendiera a apartar a sus clientes católicos de sus creencias y de sus deberes religiosos. Debe *decir la verdad* pura y simple a un cliente que quiere saber si su estado de salud le exime de ciertas obligaciones positivas, tales como la asistencia a la misa, la abstinencia, el ayuno, y declarar si en el caso hay o no un *inconveniente serio* para observar estos preceptos eclesiásticos. Si se le pide que certifique por una parte la existencia y la gravedad de una enfermedad que ha cuidado, y por otra parte la curación instantánea, perfecta, definitiva, humanamente inexplicable y, por tanto, milagrosa a los ojos de su cliente, es libre de substraerse a toda apreciación, pero no podría negarse a *comprobar los hechos.* Si acepta ser experto en un proceso matrimonial, está por lo mismo obligado *a sujetarse* a las reglas de los procedimientos trazados por la Iglesia católica. Finalmente *debe prestarse a un servicio* que concierne a los intereses religiosos y que sólo él está en condiciones de prestar convenientemente: está, pues, obligado a advertir a un moribundo de la gravedad de su estado; y si un recién nacido está en peligro de muerte, tiene la obligación de velar por su salud eterna haciéndole administrar el bautismo, y, si es necesario, administrando por sí mismo este sacramento.

II. DIVISIÓN. — Como vemos, la materia es vasta y comprende amplio desarrollo. Sin embargo, *ya hemos hablado* de la obligación que incumbe a todo médico de advertir al enfermo, o por lo menos a su familia, en cuanto haya peligro, cierto o probable, de una terminación fatal en plazo breve

(núm. 124 y sig.). No insistiremos en ello (1). Para lo demás, es decir, respecto a los otros deberes del médico que se relacionen con los intereses religiosos de sus clientes, nos limitaremos a lo esencial, y seguiremos un orden algo diferente del que ha sido indicado hace poco.

Trataremos en *tres artículos* de las obligaciones del médico para con sus clientes en el momento del nacimiento de sus hijos; en el curso de su vida; con relación a sus despojos mortales.

Se tratará: en el primer artículo de la administración del bautismo en caso de necesidad; en el segundo de la exención de los preceptos eclesiásticos por causas de salud, las curaciones milagrosas, los procedimientos matrimoniales; en el tercero de la cremación, con la que cierta escuela pretende con espíritu antirreligioso, substituir la vieja costumbre de la inhumación.

ARTICULO PRIMERO

EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Se trata aquí de las diversas situaciones que, a causa de un grave peligro de muerte próxima, exigen la administración inmediata del *bautismo*. Por consiguiente tomamos el término «nacimiento» en un sentido muy amplio, puesto que a veces hay obligación de bautizar al feto todavía encerrado en el seno materno.

Se proponen naturalmente *dos cuestiones:* ¿en qué casos está obligado el médico a velar por la administración del bautismo, y, si es necesario, a administrarlo por sí mismo? ¿Qué hacer, ora en general, ora en circunstancias particulares, para asegurar tanto como sea posible la validez del bautismo? En una palabra, *obligación* y *manera* de bautizar: tales son los dos puntos que deben examinarse.

§ 1. — Obligación de bautizar

425. I. Poder de toda persona. — Aunque el sacerdote católico es el ministro *ordinario* del bautismo, *todo ser* instruído de lo que hay que hacer *puede,* sin el consentimiento de nadie, bautizar válida y lícitamente, en ausencia de cualquier otra persona más calificada, *ora* a un niño privado

(1) O más bien conviene insistir para recordar en una palabra que la *prudencia,* como hemos dicho en el núm. **124,** conserva siempre sus derechos.

Nunca abdica, *particularmente* si se trata de una enfermedad crónica que crea un peligro continuo de muerte súbita. Si la advertencia no tiene el riesgo de ocasionar graves inconvenientes, el médico hablará (núm. **128**). Pero callará en el caso contrario. Por ejemplo, callará si teme «que la enfermedad, hasta entonces sin repercusión en la salud general, tome», según la observación del Dr. Legroux, y tome, «en poco tiempo», por efecto de una emoción demasiado fuerte, una marcha fatal. Los casos de muerte súbita o rápida a continuación de la revelación imprudente de un aneurisma, de una afección del corazón, de una inminencia apoplética, no son absolutamente raros» (Citado en P. Brouardel: *La resp. médic.,* etc., págs. 155 y sig.; véase también págs. 67 y sig.).

del uso de razón y en peligro cierto o probable de muerte próxima, *ora* a un adulto moribundo que desea el bautismo y se halla en las disposiciones requeridas para recibirlo.

Es decir, por institución divina todo ser humano, creyente o no creyente es ministro *extraordinario* del bautismo privado: si observa fielmente el rito prescrito y tiene intención de hacer lo que hace la Iglesia, el bautismo de los niños es siempre válido, y en caso de necesidad todo bautismo es, en ciertas condiciones referentes sobre todo a los adultos, plenamente lícito (1).

Como no tenemos que ocuparnos de los adultos no trataremos más de ellos.

426. II. Deber de todos. — Cuando un niño se encuentra en peligro cierto o probable de muerte en plazo breve, toda persona que sepa bautizar, no solamente *puede,* como acabamos de decirlo (núm. **425**), sino que *debe,* a título de caridad, administrar el bautismo *en dos circunstancias:* primero, si es el único presente en la hora del peligro; luego, si es el único que puede, o por lo menos quiere, conferir válidamente este sacramento (2).

No hay que decir que esta obligación es *grave,* en razón de la absoluta necesidad del bautismo para la salvación eterna. El niño que muere sin bautismo no está, según la opinión común, condenado al sufrimiento, pero se halla de hecho privado para siempre de la felicidad *sobrenatural,* es decir, de esta felicidad que colma las exigencias de toda naturaleza creada, y consiste en la posesión del Soberano Bien, por la visión inmediata de Dios y un amor proporcionado al conocimiento.

427. III. Deber del médico. — Es fácil determinar ahora *el deber,* con relación a la administración del bautismo, *del médico* preocupado por los intereses eternos del recién nacido. Puede a veces contentarse con *prevenir* a la familia, pero a veces también la caridad le obliga a intervenir *personalmente* y a bautizarle por sí mismo. Distinguiremos estos *dos casos.*

1. Advertencia. — Si en el momento del parto o poco después se da cuenta el médico de que el niño está en peligro grave, cierto por lo demás o simplemente probable de muerte próxima, debe advertir a la familia para que ésta cuide *sin demora* de la administración del bautismo. Esta advertencia *bastará* igualmente siempre que una persona de la familia, por ejemplo un hermano o hermana, pueda y quiera conferir el sacramento, o más bien, si no hay peligro inminente, llamar al sacerdote católico. Aun en caso de necesidad, el padre y la madre no están autorizados para bautizar lícitamente sino en ausencia de toda otra persona capaz de conferir un bautismo válido (3).

(1) Can., 742, 759, § 1.

(2) En tanto sea posible, hay que tener consigo uno o, mejor aún, dos *testigos,* a fin de poder demostrar el hecho y la validez del bautismo (Can. 742, § 1).

(3) Can. 742, § 3.

2. Acción personal. — Si ninguna de las personas de la familia *quiere* o *puede* administrar un bautismo *seguramente* válido, el médico tiene la obligación, a título de caridad, de prestar al niño este inapreciable servicio. *Así,* únicamente el médico será de ordinario lo bastante hábil para bautizar válidamente y sin peligro para la madre a un niño todavía encerrado *en el seno materno,* y para el que no hay esperanzas muy fundadas de que venga al mundo en buenas condiciones. También puede ocurrir que en el curso de un *parto laborioso* sólo el médico se halle en estado de administrar el sacramento como conviene. Finalmente, si está presente en el momento de un *aborto* accidental, y mucho antes de término, se encontrará mejor que ningún otro en condiciones de reconocer si el feto, incluso minúsculo, está con vida, y de tomar las precauciones requeridas en caso semejante para asegurar la validez del bautismo.

Importa, pues, soberanamente que todo médico *sepa bautizar* y resolver, en lo que concierne al bautismo, las dificultades prácticas que se presentan.

§ 2. — Manera de bautizar

428. División. — El rito del bautismo es siempre esencialmente el mismo. Sin embargo, hay que tener en cuenta las circunstancias para observarlo exactamente. Por esto distinguiremos lo que hay que hacer en general y en los casos particulares: *en general,* es decir, cuando nada hace más difícil que de costumbre la administración del sacramento; *en los casos particulares,* es decir, cuando una circunstancia especial crea una nueva dificultad.

Así hay una nueva dificultad: cuando se duda de la existencia de todas las condiciones requeridas para la validez; en el curso de un parto laborioso; si el feto no es todavía viable, y sobre todo si está muy distante del término; si, a consecuencia de monstruosidades que presentan ciertos fetos, hay o parece haber pluralidad de personas en un mismo conjunto; si el hijo está todavía encerrado en el seno de su madre; si una mujer encinta sucumbe antes de parir.

429. I. Lo que debe hacerse siempre, *si es posible.* — Para administrar un bautismo *ciertamente válido,* es preciso, teniendo la intención de hacer lo que hace la Iglesia o también lo que hacen los cristianos, verter, aun en cantidad muy escasa, agua natural sobre la cabeza, especialmente sobre el vértice de la cabeza o sobre la frente de un niño todavía vivo; cuidar de que el agua corra sobre la piel, y pronunciar, al mismo tiempo que se vierte el líquido, estas simples palabras: «*Yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo*», sin añadir Amén (1).

1. Agua natural. — Llamamos agua *natural* a todo lo que, en estado líquido, *es* en realidad agua y posee, por tanto la naturaleza del agua, es

(1) El hecho de añadir *Amén* no haría ciertamente al bautismo dudoso. Queremos, pues, decir simplemente que esta palabra se omite.

considerado, en la acepción ordinaria del término, como agua, y es *empleado,* en el uso común, como agua verdadera.

Así pues, poco importa la *procedencia* (agua de lluvia, de manantial, de río, de mar, agua mineral); poco importa la *temperatura* (agua fría, agua templada, agua caliente); poco importa incluso, para no considerar más que la validez, la *pureza* o *impureza,* con tal que los principios extraños mezclados con el agua se hallen en pequeña o en menor proporción, y por tanto no alteren su naturaleza y no cambien ni su nombre ni su empleo.

Por respeto al sacramento es preciso bautizar, para evitar *toda falta,* con agua *limpia* y *pura* de toda substancia extraña, si es que esto es posible. No obstante, si en el bautismo intrauterino teme el médico que el agua pura sea causa de alguna afección morbosa, puede servirse, lícitamente de agua antiséptica (1).

2. Ablución. — La *cantidad de agua* que debe emplearse puede ser *muy escasa.* Pero es preciso hacerlo de suerte que el agua no permanezca inmóvil, sino que *corra* con un movimiento casi espontáneo. Si por lo tanto nos servimos, en una circunstancia particular, de un paño mojado, para lavar la frente o incluso toda la cara, *es más seguro,* para descartar una *ligera* duda, exprimir el paño entre los dedos al terminar para que de él salten gotas que, abandonadas a sí mismas, corran por la cara o de preferencia por la frente. Por lo menos ésta es la conclusión de algunos autores.

2.° *Asimismo,* y para evitar toda incertidumbre, hay que cuidar de que el agua en movimiento toque la *piel.*

Si no tocara más que los cabellos, habría, por lo menos prácticamente, *alguna duda* sobre la validez del bautismo.

3.° Por último, y tanto como sea posible, el agua debe verterse sobre la *cabeza* del niño, es decir, en la práctica sobre el vértice de la cabeza o mejor sobre la frente, en el nacimiento del cabello. Igualmente el bautismo sobre la parte posterior de la cabeza o las mejillas sería ciertamente válido. Sin embargo, resultaría más o menos dudoso sobre una parte del cuerpo diferente de la cabeza.

3. Niño realmente vivo. — El bautismo sólo puede ser administrado válidamente a un ser realmente *vivo.* En cuanto la muerte es, no sólo aparente, sino real, es decir, en cuanto el alma *se ha separado del cuerpo,* ya no hay motivo para conferir sacramento alguno: la suerte eterna está fijada irrevocablemente si la muerte es definitiva.

4. Palabras. — Las palabras: «*Yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo*» deben ser pronunciadas, so pena de nulidad segura o casi segura, por la persona que vierte el agua, y proferidas de tal suerte que el ministro *pueda* oírse. Además, para no dar lugar a duda alguna y para obedecer el precepto de la Iglesia, hay que verter el agua en el momento en que, diciendo «*en nombre del Padre y del Hijo*

(1) S. C. S. O. (Col. S. C. de P. F., II, núm. 2.121. ad. 2), 21 agosto 1901.

y del Espíritu Santo», se consagra la criatura a la Santa Trinidad (1). No obstante, la validez del bautismo sería *moralmente cierta* si la pronunciación de las palabras siguiera *inmediatamente* a la ablución, o si la ablución siguiera *sin intervalo alguno* a la pronunciación de las palabras. Algunos autores *dudan*, sin embargo, de la validez del bautismo en este caso (2).

430. II. Manera de bautizar en caso de duda. — Acabamos de ver (núm. 429) que se requieren absolutamente *ciertas condiciones* para la validez del bautismo. Por lo demás, sabemos que un mismo ser no puede ser bautizado dos veces válidamente. Por consiguiente se plantea una *triple cuestión:* ¿está permitido bautizar si se tiene alguna duda seria sobre la realidad de determinada condición ciertamente requerida para la validez del bautismo? En este caso de duda fundada en razón ¿cómo administrar el bautismo si es lícito? ¿Qué nos falta hacer, una vez administrado un bautismo dudoso, si el niño sobrevive y se hace posible un bautismo seguro?

Vamos a responder brevemente a esta triple cuestión que abre la serie de los «casos particulares» (núm. 428).

1. PRIMERA CUESTIÓN. — ¿Está *permitido* bautizar si se tiene alguna duda razonable sobre la *existencia efectiva* de tal o cual condición, seguramente necesaria para la validez de bautismo: por ejemplo cuando solamente se tiene a mano, lo que ocurre rara vez, agua dudosa, y no se puede remitir el bautismo para más tarde; si en un caso urgente la única parte del cuerpo inmediatamente accesible no es la cabeza; si, caso extraordinario, sólo se pueden alcanzar las envolturas del feto en peligro inminente de muerte; si hay duda respecto al carácter humano del ser; si no se tiene la seguridad de que el feto esté vivo; finalmente, si hay alguna razón seria para dudar, sea del hecho, sea de la validez del bautismo ya conferido?

La *respuesta* a la primera pregunta es a la vez fácil y segura. Puesto que hay necesidad de obrar y de prevenir la muerte, que no espera, la duda de que hablamos, por grave que fuera, no impide en manera alguna

(1) ¿Qué decir de la *triple* ablución? ¿Es necesario verter *tres veces agua* en la cabeza del niño: una *primera pronunciando* el nombre del Padre, una *segunda* el nombre del Hijo y una *tercera* el nombre del Espíritu Santo?

Una respuesta precisa exige algunas distinciones.

1.º *Validez.* — La triple ablución nunca es necesaria para la validez del bautismo.

2. *Bautismo solemne.* — Un precepto *grave* obliga a la triple ablución al sacerdote que bautiza *solemnemente*, y por lo tanto con las ceremonias instituídas por la Iglesia (Can. 737, § 2).

Vierte por tres veces, *en forma de cruz*, el agua bautismal.

3.º *Bautismo privado.* — En el bautismo *privado*, es decir, conferido sin ceremonias y de ordinario por un laico (Can. 759), § 1), está *permitido*, y hasta es *laudable*, verter agua por tres veces, y verter en forma de cruz.

Pero si el que bautiza teme verse turbado por esta ligera complicación, se atenderá *prácticamente* a una sola ablución.

(2) Luis Wouters: *Man. Th. M.*, II, núm. 22. Recuerda que la Instrucción del Santo Oficio ha prescrito en estas circunstancias rebautizar bajo condición (Col. I, núm. 1.159, 2 mayo de 1858).

la administración del bautismo. En caso de urgencia el bautismo *puede* y *debe* ser administrado siempre que no falle *ciertamente* una de las condiciones necesarias para la validez. Una sola probabilidad, aun ligera, da el *derecho* e *impone el deber* de servirse de una materia dudosa; de bautizar una parte diferente de la cabeza; las envolturas del feto, a pesar de que el bautismo resulta algún tanto improbable; a una criatura que no parece ser un ser humano; a un feto cuya muerte no es segura; a un individuo del que se teme que no ha recibido el bautismo o que no le ha recibido válidamente.

2. SEGUNDA CUESTIÓN. — Si a causa de un grave peligro de muerte próxima está permitido y es obligatorio intervenir, aunque no estamos en condiciones de conferir un bautismo ciertamente válido, la *segunda pregunta* que se plantea naturalmente es ésta: *¿cómo bautizar* en caso de duda?

Conviene distinguir lo que se requiere para la validez del bautismo administrado en estas circunstancias, y lo que concierne solamente a la licitud del acto.

1.º *Validez.* — Aun en caso de duda, *nada hay que añadir* al rito que hemos descrito antes (núm. 429) para que el bautismo sea VÁLIDO, si *de hecho* el sujeto es capaz de recibirlo, y si las demás condiciones de validez se cumplen *de hecho*.

2.º *Licitud.* — Mas, para que el bautismo sea conforme a las prescripciones de la Iglesia, y por lo tanto LÍCITO, hay que administrarlo *bajo condición*, e incluso expresar de viva voz esta condición, es decir, expresar de viva voz lo que probablemente falta, y por consiguiente se opone, a la *validez* del sacramento. Así pues, el que bautiza dirá, según los casos: «Si esta materia es suficiente... Si eres capaz... Si eres un ser humano... Si estás vivo... Si no has sido bautizado ya, yo te bautizo en nombre...»

Asimismo, con objeto de simplificar, pueden *reducirse a dos* estas diversas fórmulas condicionales. En efecto, puesto que la duda proviene o del *rito empleado*, que puede ser insuficiente, o del *sujeto* que se bautiza, que tal vez no es un ser humano, no está vivo o ha recibido ya el bautismo, y por tanto no podría recibirlo de nuevo, se está autorizado para expresar, según los casos, una u otra de las dos condiciones siguientes: «Si esta materia es suficiente... Si eres capaz, yo te bautizo...» Se empleará la primera condición si la duda se refiere al líquido que se tiene a mano y que tal vez no es agua natural. La segunda condición bastará plenamente en los demás casos. Si por lo tanto no se puede alcanzar con seguridad la cabeza o la piel de la criatura, o también si el sujeto que debe bautizarse no es tal vez un ser humano, quizá está ya muerto o tal vez ha recibido ya un bautismo válido, se tiene la libertad de decir simplemente: «*Si eres capaz*, yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo.»

3. TERCERA CUESTIÓN. — *¿Qué nos queda por hacer* después de la administración de un bautismo *dudoso*, exigido por la gravedad de la situación?

Si el niño sobrevive, y se hace posible un bautismo *cierto,* es preciso *reiterar* sin tardanza el bautismo, pero bajo condición, pues es posible que el primer bautismo haya sido válido. Se dirá, pues: «Si no estás bautizado», o también: «Si eres capaz, yo te bautizo, etc.».

431. III. En el curso de un parto laborioso. — Si en el curso de un parto difícil el médico *teme seriamente* que el niño perezca antes del nacimiento completo, debe bautizarlo sobre la parte que sale primeramente del seno materno, o que por lo menos es accesible.

Administrado sobre la *cabeza,* que se presenta primero, en tanto que el resto de cuerpo permanece dentro del útero, el bautismo es *ciertamente* válido y nunca puede ser reiterado (1).

Mas si solamente puede alcanzarse *otra parte* del cuerpo, se conferirá el bautismo bajo condición, aun cuando se presentara uno de los hombros; luego, si aparece la cabeza o si el hijo sale vivo del seno materno, se renovará el sacramento bajo condición (2).

En estos dos bautismos condicionales basta con decir: «Si eres capaz, yo te bautizo, etc». Mas en el segundo, que sucede a un bautismo condicional, nada impide emplear esta condición: «Si no estás bautizado, yo te bautizo en nombre, etc.».

El Dr. Capellmann añade *dos observaciones* que tienen su utilidad.

La *primera* se refiere a la *validez* del bautismo administrado sobre el *cordón umbilical.* «Incluso cuando el cordón umbilical prolapsado — dice — no puede ser ya repuesto y el debilitamiento de las pulsaciones hace temer la muerte próxima del hijo, la parte de su cuerpo proyectada está todavía tan elevada que solamente el dedo puede alcanzarla. En este caso el bautismo sobre el cordón umbilical nos parecería siempre *ilícito* e *inválido,* pues el cordón umbilical no es sino una *casi* parte del niño, del que otra parte es *siempre accesible*» (3). Antonelli es de la misma opinión (4).

La *segunda* observación se relaciona con la *licitud* del bautismo y tiene por objeto las precauciones que deben adoptarse para evitar el ensuciamiento del agua, que tiene que estar *limpia y pura* de toda substancia extraña. «Por consiguiente en el caso en que el médico o la comadrona se ven obligados a bautizar, deben limpiarse primero, si el tiempo y las circunstancias lo permiten, las manos de sangre, de flegma, de *heces,* etc., que podrían fácilmente ensuciar el agua, *o bien* verter agua pura de un vaso cualquiera» (1).

(1) Can. 746, § 2.
(2) Can. 746, § 3.
(3) Dres. Capellmann-Bergmann. Traducción de la 19.ª edición alemana, pág. 262.
Aquí se impone una distinción, según *sea o no* accesible *otra* parte del cuerpo de la criatura.
1.° *Otra parte accesible.*— Si es posible alcanzar otra parte *distinta* del cordón umbilical, habrá que conferir el bautismo sobre esta *otra* parte.
2.° *Otra parte no accesible.* — Si el *cordón umbilical* es el *único* accesible, no se omitirá sin embargo el bautismo. Ofrece también alguna *débil* probabilidad de validez. L. Wouters (II, núm. 54), comparando el bautismo de las envolturas (amnios, corion y caduca) con el bautismo sobre el cordón umbilical, estima que este último es probablemente más válido que el primero. Añade que el bautismo administrado sobre la envoltura exterior, la caduca, no es, considerando las diversas opiniones, de invalidez *cierta.* Antonelli dice por el contrario que este bautismo es *seguramente* inválido: la envoltura exterior del feto pertenece sin duda alguna a la madre (*Medicin, pastor.,* III, núm. 382).
(4) *Medicin. pastor.,* III, núm. 387. — Para declarar el bautismo *ciertamente* inválido, Antonelli se apoya en el hecho de que el cordón umbilical no es una parte *permanente* del cuerpo de la criatura: véase la nota precedente.

432. IV. Bautismo de los fetos nacidos mucho antes del término. — Desde el punto de vista del bautismo, se propone una *triple cuestión* con relación a los fetos expulsados del seno materno mucho antes del término.

1. PRIMERA CUESTIÓN. — ¿Nos hallamos *probablemente* en presencia de un *ser humano,* o *ciertamente,* por el contrario, de una de estas masas carnosas que llevan el nombre de *molas?* «Estas molas — dice Capellmann — son el producto de una fecundación: son huevos fecundados en los que el feto muerto prematuramente es resorbido o resuelto... Las molas, ora grandes, ora pequeñas, de envoltura a veces delgada y otras veces gruesa, forman en algunas ocasiones masas duras de carne y en otras una multitud de vesículas llenas de líquido...» (2).

Si no existen indicios de ser humano, no hay que conferir, como es natural, bautismo alguno, aun bajo condición. Esto es lo que ocurre casi siempre. Sin embargo, puede encontrarse a veces un feto verdadero dentro de las molas. Este hecho impone la disección y el examen de los productos de este género (3).

2. SEGUNDA CUESTIÓN. — Si nos hallamos en presencia de un ser humano, hay motivo para investigar si está cierta o probablemente *vivo.* Sin embargo, no hay que perder tiempo en esta investigación, y es preciso bautizar, cuando menos bajo condición, a todo embrión que no esté *seguramente* muerto. Se dirá: «Si eres capaz...»

3. TERCERA CUESTIÓN. — ¿Cómo bautizar al feto, cierta o probablemente en vida?

Hay que distinguir los fetos ya grandes y los fetos minúsculos.

1.° El médico podrá sin dificultad bautizar *por infusión,* es decir, vertiendo el agua sobre la cabeza, al feto *bastante desarrollado.* «Pasada la sexta semana», el Dr. Capellmann no ve necesidad alguna de bautizar *por inmersión.* «El feto es ya tan grande (17 a 25 milímetros, y al final del

(1) Dres. Capellmann-Bergmann, 19.ª edic., pág. 258.
(2) Dres. Capellmann-Bergmann, 19.ª edic., pág. 271.
Hablando del bautismo de los fetos abortivos, Capellmann-Bergmann observan con buen derecho que hay motivos a menudo para disipar la *ignorancia* sobre este punto.
«No podemos callar aquí. Hemos encontrado comadronas y hasta médicos que sobre esto tienen sólo nociones confusas e incompletas. Los curas están obligados seguramente a instruir sobre este asunto a las comadronas (véase Can. 743). Pero como éstas se juzgan capaces, y por otra parte lo son más o menos, imaginamos fácilmente que esta instrucción por parte de los curas no tendría toda la autoridad necesaria. Es, pues, de desear que los médicos religiosos *se hagan un deber,* siempre que sea favorable la ocasión, de conversar sobre estas cuestiones con las comadronas de la región, y, si es necesario, instruirlas» (*los. cit.,* pág. 267).
(3) Dres. Capellmann-Bergmann, *loc. cit.,* pág. 271, nota 1, donde hay algunas palabras de Eschbach.

tercer mes, 65 a 90 milímetros) que puede con bastante facilidad ser bautizado por infusión», si el médico bautizo por sí mismo (1).

Notemos solamente que parece inútil, para evitar el contacto del aire, administrar primero bajo condición el bautismo *sobre las envolturas:* se ha establecido de modo suficiente, en efecto, «que la membrana exterior de la envoltura no proviene del huevo, y que por lo tanto no pertenece absolutamente al feto»; por consiguiente «el bautismo sobre el huevo cerrado» sería casi ciertamente inválido (2). Igualmente, «si se abre el huevo con precaución y lentamente, con el objeto de evitar la evacuación imprudente y brusca del amnios, el contacto del aire no puede matar súbitamente al feto, por pequeño que sea» (3).

2.° Si el feto es *minúsculo,* o si se carece de la habilidad especial requerida en caso semejante, el medio *más seguro* de administrar un bautismo válido es el de bautizar *por inmersión*: A este efecto, se sumerge al feto entero en un recipiente de agua templada; luego, teniéndolo un poco inclinado, se coge delicadamente, con el pulgar y el índice de cada mano un pliegue de la membrana superior, hecho lo cual se desgarra con precaución la envoltura, de forma que se vacie el huevo y quede el niño en contacto inmediato con el agua, que le baña por todas partes; al mismo tiempo se pronuncian las palabras sacramentales: «Yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo», sin añadir, o añadiendo si hay motivo, la condición: *Si eres capaz.* Después de esto, y para evitar toda incertidumbre, no falta sino retirar del agua al feto así bautizado, aunque esto no parece necesario.

433. V. Bautismo de monstruos. — En el bautismo de los fetos de conformación contra natura, y que por este motivo tienen el nombre de monstruos, se tropieza con una *doble dificultad.* Podemos preguntarnos primero si el ser que tenemos ante nuestros ojos es un *ser humano;* luego, si hay *uno o varios individuos.* Vamos a examinar estos dos casos, por lo demás poco prácticos, puesto que tienen por objeto excepciones por fortuna bastante raras.

1. Ser humano. — Para distinguir si nos encontramos o no en presencia de un ser humano basta considerar la *cabeza.*

1.° *Si la cabeza no existe* ciertamente, no hay en absoluto persona humana, y por consiguiente no se plantea la cuestión del bautismo. Así hay... un monstruo al que puede negarse justamente toda existencia propia, a pesar de que ofrece cierta forma humana: es el *acardíaco* (4). Esta monstruosidad excepcional no presenta más que un vientre con dos piernas. «Este hecho se produce cuando, por anastomosis (ligadura) de

(1) Dres. Capellmann-Bergmann, pág. 274.
(2) Dres. Capellmann-Bergmann: *La médecine pastorale,* pág. 274.
(3) *Ibid.,* pág. 274.
(4) *Algunos autores* estiman que puede haber un alma humana. Concluyen que es necesario, en la práctica, darle *bajo condición* el bautismo intrauterino inmediatamente después del nacimiento del feto normal al que estaba unido y del cual se alimentaba (Antonelli, III, núm. 401; Ferreres, 2, núm. 323, Quaer. 11).

dos gemelos en el mismo corion, las pulsaciones del uno trastornan la circulación en el otro. Entonces el *corazón* y los *pulmones,* así como una gran parte del tronco, se atrofian y el feto monstruoso es nutrido por el sujeto normalmente constituído...» (1).

2.° *Incluso cuando el aspecto esté notablemente desfigurado,* como ocurre «en los *hemicéfalos* o *anencéfalos,* en los que la cara está desmesuradamente desarrollada, en tanto que el cráneo o el cerebro están más o menos restringidos», si hay *ciertamente* una cabeza, existe por lo mismo y *seguramente* una persona humana, que puede y debe ser bautizada. «Todo lo que tiene cabeza y pecho es un ser humano. No se encuentra una cabeza» claramente constituída «sin pecho, ni pecho sin cabeza, si bien se encuentran pecho y cabeza (también vientre) sin ninguna extremidad» (2).

3.° *Si la cabeza parece faltar,* se administrará el bautismo bajo condición: «Si eres capaz, yo te bautizo, etc.».

«Por consiguiente y *como regla general* hay que bautizar, sin condición o bajo condición: «Si eres capaz», a menos de estar seguro de que el contenido del útero nada tiene de humano (como las molas) o que ya está muerto, a todo monstruo, por deformado que sea; y esto en el útero mismo en caso de necesidad, a condición de rebautizarlo en cuanto salga: «si eres capaz y no estás todavía bautizado» (3).

2. Pluralidad de personas. — Al parecer es imposible dar una regla general precisa que permita discernir *con seguridad* si hay o no varias personas.

No obstante la *pluralidad de cabezas* implica, cierta o *probablemente,* la pluralidad de individuos: *ciertamente* si hay dos cuerpos enteros, reunidos por cualquier parte del tronco; *ciertamente* también, al parecer, si los órganos del tórax, corazón y pulmones, se encuentran multiplicados y «alimentados por un *solo* órgano (*una* placenta y *un* estómago)»; *probablemente,* en razón de la dualidad del sistema nervioso central, si las dos cabezas pertenecen a un solo cuerpo. «Aunque el tronco fuera único hasta el cuello, no habiendo por consiguiente más que un corazón y unos pulmones, nos inclinaríamos a reconocer dos individuos... (4). Por lo demás se ha comprobado, en la dualidad de las cabezas, que una puede dormir mientras la otra vela; que una de las dos caras puede expresar la alegría en tanto que la otra traduce la somnolencia o el malestar. Al mismo tiempo que demuestra simplemente la dualidad de la vida sensitiva, esto favorece y confirma la opinión que admite dos almas allí donde hay dos cabezas» (5).

(1) Dres. Capellmann-Bergmann: *La médecine pastorale,* pág. 269.
(2) Dres. Capellmann-Bergmann: *La médecin. pastor.,* págs. 268 y sig.
(3) *Ibid.,* pág. 269; can. 748.
(4) Antonelli va más lejos. Estima que dos cabezas bien distintas indican *ciertamente* dos individuos *(Medic., pastor.,* III, núm. 403).
(5) Dres. Capellmann-Bergmann, págs. 270 y sig.

Según nuestra opinión, *la unidad de la cabeza,* y por tanto del sistema nervioso central, que parece ser el instrumento principal del alma, tiene siempre por consecuencia la unidad de la persona.

Sin embargo, en la práctica, hay que tener en cuenta la opinión que admite un solo individuo si hay una sola cabeza y un solo corazón; dos individuos si hay una sola cabeza y dos corazones. Si unicamente hay *un* corazón, dice el Dr. Capellmann, «no podríamos ver en el monstruo *más que* una individualidad. Pero si hay *dos* corazones..., deberíamos al parecer admitir dos individuos. Si bien los dos cuerpos tienen en efecto un sistema nervioso central común, cada uno tiene un sistema vegetativo propio: viven, pues, por lo menos se nutren cada uno separadamente» (1).

De lo que acabamos de decir puede derivarse la *regla general* siguiente por lo que respecta al bautismo de los monstruos. Si se ve claramente que hay uno o dos individuos, se administrarán sin condición uno o dos bautismos, a menos que la inminencia de la muerte obligue a verter el agua sobre ambos diciendo: «Yo *os* bautizo en nombre...» En el caso en que no se distinga con seguridad si hay *uno* o *dos* individuos, se bautizará absolutamente a uno de ambos, y bajo condición al otro (2).

De todas maneras pueden formularse *reglas particulares* que tienen la ventaja de ser más precisas.

1.° *Si hay* DOS CABEZAS Y DOS PECHOS BIEN DISTINTOS, estamos seguramente, como hemos dicho, en presencia de dos seres. Por consiguiente se darán, *sin condición,* dos bautismos. Sin embargo, si la inminencia de la muerte no diera tiempo a bautizar separadamente a estas dos personas, se vertería el agua *sobre una y otra* a la vez, diciendo: «Yo *os* bautizo, en nombre, etc.» (3).

2.° *Si hay* DOS CABEZAS *bien marcadas,* pero *dos pechos poco distintos,* y, con mayor razón, si hay *dos cabezas* y *un solo pecho,* se confiere primero el bautismo sin condición a una de las cabezas, y luego, bajo condición, a la otra diciendo: «Si no estás bautizado, yo te bautizo en nombre, etc.».

3.° *Cuando hay una* SOLA *cabeza y un* SOLO *pecho,* no existe seguramente *más que un* individuo, al que debe bautizarse sin condición. Una cabeza con *dos* pechos hace «presumir prácticamente a dos individuos. Por tanto bauticemos primero a la cabeza absolutamente; luego a cada pecho, expresando cada vez la fórmula condicional: «Si no estás bautizado, etc.» Es necesario verter el agua sobre *cada* pecho, porque en esta duda no puede saberse cuál de los dos ha sido bautizado con la cabeza» (4).

434. VI. Bautismo intrauterino. — Llamamos *intrauterino* al bautismo administrado al feto cuando está todavía en el seno materno

(1) Dres. Capellmann-Bergmann, pág. 270.

(2) Can. 748.

(3) *Claro está* que «la misma regla se aplica al caso en que, en un parto múltiple, no se tuviera tiempo de bautizar *aisladamente* a cada uno de los fetos» (Moureau y Lavrand, pág. 230).

(4) Dres. Capell.-Bergm.: *La médecine pastorale,* págs. 275 y sig.; J. Aertnys-Damen, II, núm. 60; L. Youters, *T. M.,* II, núm. 98.

Tres cuestiones se plantean respecto a este bautismo: ¿en qué caso es lícito y obligatorio? ¿Cómo conferirlo? ¿Hay motivo para reiterarlo bajo condición si el niño llega a nacer?

1. LICITUD Y OBLIGACIÓN. — *No se puede* bautizar a un feto en el seno materno en tanto se conserva una esperanza *muy fundada y probable* de poderle administrar el bautismo después de un nacimiento normal (1). Mas, si es *muy probable* que el niño no llegue a nacer vivo, se *puede* y por tanto se *debe,* si ello es posible, bautizarle en el seno materno (2).

2. MODO DE ADMINISTRACIÓN. — Para no ser perjudicial para la madre, el bautismo intrauterino exige ser conferido con precauciones. Por esto el médico o una comadrona experimentada se encargarán de este cuidado, si es factible.

Pero se tropieza con una *doble dificultad.* Por una parte no podríamos contentarnos con alcanzar, por el procedimiento que fuere, las envolturas del feto, es decir, verter agua sobre *las secundinas.* Las secundinas no pertenecen por completo al hijo. Hasta el momento del parto «se componen de *tres membranas* diferentes, incluso separables. Las dos *internas,* el amnios y el corion, podrían ser considerados como parte del cuerpo del hijo, puesto que provienen del huevo mismo. Pero *la exterior,* la decidua» o la caduca, «que proviene de la membrana pituitaria del útero, pertenece seguramente a la madre, y no podría ser considerada en modo alguno como parte del hijo» (3). Por otra parte, y esta es la segunda dificultad, es *poco probable* que el médico esté autorizado por la moral para romper francamente las tres membranas en las que está encerrado el feto a fin de poner seguramente en contacto el agua con el feto *todavía no viable.* La rotura de estas membranas provocaría, con el derrame del líquido necesario para la vida del embrión, un aborto que *parece* directo a varios moralistas, y por lo tanto prohibido por el derecho natural (número 408) (4).

Por esta razón, a menos que el feto sea viable o esté en peligro apremiante de muerte inmediata, el médico *se abstendrá,* si no puede practicar en las membranas una punción muy fina, que, sin acarrear DE ORDINARIO el aborto, le permita alcanzar, por medio de una jeringa hábilmente diri-

(1) Can., 746, § 1, A. V. y J. C., *Epitome,* J. C., II, núm. 80.

(2) *Nada impide* al médico esperar la muerte de la madre si está moralmente seguro de que el hijo sobrevivirá; en este momento podrá administrar el bautismo con mayor seguridad.

(3) Dres. Capellmann-Bergmann: *La médecine pastorale,* pág. 260.

(4) Si el niño está *a punto de morir,* el médico podrá *más fácilmente* hacer uso de la opinión que en estas circunstancias considera al aborto *indirecto* (núm. 408), y por lo tanto romper francamente las membranas, o por lo menos romperlas lo bastante para asegurar cuanto sea posible la validez del bautismo (Gén.-Salsm., tomo II, núm. 143, núm. 1).

Así, aun cuando fuera físicamente *imposible* bautizar a un feto en el seno de su madre sin romper netamente las membranas y sin provocar *de ordinario* el aborto, habría motivo, *en dos casos,* para administrar el bautismo intrauterino: si el feto que no puede venir al mundo fuera ya viable, y si, viable o no, estuviera a punto de expirar.

Sobre esta cuestión se consultará útilmente a *H. Merkelbach,* O. P. (*Quaestiones de embryologia,* págs. 65 y sig.). Este autor ve: un aborto *directo* en la perforación de las membranas fetales destinada a poner en su lugar al útero; un aborto *indirecto* en esta misma perforación con objeto de administrar el bautismo.

gida, el cuerpo del feto, y con más frecuencia la cabeza, puesto que en la mayoría de las ocasiones es la primera que se presenta (1).

En todos los casos conferirá el bautismo bajo condición y dirá: Si eres capaz, yo te bautizo, etc.

3. REITERACIÓN. — No es seguro que el bautismo así administrado sea válido. Si la cabeza del feto no ha sido tocada y lavada por el agua, el bautismo es dudoso. Y tal vez no hay certidumbre absoluta si el médico está perfectamente seguro de haber vertido el agua sobre la cabeza del feto. Por tanto, si el niño saliera vivo, contra toda esperanza, del seno materno, hay que reiterar el bautismo bajo condición. Se dirá: Si no estás bautizado, etc. (2).

435. VII. Operación cesárea después de la muerte de la madre. — Si una mujer encinta sucumbe antes del parto y nada demuestra la muerte del pequeño ser encerrado en su seno, el médico, después de haberse asegurado plenamente de la defunción, de haber vencido, si es necesario, las repugnancias de la familia, y de haberse puesto, si es preciso, en regla con la ley civil, *puede* y debe, bajo pena de falta grave, *cuando menos* a partir del quinto mes del embarazo (3), practicar lo más pronto posible, y sin descuidar ninguna precaución, la *operación cesárea,* única que asegurará con todas sus consecuencias la vida del hijo, si de hecho es viable, y, si no lo es, garantizará más seguramente que el bautismo intrauterino, la validez del sacramento. Sólo se contentará con el bautismo intrauterino en la imposibilidad absoluta, en razón de las circunstancias, de emprender y llevar a buen término la operación cesárea (4).

Este principio muy claro no exigiría explicación alguna si no fuera oportuno exponer las *precauciones que deben adoptarse* antes de la operación, en el curso de la operación y después de la operación.

1. ANTES DE LA OPERACIÓN. — Conviene practicar la operación *tan pronto como* el fallecimiento de la madre haya sido comprobado debidamente: por lo general, en efecto, si el niño no muere antes que la madre o simultáneamente con ella, no la sobrevive largo tiempo. Sin embargo no habría motivo para omitir la operación si por una u otra causa hubiera sido algo demorada: muchos hechos demuestran que a veces el feto continúa viviendo *algunas horas* después de la muerte de su madre, sobre todo si esta muerte ha sido súbita (1).

En todos los casos conviene mantener bien caliente, hasta el momento de la operación, toda la región del útero: el frío no podría sino acelerar el fallecimiento del hijo.

2. DURANTE LA OPERACIÓN. — Siempre que sea posible, el médico «operará con las mismas precauciones que si la mujer estuviera todavía viva, a fin de no perderlo todo en el caso en que la muerte no fuera más que aparente» (2). Gracias a estas precauciones no correrá el riesgo de matar a una persona viva, y los hechos atestiguan que algunas veces tendrá la dicha de salvarla (3).

3. DESPUÉS DE LA OPERACIÓN. — Si mediante la operación cesárea el médico extrae del seno materno un niño seguramente en vida, pero en peligro de muerte, lo bautizará *sin condición* por infusión o por inmersión, según los casos (n. 432). Si duda de la vida, lo bautizará del mismo modo, pero *bajo condición*: «Si eres capaz, yo te bautizo», etc.

(1) *A falta de jeringa* se podría ensayar, *en caso de urgente necesidad,* una esponja embebida en agua o también la mano mojada. — Pero este modo de proceder no tiene ninguna probabilidad de éxito sino cuando, una vez comenzado el parto, el cuello del útero está abierto.

(2) Can. 746, § 5.

(3) «*En los primeros meses* del embarazo — dice el Dr. Capellmann — apenas podría esperarse lograr el *feto vivo* por medio de la operación cesárea. Después del cuarto mes es todo lo contrario» (Dres. Capellmann-Bergmann, *loc. cit.,* pág. 65).

Pero muchos otros autores rechazan esta opinión, que no concuerda con los hechos. El Dr. Bailly llega a decir «que el lapso durante el cual el feto puede sobrevivir a su madre es *inversamente proporcional* a la edad del feto» (Ferreres y Dr. J. B. Geniesse: *La mort réelle...,* edic. 1905, págs. 278 y sig.

(4) Can. 746, § 4.

ARTICULO II

RESPETO EN EL CURSO DE LA VIDA

Estudiaremos la actitud que conviene al médico respetuoso de las conciencias católicas si es consultado respecto a la exención, por causas de salud, de los preceptos eclesiásticos; si se le ruega que certifique la realidad de los hechos en caso de una curación que el cliente considera milagrosa; si libremente ha aceptado desempeñar el papel de experto en un procedimiento matrimonial.

§ 1. — EXENCIÓN DE LOS PRECEPTOS ECLESIÁSTICOS

436. I. Preceptos eclesiásticos. — 1. Los preceptos de que hablamos son obligaciones impuestas, so pena de falta grave, por la Iglesia católica, *ora* a todos los bautizados, o por lo menos en práctica a todos los católicos que gozan habitualmente del uso de razón y tienen siete años cumplidos (precepto de la asistencia a la misa y de la abstinencia), *ora* a todos los católicos que, en posesión habitual de sus facultades, tienen ventiún años cumplidos y no han entrado todavía en su sexagésimo aniversario (precepto del ayuno), *ora* a ciertas categorías de clérigos o de religiosos que por su promoción al subdiaconato, su admisión a los votos solemnes con destino al coro, o la concesión de algún beneficio canónico, están obligados a la recitación del oficio divino (4).

(1) Antonelli: *Medic. Pastor.,* II, núm. 83 y sig.; Dr. Hubert: *Accouchements,* II, pág. 165; Ferreres: *La mort réelle...,* pág. 281, nota 1.

(2) Dres. Capellmann-Bergmann: *La médecine pastorale,* pás. 65 y sig.

(3) Ferreres y Dr. J. B. Geniesse: *La mort réelle...,* pág. 284.

(4) Can. 12; 1.254; 135; 610, §§ 1 y 3; 1.475.

2. La obligación cesa en caso de impedimento legítimo, y particularmente *por razones de salud.*

Por esto no es raro que se llame al médico para que dé su opinión o para que diga si, considerando la enfermedad, la convalecencia, el estado precario de la salud, hay o no hay *cusa excusante.*

Importa, pues, que conozca dos cosas: *primero,* cuál es su papel en materia semejante; *luego,* según qué principio o qué criterio estará en disposición de juzgar si hay o no excusa suficiente.

437. II. Papel del médico. — El papel del médico no es en absoluto el de *dispensar* de los preceptos de la Iglesia. La facultad de otorgar una *dispensa* propiamente dicha, y por consiguiente de desligar, en un caso particular, a un sujeto de la obligación de observar la ley, sólo pertenece, como es justo, al legislador, a su sucesor, a su superior, si lo hay, y a todo sacerdote para ello delegado (1).

Pero el médico puede declarar que hay en el caso, por razones de salud, *imposibilidad moral* de observar el precepto y, por tanto, excusa legítima. Todo lo que se le pide es que no transforme a su gusto en imposibilidad moral una ligera dificultad. El principio siguiente sobre las causas excusantes le ayudará a distiguir entre lo que es y lo que no es impedimento válido.

438 III. Causas excusantes. — Una de las condiciones de *toda* ley, y especialmente de la ley *humana,* que no puede ordenar actos heroicos, si el bien común no los exige, es la de estar en armonía con las fuerzas ordinarias del hombre, y por lo tanto ser *moralmente posible.* Esto es particularmente cierto por lo que hace a las leyes de la Iglesia, que no pretende en modo alguno imponer a sus hijos una carga *demasiado pesada.* Así pues, de los preceptos eclesiásticos que hemos enumerado anteriormente, es decir, el precepto de la asistencia a la misa el domingo y los días de fiesta, del ayuno, de la abstinencia, de la recitación del oficio divino, cesan de ser obligatorios si a causa de circunstancias accidentales su observación implica un grave inconveniente, proporcional a la gravedad de la ley.

Es decir, que un enfermo (2), un convaleciente, incluso un hombre de débil constitución, no están en absoluto obligados a asistir a la misa, a ayunar, a abstenerse de alimentos grasos en viernes, a recitar cada día el breviario, si temen *prudentemente* un *perjuicio notable* para la salud al someterse a la ley de la Iglesia: por ejemplo, para citar algunas aplicaciones, si *asistiendo a la misa* se corre el riesgo de retardar la curación, o se teme ser afectado gravemente por una salida matinal al aire libre, por el trayecto que debe hacerse para trasladarse a la iglesia, por

(1) Can. 80.

(2) No suponemos una enfermedad *grave y aguda:* claro está que una enfermedad de este género excusa sin más los preceptos eclesiásticos. Igualmente es manifiesto que un convaleciente está exento del ayuno, por lo menos de ordinario.

la estancia de media hora en un lugar tal vez mal aireado, tal vez frío y húmedo; si no se puede *ayunar* sin agravar una enfermedad por lo demás bastante benigna, sin prolongar una convalecencia casi terminada, sin agravar un estado de debilidad ya excesivo, o también sin exponerse a dolorosas cefalalgias, a vértigos, a calambres de estómago muy penosos, a prolongados insomnios; si *lo magro* repugna a su estómago, contraría el tratamiento que se debe seguir, o también, lo que ocurrirá muy raramente, no sostiene las fuerzas de modo suficiente (1); si, por último, no se puede cierta o probablemente recitar sin exceso de fatiga las *Horas canónicas,* incluso cuando, ya convaleciente, se estuviera en condiciones de conversar largamente con los amigos o de leer, como distracción, algún libro fácil.

Si existen dudas sobre la suficiencia o insuficiencia de la excusa alegada, el médico está autorizado a resolverlas a favor del interesado. Sin embargo, a propósito de la asistencia a la misa, observa Moureau con buen derecho que «las gentes del pueblo, si son verdaderos cristianos, se miman poco y los otros mucho. Frente a éstos el médico, sin ser rígido con exceso, hará bien en no legitimar excusas que no tendrían gran valor si las opusiera a estas mismas personas para apartarlas de diversiones de otro modo peligrosas para su salud» (2).

§ 2. — Curaciones milagrosas

No tenemos la intención de tratar a fondo ni aun ligeramente las múltiples cuestiones que suscita el *milagro físico:* hecho sensible, es decir, exteriormente comprobable; hecho *trascendente,* es decir, por encima de las fuerzas conocidas o desconocidas de la naturaleza, que no bastan en absoluto para explicarlo; hecho *divino,* es decir, debido a una intervención extraordinaria e inmediata de Dios, o por lo menos realizada en su nombre por un espíritu superior al hombre.

Sin dar siquiera una definición rigurosa del milagro, nos limitaremos a tocar *tres puntos.*

Diremos *primeramente* en qué condiciones una curación puede y debe ser considerada como milagrosa por todo hombre exento de prejuicios; *en segundo lugar,* cuál DEBE ser la actitud del médico si encuentra en su camino un fenómeno de este género, y es invitado por el feliz privilegiado a hacer constar el doble hecho de la enfermedad y de la curación; *en tercer lugar* cuál PUEDE ser su papel, o, en otros términos, en que circunstancias le está permitido conducirse como hombre que conoce los límites de su arte y proclamar abiertamente el carácter trascendental y *naturalmente inexplicable* del hecho en cuestión.

(1) Nadie ignora que la abstinencia de carne sobre todo una vez a la semana, sólo puede ser favorable de ordinario a la salud. Por ello el médico se mostrará más bien severo sobre este punto, a no ser que se trate de un enfermo o convaleciente.

(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 236.

439. I. Condiciones requeridas *para que una curación sea con buen derecho reputada milagrosa.* — Hace ya cerca de doscientos años que *Benedicto XIV* trazó con su maestría habitual las reglas que deben seguirse en el *discernimiento de las curaciones milagrosas* (1). «Estas reglas son eternas, y los médicos de todos los tiempos hubieran podido subscribirlas, Galeno como Laennec, Dioscórides como Avicena» (2).

Vamos a exponerlas, distinguiendo, a la manera de Benedicto XIV, las condiciones requeridas por parte de la enfermedad y las condiciones que se relacionan con la curación.

1. ENFERMEDAD. — Si consideramos primero la *enfermedad,* es de toda necesidad que sea *grave,* en sí misma y respecto a la constitución del paciente; que sea *orgánica,* o consista en una lesión orgánica, y no se clasifique entre las afecciones simplemente nerviosas o funcionales; que sea absolutamente *incurable* por los medios naturales, o por lo menos que en el momento preciso en que sobreviene la curación sea *tan difícil de curar* y esté tan plenamente en actividad que la curación, *tal como se ha producido,* no pueda en manera alguna ser atribuída, *ora* a los agentes que constituyen la defensa natural del cuerpo humano, y por consiguiente a una crisis saludable del organismo, *ora* a los remedios que se han puesto en práctica, y cuya impotencia en caso semejante debe ser manifiesta, *ora* a la acción de lo moral sobre lo físico.

Tales son las condiciones que exige *Benedicto XIV* en términos ligeramente diferentes.

Exige: «*primero,* que la enfermedad sea grave o incurable, o por lo menos difícil de curar; *segundo,* que la enfermedad, de la que triunfa el enfermo, no se halle hacia el fin de su período de evolución normal, y a punto de declinar; *tercero,* que no se haya empleado ningún remedio, o que se haya recurrido a remedios de hecho impotentes para procurar la curación; *sexto,* que ninguna evacuación saludable ni crisis favorable alguna hayan precedido, en tiempo oportuno, a la curación, y pudieran ser consideradas como su causa productora» (3).

2. CURACIÓN. — Según testimonio del mismo Benedicto XIV, la curación sólo podrá ser tenida por milagrosa *con toda seguridad* si se realizan *tres condiciones:* debe ser súbita e instantánea; perfecta o completa; duradera y definitiva, en el sentido de que el enfermo no recaiga en absoluto en la misma enfermedad, o, en otros términos, que no haya la menor recidiva (4).

1.° *Súbita.* — A menos que la enfermedad sea *radicalmente incurable,* y por tanto no pueda ser curada, aun con la ayuda del tiempo, por la reacción del organismo y la ayuda de los remedios, una curación sólo

(1) *De Servorum Dei beatificatione...,* I. IV, pars I, cap. 8, núm. 2 sig.
(2) *D. A. F. C.,* artículo *Curaciones milagrosas,* col. 422.
(3) *L. C.,* l. IV, pág. 1, cap. 8, nn. 2-12; 26-29. Es posible a veces, *aun en caso de crisis favorable,* concluir con seguridad que la marcha de la enfermedad no ha sido natural (Dr. Le Bec, *Critique... des guérisons surnatur.,* págs. 40 y sig.).
(4) *L. C.,* l. IV, cap. 8, núm. 2; 4.ª, 5.ª y 7.ª condiciones.

nos parece milagrosa *con seguridad* si se nos muestra *súbita* e *instantánea.* Sólo entonces tiene este esplendor y esta irradiación que nos hacen decir: en esto hay algo que sobrepasa a las fuerzas de la naturaleza (1). Sin embargo, si es *evidente* que las energías del cuerpo humano y de los medicamentos no han podido *en tan pocos días* hacer una obra tan excelente, y vencer plenamente a una enfermedad muy grave, aunque fuera curable, bastará que la curación haya sido *moralmente instantánea,* y por tanto efectuada en un lapso muy reducido; mas es precisa aquí, la mayor prudencia para evitar todo error (2).

2.° *Perfecta.* — La segunda condición, requerida para que no subsista *ninguna duda prudente* sobre el carácter milagroso de una curación, por lo demás instantánea en el sentido que acabamos de exponer, es que sea *perfecta* de todo punto, y por tanto que no deje, aparte tal vez de alguna cicatriz inofensiva y útil para comprobaciones ulteriores, *vestigio alguno* de la enfermedad anterior, ni siquiera la postración de fuerzas que conocen tan bien los convalecientes. Por lo común el enfermo curado milagrosamente debe haber recobrado tan plenamente su vigor primero que después de haber tomado alimento se halle en estado de ejecutar inmediatamente lo que era capaz de hacer antes de su enfermedad» (3). Sin embargo, no hay que exagerar. Un *resto de debilidad* no impediría comprobar con seguridad una curación milagrosa si se tratara de una afección morbosa *absolutamente incurable* (4).

Asimismo, poco importa que la curación vaya o no acompañada de *dolores muy vivos:* sin duda es relativamente bastante raro que un sufrimiento agudo sea el acompañamiento y una especie de rescate del milagro, pero esto nada importa: si es claro que la curación, súbita y perfecta, sobrepasa las fuerzas de la naturaleza, no deja por tanto de ser milagrosa (5).

3.° *Duradera.* — Una curación perfecta, por lo mismo que suprime la raíz del mal y no deja subsistir ningún indicio de él, persiste a continuación y libra de toda *pronta recidiva que provenga de la afección morbosa desaparecida.*

Si la curación va seguida en breve plazo de recaída en la misma enfermedad, o en una enfermedad del mismo grupo de la primera, el milagro, tal vez real en sí, no podría ser comprobado *de ordinario* con completa certidumbre. Sólo estaríamos autorizados a hacer caso omiso de ello y a considerar la curación como milagrosa si el retorno de la enfermedad fuese debido manifiestamente a la intervención de una *nueva causa,* y no pudiera en modo alguno provenir de los gérmenes morbosos dejados en

(1) *L. C.,* núms. 15 y 16.
(2) *L. C.,* núm. 17; Dr. Le Bec: *Critique... des guérisons surnatur.,* págs. 14 y sig.; 21.
(3) *L. C.,* núm. 22.
(4) *Ibid.,* núm. 22.
(5) *L. C.,* núm. 24; Dr. Le Bec: *Critique et contrôle médical des guéris. surnaturelles,* págs. 77 y sig.

el organismo por una curación incompleta (1). Esto significa que es necesaria una gran circunspección para no extraviarnos y distinguir en el caso la verdad exacta (2).

Así, para *resumir* brevemente: en el caso de una enfermedad grave, orgánica, en plena actividad, rebelde a los esfuerzos combinados del organismo, de la terapéutica y de la moral, llamamos *milagrosa* a una curación súbita, perfecta, duradera, sobrevenida en ausencia de toda crisis saludable que pudiera explicarla.

Nada más legítimo que esta *conclusión*. «Si el organismo tiende naturalmente a reparar sus lesiones o sus funciones, a restaurar su unidad disgregada, se deduce de ello que su curación le costará siempre cierta energía, y por consiguiente primero *cierto tiempo*... Se deduce también que la curación debe exigir naturalmente algún socorro del exterior y constituir por consiguiente una elaboración: cuanto más avanzada esté la enfermedad, tanto más comprometida estará la unidad y más *difícil y dolorosa* será esta elaboración... Finalmente, la unidad restaurada no borrará absolutamente todo indicio, el organismo reparado conservará siempre algún recuerdo, alguna huella del mal anterior, y la *tendencia a la recidiva*, o por lo menos a la recaída, será la regla general, cuya excepción (la inmunidad adquirida) sólo se obtiene al precio evidente, y por lo demás comprobado, de ciertas reliquias patológicas (predisposición respecto a otras enfermedades, cicatrices viciosas, amenaza de accidentes secundarios o terciarios, etc.).

Sin ser profeta puede predecirse, por lo tanto, que toda curación *natural* dará lugar a las comprobaciones siguientes: restauración *lenta, laboriosa, dolorosa, con tendencia a la recidiva*. Se comprende, pues, que habrá siempre, no solamente suposición, sino certidumbre del *carácter no natural* de la curación cuando se la vea sobrevenir *súbitamente, sin dolor, sin reliquia, sin recidiva*, a continuación de una enfermedad prácticamente constituída por la disgregación de la unidad orgánica. Estos son, en efecto, los signos principales que Benedicto XIV ha exigido para la comprobación de una curación milagrosa. Hay también otros signos que confirman los primeros: como el fracaso de los procedimientos conocidos de curación natural; la prueba de su ineficacia; los testimonios alarmantes del curso de la enfermedad, signos todos que hacen *tanto más difícil la* curación natural y *tanto más sorprendente* una curación súbita» (3).

440. II. Ejemplo típico. — Nada hará comprender mejor las condiciones requeridas, descritas en el capítulo precedente, que el *ejemplo siguiente*, en el que todas estas condiciones se encuentran reunidas con un relieve sorprendente.

(1) Sin embargo el Dr. Le Bec demuestra que una lesión tuberculosa *local* puede ser curada plena y definitivamente *por una intervención sobrenatural*, sin que la infección *general* de la sangre se haya suprimido totalmente ni los bacilos hayan sido destruídos. Por lo tanto, podrá haber más tarde, en otro punto, un nuevo ataque de tuberculosis *(Critique et contrôle médical des guérisons surnaturelles*, págs. 86 y sig.).

(2) *L. C.*, núm. 31 y sig.

(3) Dr. van del Elst en el *D. A. F. C., Guérisons miraculeuses*, col. 423.

En este caso la *enfermedad*, tisis galopante, es declarada *incurable* por dos médicos. Muy lejos de estar a punto de declinar, se halla en su *apogeo* y no quedan humanamente al enfermo más que dos o tres días de vida. Ningún remedio puede detener las hemorragias. El enfermo vomita pedazos de pulmón junto con la sangre. Ninguna crisis favorable se produce.

En tal estado la curación es, como veremos, *instantánea*, al extremo de efectuarse en menos de un segundo; *perfecta*, puesto que el afortunado beneficiario no ha tenido jamás recidiva; *tan duradera* que el enfermo, curado el 4 de septiembre de 1906, refiere el 27 de junio de 1933, en el Congreso teresiano de Lisieux, su propia curación, «uno de los milagros aprobados para la beatificación de Santa Teresa del Niño Jesús».

Después de este preámbulo, escuchemos al Sr. cura *Anne* que nos refiere por sí mismo su súbita transformación (1).

«*Alistado voluntario a los diecinueve años*, el joven seminarista no había vuelto muy robusto de su permanencia en el cuartel. Una bronquitis mal cuidada había dejado algunos indicios desagradables: entre otros una ligera tos, seca y persistente, que le ponía siempre algo febril. Añadid a esto la fatiga de los estudios al aproximarse los exámenes, los inviernos rigurosos en las celdas sin calor, la preocupación de la vocación, etc. Todo este conjunto determina en él un estado tal de depresión física que súbitamente escupe sangre seguida de vómito. Sigue así durante *dos años*, bajo la amenaza continua de hemorragias, cada vez más frecuentes y precipitadas, sin que remedio alguno pueda detener el mal. El 23 de agosto de 1906, a las cuatro de la tarde, al hacer su visita al Santo Sacramento en la iglesia de Saint-Jacques, es sorprendido de nuevo por los vómitos.

Aterrorizado, se arrastra hasta el presbiterio, apoyándose contra los muros de las casas. Mas no llega hasta el fin: en el límite de sus fuerzas se tambalea y cae en el umbral de la puerta. Esta vez se halla en la más grave extremidad.

Es llevado a su casa a toda prisa. Nueva y terrible hemorragia, pues esta vez no es ya sangre lo que vomita, sino sus propios pulmones en putrefacción.

Acuden dos médicos, los señores *La Néele* y *Loisnel*, ambos doctores en Lisieux, quienes le auscultan y le declaran perdido: estado esquelético espantoso; fiebre intensa; opresión; sofocaciones; sudores fríos; esputos purulentos, con bacilos de Koch en abundancia, y pedazos de pulmón. *Es la tuberculosis*, llegada a su último grado y bajo su forma más brutal: la *tisis galopante*. La enfermedad, que había permanecido largo tiempo en estado latente, pasó por los tres grados en algunos días bajo la acción virulenta de los microbios y la frecuencia de las hemorragias: características de la tisis galopante más grave, y ante la cual los médicos son impotentes.

(1) Traducimos literalmente del original francés el relato del sacerdote Sr. Anne, en el que son fáciles de notar algunas incorrecciones científicas. *(N. del T.)*

Por lo demás el enfermo presenta todos sus síntomas. La disfagía: no puede alimentarse. La autofagía: es devorado por la fiebre. Esta fiebre es de excavación y de destrucción de los pulmones. En efecto, se comprueba la existencia de dos enormes cavernas tuberculosas en el vértice y en la base de cada pulmón. El desenlace es por tanto fatal, y la muerte llegará en breve plazo: es cuestión de dos o tres días.

Una primera novena a Nuestra Señora de Lourdes no produce ninguna especie de mejoría... Se empieza una segunda novena, pero esta vez a la misma Sor Teresa, con la promesa de hacer relación de ello a Roma para la Beatificación si el enfermo cura. Por lo demás será buena ocasión de exclamar: «milagro», pues el señor Loisnel, que substituye al señor La Néele, en ausencia de quince días, ha dicho desde hace tiempo su última palabra: no hay que esperar más que la muerte, y la muerte inmediata.

Los dos primeros días de la novena, el 2 y 3 de septiembre, transcurren largos como siglos y sin el menor cambio. La religiosa encargada del enfermo, la hermana San Ignacio, cree su deber exhortarle a bien morir: «Hijo mío, le dice, vais a morir. Si no esta tarde, será seguramente esta noche. Haced, pues, generosamente el sacrificio de vuestra vida.»

No os escandalicéis, pero el enfermo hizo muy mala acogida a esta exhortación. En materia de sacrificio, no quiere saber nada. ¿Es tan segura la voluntad de Dios de que él muera? Sea como fuere, he aquí que, en su movimiento de protesta, la pequeña reliquia suspendida de su cuello va a caer bajo su mano desfalleciente. La coge desesperadamente, como un náufrago se agarra al madero de salvación que se le tiende. Como un relámpago, acude entonces a su espíritu y a su corazón la famosa frase de Teresa: «Quiero pasar mi cielo haciendo el bien sobre la tierra.» Lo que siente entonces de calma, de dulzura, de suavidad es absolutamente inexplicable. La pequeña Teresa no está lejos de él, es seguro. No la ve, pero siente que está allí. La vería aun cuando no estuviera presente.

Entonces, en un impulso de confianza absoluta, sin pronunciar una sola palabra, sino mentalmente, le dirige esta plegaria muy simple: «Pequeña Teresa, vos estáis en el cielo, ¡oh sí, estoy seguro de ello!; yo estoy en la tierra. Hay bien por hacer; hay que curarme. Vos habéis deseado morir a los veinticuatro años, es decir, un poco antes de la edad normal del sacerdocio, porque, deseando ser sacerdote, no podíais serlo. Pero yo sí puedo serlo; haced, pues, de mí el sacerdote que vos hubierais querido ser, ¡y curadme!»

Y así ocurre. Ya no está moribundo, ni hay peligro, ni existe enfermedad. *Instantáneamente* el joven seminarista se incorpora en su lecho, lleno de salud y de vida. *Es el milagro,* y esto acontece el 4 de septiembre de 1906, a las siete de la tarde.

Naturalmente, cuando un enfermo de esta importancia viene a deciros bruscamente que está curado, lo menos que se piensa es que delira. Y así fué en nuestro caso. Se vió aquel día un fenómeno incomprensible: personas que reclamaban a gritos un milagro, y que delante del milagro no

querían creer en él. Inútil era que el miraculado hiciera protestas cada vez más demostrativas; la hoja de la temperatura, tan elocuente en su mudo lenguaje, describía desde hacía un cuarto de hora una caída vertical de la fiebre de 40 a 36 grados y seguía fija en este punto, constituyendo el dibujo más impresionante que en este género podía verse, todo inútil. Se había puesto la confianza en el cielo, pero sólo querían referirse a la tierra. ¡Pronto, el doctor! Llega el señor Loisnel, ausculta, pero con mucho mayor detenimiento que la víspera. Parientes, amigos, la misma religiosa, todos están allí, inquietos, impacientes, esperando el veredicto de la ciencia. El doctor tiene el aire de buscar algo que no encuentra ya.

«—Veamos, señora (dirigiéndose a la madre), ¿que habéis dado a vuestro hijo?

—Nada absolutamente, doctor; ¿está, pues, curado?

—Sí, sí, está curado; no tiene fiebre y las cavernas tuberculosas han desaparecido.»

A esta declaración, tan inesperada pero tan confortadora, la madre y el hijo se abrazan efusivamente.

Durante esta escena rápida pero tan emocionante, la buena hermana San Ignacio, maravillada y recobrando poco a poco sus sentido, se acuerda de la promesa hecha al Carmelo. Cogiendo a la ventura una hoja de papel y una pluma dice: «Dispense, doctor, ¿sería usted tan amable de anotar por escrito su sorpresa?» El doctor se niega enérgicamente, pretextando que su palabra es suficiente. Pero Sor Ignacia es belga, y los belgas son tenaces. Venció los escrúpulos del doctor y le arrancó la atestación manuscrita da esta curación «*extraordinaria y científicamente inexplicable*», expresiones propias del doctor.

Seis días más tarde, el 10 de septiembre, el doctor La Néele volvía de sus vacaciones, me auscultaba a su vez y quedaba también absolutamente maravillado: «Señor cura, me dijo, está usted curado; sólo tiene que redactar la relación que ha prometido.»

En efecto, estaba curado milagrosamente y de una manera instantánea y perfecta.

Instantánea, porque en menos de un segundo el cambio fué completo, y súbitamente el seminarista pasó de la enfermedad grave a la plena vitalidad. Ciertamente quedaba todavía un esqueleto, pero un esqueleto singularmente vivo. Claro que, como ha observado muy justamente la Defensa en el Proceso Apostólico, si paralelamente a la desaparición de las cavernas se hubiese producido la reconstitución de las carnes, hubiera sido *un segundo milagro.* No era necesario. Dios no lo ha hecho, pero ha hecho el esencial: la supresión radical y completa del mal. En efecto, de un segundo al otro desaparecen súbitamente la opresión, la fiebre, los sudores, los esputos, las cavernas, y en su lugar dos maravillosos y sólidos pulmones, *verdadera creación orgánica,* cuya descripción dió inmediatamente la radiografía, y que no dejó de impresionar vivamente a los partidarios más irreducibles del mundo médico.

Instantánea, la curación fué también *perfecta* y *duradera,* pues desde entonces el sujeto del milagro no ha tenido jamás la menor recaída. Curado el 4 de septiembre de 1906, fué ordenado subdiácono el mes de junio siguiente; diácono en 1907, sacerdote en 1908. Nombrado vicario de Pont-L'Evêque, se consagra durante once años al apostolado en todas sus formas, con una media de cuatro o cinco horas de descanso por la noche. Después de la guerra, nombrado limosnero del hospital de Lisieux (en donde reside actualmente), se dedica al servicio de cerca de 500 enfermos, incluso tuberculosos: ministerio muy pesado de día y de noche. Si en realidad la fatiga y las noches sin descanso son agentes de la tuberculosis, hay que confesar que todo se ha dispuesto maravillosamente desde hace veinticinco años para hacer renacer el mal tan milagrosamente conjurado.

Y sin embargo la obra de la pequeña Teresa está siempre en pie y su miraculado también...» (Extracto, con algunos cortes, de *Etudes et documents thérésiens,* octubre de 1933, págs. 144 y sig.).

441. III. Papel obligatorio del médico. — Un cliente se cree objeto de una curación extraordinaria, que en su opinión no se explica por ninguna causa natural. Pide al médico que le ha cuidado en el curso de su enfermedad que certifique la verdad. ¿Cuál es en este caso el *deber* del médico?

Puede rehuir toda *apreciación.* Y hasta será prudente que obre de este modo si, a pesar de estar persuadido de que la curación es extraordinaria, conserva todavía alguna duda sobre su carácter milagroso. Pero no podría negarse a comprobar lealmente el *doble hecho* de la enfermedad con todas sus circunstancias y de la curación tal como se ha producido. Si no teme ningún inconveniente grave y no prevé ningún abuso de su firma, está obligado a título de caridad a prestar este servicio, que nada le cuesta y no es motivo de consecuencias desagradables.

Ciertos médicos no lo entienden así. Tienen *miedo de los hechos* que parecen depender de una causa superior, y, si pueden, vuelven la cabeza para no verlos. Nada más indigno de un verdadero sabio.

Y así el Dr. Philipon, que escribía en 1918, nos dirá a qué *excesos de intolerancia* puede conducir este temor, anticientífico en primer término.

«Hace unos veinte años, Carel, simple prosector entonces, se preparaba en la Escuela de Lyón para el concurso de cirujanos de los hospitales. Yo mismo, joven jefe de clínica en aquella época, perseguía también un fin análogo. Esta comunidad de intenciones me permitió conocer al futuro gran hombre y me proporciona ahora el placer de contar lo siguiente:

Un día ingresó en el servicio que él frecuentaba una niña de doce a trece años, afecta, en lo que puedo recordar, de una supuración fría de la fosa ilíaca derecha. Esta afección era ya antigua, y los diversos tratamientos empleados hasta entonces no habían dado por desgracia ningún resultado. Carel, después de un examen atento, puso en acción a su vez todos los recursos de la farmacopea. Durante varios meses ensayó con incansable paciencia todos los remedios que su imaginación le sugería. En muchas ocasiones pasó de la medicina a la cirugía, y de ésta a la medicina. Trabajo perdido: el absceso seguía supurando. Sin nada ya por probar, a imitación de Charcot y de otros, aconsejó a la familia que llevaran a la pequeña a Lourdes, que, como sabéis, es un lugar de peregrinación célebre. En él se ruega mucho, y algunos dicen que a veces alguien cura. En una palabra, la familia accedió a la sugestión de mi camarada, y una mañana la enfermita salía del hospital.

Algún tiempo después (no recuerdo exactamente por qué circunstancia) nos encontrábamos Carel y yo en compañía de algunos de nuestros más ilustres maestros de la Escuela; ante nosotros había especialmente el profesor C..., una de las glorias lionesas de la época. Al cabo de algunos instantes la conversación recayó — lo que era inevitable — sobre los casos insólitos que se observan cada día en la práctica hospitalaria. «A propósito, dijo alguien, ¿y vuestra enfermita, Carel, qué habéis hecho de ella? — La he enviado a Lourdes, respondió el interpelado con una sonrisa. — ¡A Lourdes!» Y una risa homérica se dejo oír en todas partes. «¿Y cree Vd., repitió el primer interlocutor, curarla de esta manera? — A fe mía, replicó Carel, cuando le di este consejo, os confieso que no confiaba mucho en él. ¿Pero qué queréis? Había que hacer algo. No obstante, señores, esta mañana he vuelto a ver a mi pequeña de regreso de Lourdes, y os voy a anunciar algo admirable: la he visto curada. — ¿Curada? — Sí, curada completa y definitivamente, sin la menor traza de supuración. Lourdes ha logrado en algunos días lo que no pude conseguir en meses. Esto entra en la categoría de los milagros.» Un silencio se hizo en toda la sociedad. La escuela de Lyón era entonces muy materialista, y no se querían apreciar estas curaciones un tanto maravillosas y que olían algo a agua bendita. «De ningún modo explico, dijo Carel, en medio del silencio, ni discuto ni interpreto o expongo hipótesis. Solamente señalo el hecho, he ahí todo. En cuanto al mecanismo... — Inútil insistir sobre el asunto, interrumpió entonces el profesor C., cortando la palabra a Carel: Es inútil insistir. Con tales ideas, señor mío, creo poder enunciarle que nada tendrá usted que hacer entre nosotros. La Facultad de Lyón nunca le abrirá sus puertas. — Y bien, si es así, dijo Carel, me voy; no me faltarán lugares que me sean más propicios» (1).

Nada añadiremos a este relato, en el que huelgan los comentarios. Nada más contrario al espíritu científico que cerrar los ojos a la luz de un hecho, rehusar comprobarlo y hasta verlo.

442. IV. Papel facultativo del médico. — Si aplicando con escrupulosa exactitud las reglas trazadas antes (núm. 439) el médico ha adquirido la *convicción íntima* de que está en presencia de una curación milagrosa, puede, sin rebajar la ciencia médica, declarar netamente que la

(1) *La Science et la Vie,* núm. 36, enero 1918.

cura súbita, perfecta y definitiva de que ha sido testigo no podría, en su opinión, *explicarse por ninguna causa natural.*

Una distinción algo más sutil precisa aún mejor cuáles son sus atribuciones. Dejará a la autoridad eclesiástica el cuidado de proclamar que la curación es *milagrosa,* es decir, que «procede de una intervención directa de Dios, de una irrupción trascendental de la Causa primera en el juego de los efectos». Se contentará con atestar *«que no es natural»,* es decir, que no puede explicarse por ninguna de las energías naturales puestas en acción para obtenerla (1).

§ 3. — Procedimientos matrimoniales

443. I. Participación de los médicos. — No es raro que un *proceso matrimonial* entre cristianos se desarrolle ante un tribunal eclesiástico. Igualmente, si se trata de un lazo conyugal y no de las consecuencias civiles, únicamente la Iglesia católica tiene competencia para instituir un proceso y emitir un juicio. Sólo ella puede declarar nulo un matrimonio de hecho inválido o disolver por su justo motivo, un matrimonio válido, pero no consumado. El matrimonio de los cristianos es, en efecto, un contrato sagrado, mucho más, un verdadero sacramento. Con este título es esencial y exclusivamente regido por la leyes de la Iglesia, la cual a su vez debe atenerse, sin excedernos nunca, a los poderes recibidos de su divino fundador, y, por consiguiente, no atentar nunca a los matrimonios válidos y consumados entre bautizados.

En el curso de estos procesos matrimoniales hay a veces motivo para examinar si una de las dos partes está, en el momento del matrimonio, atacada de impotencia antecedente y perpetua; si la unión conyugal contraída según todas las formas ha sido consumada por el acto íntimo que es necesario para la procreación de los hijos; si en el día del contrato una de las partes era, por alienación mental, radicalmente incapaz de dar un consentimiento válido.

En estas tres circunstancias el médico puede y debe, según los casos, ser llamado a participar en el proceso, ora como testigo, ora como perito.

1. Si el proceso recae *sobre el hecho de impotencia o de no consumación,* el tribunal está autorizado a citar *como testigos* a los médicos que, para juzgar de la impotencia o de la no consumación del matrimonio, han practicado ya sin misión oficial la inspección corporal. Además, a no ser que esta inspección sea manifiestamente inútil, está estrictamente obligado a designar *como expertos,* para examinar al marido, a dos médicos, y para examinar a la mujer, a dos comadronas de habilidad innegable (2),

(1) Dr. R. van der Elst: *D. A. F. C.,* col. 424 y 436.

Así en los procesos de beatificación y canonización los jueces eclesiásticos piden a los dos médicos peritos que respondan a esta *doble pregunta:* ¿Está el enfermo verdaderamente curado? ¿Puede explicarse por las leyes de la naturaleza la curación que se da como milagrosa? (Can. 2.119; véase también can. 2.088, § 3; 2.118; 2.122; 2.031).

(2) El tribunal eclesiástico puede someter a juicio de un médico experimentado la relación de las comadronas (Can. 1.980, § 3).

o más bien, si la esposa interesada lo requiere, o si las circunstancias lo exigen, a dos prácticos dignos de toda confianza.

2. Si el proceso recae *sobre el estado de las facultades mentales* en el día del matrimonio, el tribunal debe oír, *como testigos,* a los médicos que antes de la unión conyugal han tratado al enfermo, y tomar consejos de *médicos peritos* que examinen, si es posible, al pretendido alienado, o, por lo menos, aprecien los actos propuestos por él y más o menos propios para hacer sospechar, y hasta para demostrar, un trastorno cerebral (1).

Nada hay que añadir respecto a los médicos citados *como testigos:* si pueden hablar sin violar el secreto profesional (2), dirán lo que saben sobre la realidad, y, en caso necesario, sobre la naturaleza del hecho en cuestión, sin atenuar ni exagerar nada.

Tampoco se debe insistir sobre los médicos llamados *como peritos* en un proceso que recae sobre el hecho de la alienación mental: para llegar en lo posible a conclusiones ciertas, seguirán las reglas a que deberían conformarse ante un tribunal civil.

Tenemos, pues, que *precisar* únicamente el papel de los prácticos que hacen un peritaje en las causas de *impotencia* o de *no consumación.*

444. II. Papel de los peritos. — Los dos médicos que han aceptado el papel de *peritos* en un proceso de impotencia o de no consumación se someterán en todo a las reglas trazadas por el Código canónico (Can. 1976-1982).

1. Harán, con el mayor cuidado posible, y si se trata de una mujer, en presencia de una honesta matrona designada por el tribunal, la *inspección corporal* que permite formar un juicio sobre el hecho (3). El Código exige que cada uno de los dos médicos practique *por separado* e independientemente de su colega esta inspección corporal (4).

2. Terminada la visita, cada uno de ellos redacta su *relación* y la remite al tribunal en el tiempo señalado por el juez eclesiástico (5).

3. Finalmente, en el día señalado, los dos peritos *comparecerán separadamente ante el tribunal,* y, bajo fe de juramento, responderán a las preguntas que se les hagan y darán todas las explicaciones necesarias (6).

Como se trata de la validez o invalidez, de la ruptura o persistencia del lazo conyugal, los intereses en juego son de tal gravedad que los médicos peritos deben hacer todo lo posible para descubrir la verdad y no descuidar nada para exponerla precisa y completa en su relación. El juramento que prestan es para ellos una nueva y apremiante razón para responder con toda sinceridad a las preguntas del tribunal.

(1) Can. 1.976-1.983.
(2) Can. 1.755, § 2, 1.°.
(3) Can. 1.979.
(4) Can. 1.980, § 1.
(5) Can. 1.980, § 2.
(6) Can. 1.981.

ARTICULO III

RESPETO A LOS DESPOJOS MORTALES

445. I. Obligaciones del médico. — Las obligaciones del médico son principalmente *negativas:* abstenerse de todo lo que, hiriendo las conciencias, constituiría una falta de respeto a los despojos mortales.

Respetuoso con las antiguas costumbres de la Iglesia católica, que para demostrar a la vez su respeto a las difuntos y su fe en la resurrección de los cuerpos ha practicado en todo tiempo la inhumación, respetuoso con las prohibiciones formales de la Iglesia, que reprueba enérgicamente la incineración (1), y la prohibe, bajo pena de rehusar, en ciertos casos, la sepultura eclesiástica (2), el médico se guardará, excepto en circunstancias muy especiales, de prescribir o recomendar la *cremación,* que, sin ser mala en sí misma, es antirreligiosa, si no en su primer origen, por lo menos en la campaña para ponerla en vigor, y en los fines de sus más ardientes promotores; no ofrece sobre la inhumación ninguna ventaja seria, y no está exenta de inconvenientes para la sociedad.

446. II. Explicación. — 1. La cremación no es *en sí misma* inmoral ni irreligiosa.

1.° *No es inmoral:* cuando se libra a las llamas el cuerpo del difunto no se le injuria, propiamente hablando; no se falta gravemente al respeto que se le debe. Por esto los griegos y los romanos, que comenzaron por enterrar a sus muertos, pudieron a continuación, sin cometer falta grave, quemar sus cadáveres, como hacen todavía muchos indios. Así pues, nada se opone a que en ciertas circunstancias muy particulares, por ejemplo en tiempo de epidemia o en los campos de batalla, los médicos prescriban «como medio excepcional de preservar a los vivos» la incineración de los cadáveres (3).

2.° *Indiferente en sí* desde el punto de vista de la moral, la cremación *no es forzosamente opuesta a la religión:* no significa necesariamente que todo acabe con la muerte, y en rigor habría podido ser adoptada por la autoridad religiosa como *símbolo* de esta perfecta purificación que será la propiedad de los cuerpos resucitados para una dicha infinita (4).

2. Sin ser contraria a la moral o a la religión, la cremación es *menos conforme* al respeto debido a los difuntos, y sobre todo a la profesión de la doctrina cristiana.

Por esto los primeros cristianos se apresuraron, dondequiera que se establecieron, a volver a la práctica de la inhumación. «Representaba, en efecto, en el seno de la gran confraternidad cristiana, la igualdad del pobre y del rico ante la muerte; recordaba al vivo que morir era dormirse en espera del despertar de la resurrección. Cristo, jefe y modelo de los cristianos, había querido ser sepultado en una tumba. Luego, convenía que el cuerpo del cristiano, santificado por los sacramentos, fuese respetado hasta en su muerte, dejando que ésta completara su obra. Finalmente, Dios glorifica con milagros los cuerpos y huesos de los mártires» (1).

(1) Can. 1.203.
(2) Can. 1.240, § 1, 5.°
(3) Moureau y Lavrand, pág. 296.
(4) Lehmkh., II, núm. 1.174.

3. *De hecho* la violenta campaña que, a partir de 1870, se esforzó en promover la cremación, era, en el pensamiento de los jefes del movimiento, un golpe directo contra el catolicismo.

La incineración aparecía «como un medio de elección para desarraigar de los espíritus la fe en la resurrección», y hasta en la inmortalidad del alma. Para asegurar el éxito nada se descuidó: publicaciones, congresos, demandas a los poderes públicos; y se vió la fundación, sobre todo en Italia y Alemania, de numerosas sociedades crematorias» (2).

4. Se comprenden por lo tanto las severidades de la Iglesia católica.

Estas severidades se explican aún mejor si se reflexiona sobre la *inanidad de los perjuicios* de la inhumación, culpable al parecer de viciar el aire de los cementerios, de contaminar las aguas subterráneas, de conservar preciosamente los gérmenes de la viruela, del cólera, fiebre tifoidea, etcétera, de privar a la agricultura de terrenos fáciles de utilizar. No refutaremos estas objeciones, que ya lo han sido tan a menudo (3).

5. Añadamos solamente que la cremación no está exenta *de inconvenientes* prácticos.

Se le ha reprochado, por ejemplo, «hacer imposibles las investigaciones médicolegales. La exhumación del cadáver es a veces necesaria, o muy útil, para dar a conocer a la justicia si la muerte ha sido el resultado de un crimen. Aun en los casos de envenenamiento, la cremación impediría las investigaciones (4); pues los venenos minerales, únicos que se podrían encontrar en las cenizas, serían bien pronto conocidos y evitados por los autores de esta clase de crímenes» (5).

Concluyamos que el médico, absteniéndose de aconsejar o de favorecer la cremación, no se opone a la ciencia ni al progreso.

(1) Moureau y Lavrand, págs. 287 y sig.
(2) Moureau y Lavrand, págs. 283 y sig.
(3) *Ibid.*, págs. 289 y sig.
(4) «H. Sainte-Claire Deville ha citado en curioso ejemplo sobrevenido en la epidemia de cólera de Besançon en 1849.

Una familia entera, *compuesta de cinco personas,* había desaparecido arrebatada, según se creía, por esta terrible enfermedad. Al cabo de algunos años nacieron sospechas; se practicó la exhumación y se analizaron las vísceras de los cinco cadáveres. Las dos primeras víctimas habían fallecido verdaderamente de cólera, pero las tres últimas habían sido envenenadas por el arsénico. Las sospechas recayeron sobre un individuo, pariente de los difuntos, que no podía esperar heredar de ellos mientras le precedieran cinco personas en el orden de sucesión, pero que habiendo visto morir a dos del cólera tuvo la idea de hacer desaparecer a las otras tres. Si estas personas hubiesen sido incineradas, la prueba de estos crímenes *habría sido imposible*» (Dr. P. Brouardel: *La respons. médic.*, etc., págs. 233 y sig.).
(5) Moreau y Lavrand, págs. 295 y sigs.

SECCION V

CONSECUENCIAS DE LOS CUIDADOS PRESTADOS

447. División. — En esta sección tratamos esencialmente de los *deberes* y de los *derechos* que resultan para el médico de los cuidados prestados.

Los principales de estos *deberes* se refieren a los certificados, que serán el objeto del capítulo XXI, y al *secreto profesional,* que exigirá, en el capítulo XXII, más amplio desarrollo. A la cuestión de los deberes referimos naturalmente la obligación que incumbe al médico de responder de sus actos profesionales y que se denomina *responsabilidad médica:* el capítulo XXIII le está dedicado.

Los *derechos* que la ley *moral* confiere al médico se reducen al derecho de vivir de su profesión, y por tanto de percibir justos *honorarios:* de ello hablaremos en el capítulo XXIV.

En varios países la ley *civil* asegura además al médico diplomado un *verdadero monopolio:* aparte del caso de urgencia confirmada, que impide aguardar, sin peligro muy grave para el enfermo, la llegada de un médico, nadie puede, si carece de diploma extendido en buena y debida forma, prestar *habitualmente* cuidados médicos, es decir, prestar cuidados que exigen conocimientos especiales. El que tal hiciera cometería el delito *de ejercicio ilegal* de la medicina, y estaría sujeto a las penas previstas por la ley.

El estudio de este delito, y del derecho correspondiente en el médico diplomado, *no entra en el cuadro de esta obra,* que expone la deontología médica únicamente desde el punto de vista del *derecho natural.* Este derecho no prohibe a nadie el ejercicio de la medicina si posee de hecho los conocimientos requeridos para aliviar a los enfermos y para no perjudicarles.

Añadamos que el mismo derecho natural obliga a todos *a someterse a las leyes de su país* si no son manifiestamente injustas. Ahora bien, lejos de ser manifiestamente injusta, la ley civil que prohibe el ejercicio de la medicina a los que no poseen el título es de gran importancia para los intereses, no solamente de los médicos, sino de toda la población: se opone a la ávida codicia de los charlatanes, que, pródigos de remedios perjudiciales o ineficaces, explotan a fondo la credulidad humana; reprime igualmente el celo bien intencionado, pero imprudente,

de las personas caritativas que distribuyen gratis medicamentos poco apropiados a la enfermedad, y se exponen a pasar inadvertidos al lado de síntomas muy alarmantes.

La ley civil sobre el ejercicio ilegal de la medicina oobliga, pues, en conciencia, si el legislador ha pretendido obligar *en conciencia;* obliga a evitar los actos prohibidos o a sufrir la pena si el legislador no ha querido dictar, como parece, más que una *ley penal.* Respecto a la ley moral, que es el único objeto de nuestro estudio, no hay más que decir, y en el capítulo XXIV podremos examinar solamente la cuestión de los honorarios.

CAPITULO XXI

DE LOS CERTIFICADOS PEDIDOS AL MEDICO

448. Dos cuestiones. — Si nos situamos exclusivamente en el terreno del *derecho natural,* encontramos, en materia de certificados médicos, *dos cuestiones* por resolver.

¿Está obligado el médico a librar los certificados que se le piden, es decir, «atestaciones escritas de hechos» médicos de los que ha tenido conocimiento antes, o que puede comprobar en el momento, como el hecho de una enfermedad, de una vacunación, de una herida, de tal o cual causa de muerte, de la misma muerte, etc.»? (1).

¿A qué reglas debe sujetarse en el libramiento de estos certificados para estar plenamente de acuerdo con la ley moral?

ARTICULO PRIMERO

OBLIGACION DE LIBRAR CERTIFICADOS

449. Diversos títulos. — Después de haber prestado sus cuidados o examinado a un cliente, el médico está obligado, *por diversos títulos,* a librar el certificado que se le pide. Está obligado a ello a título de justicia conmutativa, de justicia legal o de caridad.

1. JUSTICIA CONMUTATIVA. — El certificado es debido en *estricta justicia* siempre que el médico, al prestar sus cuidados, se haya comprometido, por contrato o cuasicontrato, a librarlo. Así un médico no puede, sin injusticia manifiesta, rehusar un certificado de vacunación a una persona que *para obtener este certificado* se ha hecho vacunar por él. Asimismo, por el hecho de consentir en examinar, mediante honorarios, a un joven que requiere un certificado de ineptitud para el servicio militar, o a un obrero que, víctima de un accidente, solicita un certificado de incapacidad para el trabajo, está obligado, a título de justicia, a librar este doble certificado si comprueba que el joven es ciertamente impropio para el servicio militar y que el obrero es seguramente incapaz de trabajar.

2. JUSTICIA LEGAL. — La justicia legal, o, si se prefiere, el *respeto a la ley,* impone al médico el deber de librar un certificado que le es pedido directa o indirectamente *por la autoridad legítima* y en nombre de esta

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 256 y sig., 492.

autoridad. Así el médico, en Francia, está obligado a librar un certificado «a requisición del alcalde, para comprobar el fallecimiento de una persona encontrada en la vía publica a consecuencia de enfermedad, de accidente, de asesinato o suicidio. Importa poco que los certificados sean provocados por un particular si éste está provisto previamente de una requisición de una de las autoridades encargadas de concurrir a la represión de crímenes y delitos» (1).

3. CARIDAD. — El médico faltaría a la caridad si rehusara librar, cuando puede hacerlo sin inconveniente notable, un *certificado importante* que se le ha pedido por *justo motivo,* y que por lo demás se refiere a hechos médicos (salud, aptitud física, enfermedad, operación, etc.) cuya perfecta exactitud conoce. Sería negar un servicio que puede prestar fácilmente, y que tal vez es el único que puede hacerlo. Si están en juego grandes intereses hay que calificar de falta grave a la caridad a una negación de este género (2).

Sin embargo, el médico sólo debe librar certificados con pleno conocimiento y de conformidad con las reglas de la moral. Vamos a exponer brevemente estas reglas.

ARTICULO II

REGLAS QUE DEBEN SEGUIRSE EN TODOS LOS CASOS

450. I. Principio general. — El médico no está autorizado por el derecho natural a librar un certificado sino con la *triple condición* de res-

(1) Citado en Brouardel: *La responsabilité médicale,* pág. 292.

(2) Se ve por consiguiente en qué sentido hay que entender las líneas siguientes, que para ser exactas significan solamente esto: El médico tiene derecho a rehusar *por causa justa* un certificado.

«Fuera del caso de requisición regular, el libramiento de un certificado *nunca* es obligatorio para un médico, por lo menos en derecho. Para los certificados *privados* en los que está en juego el interés del enfermo, en que puede tratarse de comprobaciones más complejas, en los que principalmente estas comprobaciones tienen necesidad de ser interpretadas para las necesidades de la causa, el médico conserva el derecho de negar un certificado escrito. Tiene en cambio el deber de advertir a su cliente de los *motivos* de su negativa y de explicárselos» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* págs. 71 y sig.).

¿No equivale esto a decir que el médico no siempre está obligado a librar un certificado? Puede negarse a ello *por justos motivos.*

Para ponerse en regla con la ley, el médico redactará en papel sellado los certificados sometidos al timbre, y por lo tanto los certificados *de orden privado,* es decir, los certificados que no son «exigidos por el funcionamiento de ciertas leyes o solamente de ciertos reglamentos» (H. Verger, *loc. cit.,* págs. 70 y sig.). Después de varios otros, el Dr. Brouardel ha formado su lista (*La responsab. médic.,* etc., págs. 292 y sig.; véase también A. Dechambre: *Le médecin,* págs. 265 y sig.).

«Los certificados llamados de *interés público*... sólo se libran para un objeto perfectamente determinado y exclusivo de cualquier otro.

El destino que debe darse a un certificado de interés público y la mención de la ley que ordena su producción deben, pues, ser indicados de modo expreso por el médico firmante del certificado. Si no posee en verdad ningún medio de comprobar el uso que se hará de él ulteriormente, por lo menos se libra así de las persecuciones que contra él pudieran intentarse por falta de sello si el certificado se hubiera de presentar a la justicia» (H. Verger: *Précis de déontologie médic.,* pág. 71).

petar escrupulosamente la verdad, la discreción médica, la prudencia: la *verdad,* pues la mentira nunca está permitida, y la exageración, a la que se ha denominado la mentira de las personas honradas, está prohibida; la *discreción médica,* porque el secreto profesional prohibe a veces al médico atestar lo que sabe; la *prudencia,* porque toda verdad no es conveniente decirla, e incluso hay obligación de callar lo que podría ocasionar a otro consecuencias desfavorables e injustas.

Remitiendo al capítulo XXII lo que se refiere a la discreción médica, añadimos aquí algunas palabras sobre las otras dos condiciones requeridas: la verdad y la prudencia.

451. II. Exacta verdad. — Al redactar un certificado el médico nunca debe perder de vista lo que exigen los *derechos de la verdad,* y cuáles son los *medios prácticos* de darles plena y entera satisfacción.

1. Derechos de la verdad. — «Los derechos de la verdad no obligan al médico a decir todo lo que sabe, aunque pudiera decirlo, pero no debe certificar nunca lo que sabe que es falso», exagerado, dudoso, tanto si se trata de un certificado destinado a la justicia como de dominio privado (1).

Algunas palabras de explicación demostrarán lo bien fundado de esta regla, por lo demás evidente.

1.° *El médico no está obligado* en modo alguno a decir en un certificado *todo lo que sabe:* puede omitir lo que no establece la realidad de los hechos ni se relaciona con el fin que se propone el cliente.

2.° *Pero no puede certificar* lo que *sabe que es inexacto* o lo que *ignora.*

3.° *El honor del médico,* y hasta el honor de todo el cuerpo médico, se une a los derechos de la verdad para reclamar la más perfecta exactitud en la redacción de los certificados que irán *a la justicia* y serán discutidos en el tribunal.

El médico debe entonces cuidar *más que nunca* «de no dar un certificado que *exagere* las consecuencias de los achaques o de las indisposiciones que afectan a su cliente. Toda exageración puede ser considerada por el tribunal como una falsedad. Hago esta recomendación teniendo a la vista los certificados hechos para librar a alguien del servicio militar o del servicio del jurado, dos casos en los cuales el médico ha tenido que responder ante la justicia de actos de complacencia, y hasta, por desgracia, de actos de corrupción» (2).

Si las *falsedades en los certificados* son relativamente raras, los *certificados de complacencia* son, por desgracia, demasiado frecuentes, y tienen el doble inconveniente de no realzar la reputación de los signatarios ni el crédito del cuerpo médico. «En los procesos las partes se oponen recíprocamente certificados médicos», y esto con gran detrimento de la medicina (3). Incluso puede ocurrir que un médico libre a una misma persona *certificados contradictorios.* El doctor Brouardel cuenta a este propósito un

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs 239 y sig.
(2) Dr. Brouardel: *La respons. médic.,* pág. 298.
(3) *Ibid.,* pág. 294.

hecho que podría haber acabado muy mal. «Hace algunos años — dice — uno de mis colegas, médico alienista, ya debilitado por la enfermedad, recibió en su despecho la visita de una dama que le rogó le expidiera un certificado de integridad mental. El médico le libró tal certificado. Ahora bien, algunos meses antes este mismo médico había cuidado a aquella dama enferma en su servicio, y varios certificados firmados de su mano atestiguaban que estaba alienada. El vicepresidente del tribunal, que tenía a la vista estos certificados *contradictorios,* me rogó que pasara a su despacho, y tuve que invocar el estado de salud de mi colega para calmar a este magistrado. El tiempo transcurrido desde el libramiento del último certificado no dejaba duda alguna sobre su declinación intelectual» (1).

4.° *No se respetarán con seguridad* los derechos de la verdad en los certificados destinados a la justicia si no se está habituado al culto de la exactitud en los *certificados de orden privado,* aunque al parecer tuviesen por objeto hechos de importancia mediana.

En esto también el hábito contrario, es decir, el hábito de los *certificados de complacencia,* tendría el riesgo de producir resultados singulares y de obligar al signatario a darse inconscientemente un mentís.

«Os citaré un ejemplo que no es más que divertido, pero que demostrará las posibles consecuencias de esta benevolencia corriente. Hace algunos años recibí el mismo día, de uno de mis amigos médicos de los hospitales, dos certificados referentes a X., ayudante de su servicio. Uno certificaba que X. había hecho regularmente su período; el otro que, a causa de haber padecido la escarlatina, había debido abtenerse del servicio por sesenta días. Escribí a mi colega preguntándole cuál de los dos certificados debía conservar.

El hábito se había apoderado de tal modo de él que casi siempre ignoraba lo que certificaba. ¿Pensáis que por esta pendiente no se puede ir lejos? ¿Cuáles habrían sido las consecuencias si el asunto hubiese llegado a manos de otro que no fuera su colega y amigo?» (2).

2. Medios prácticos *de no traicionar la verdad* — Cabe distinguir los medios de orden moral y los medios de orden inmediatamente práctico.

1.° *El primer medio* de «no tener complacencia, ni concesión culpable, ni temor de la autoridad, ni severidad impuesta por el miedo» (3),

(1) Dr. Brouardel: *La respons. médic.,* etc., págs. 295 y sig.

Hay casos en que los derechos de la verdad y paralelamente las exigencias de la más extrema circunspección se unen para permitir el libramiento de un certificado, comprobando en tal persona, bien conocida del médico, la integidad de la razón. Pero estos casos son más bien raros. Por esto, *con la condición de atenuarlos,* el médico se aprovechará de las líneas siguientes:

«Se solicita a veces de los médicos que certifiquen que tal o cual individuo está sano de mente. Este género de certificado debe ser *sistemáticamente rechazado* por varias razones, de las cuales la *primera* es que tal afirmación es rigurosamente imposible, pues los más peligrosos delirios pueden ser perfectamente disimulados, y la segunda que las demandas de este género no suelen emanar sino de individuos ya afectos de trastornos mentales que han llamado la atención sobre ellos» (H. Verger: *Précis de déontologie médic.,* pág. 72). Diciendo que estos certificados deben ser librados raramente, y por un médico absolutamente seguro de su exactitud, guardaréis la justa medida.

(2) Dr. Brouardel: *La respons. médic.,* etc., pág. 295.
(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 492 y sig.

es *de orden moral,* y de orden moral bastante elevado. Consiste en una *orientación habitual* del alma, hecha de respeto para la verdad y de noble independencia. Este culto a la verdad y esta nobleza de carácter impiden al médico ceder al interés muy legítimo que tiene por su cliente o apartarse, por cualquier otra consideración, de la línea del deber.

2.° *Un doble medio de orden práctico* ayuda a la buena voluntad. Lo señala el Dr. Brouardel.

En un certificado «no pongáis *sino lo que habéis visto* y comprobado vosotros mismos (1). No añadáis lo que cuenta la persona que pide el certificado, o, si lo hacéis, tened cuidado de decir: «X declara que...» Pero no substituyáis su afirmación por la vuestra; no seáis su portavoz...: he aquí el primer medio práctico y el más importante: sólo debéis certificar lo que habéis comprobado rigurosamente».

Luego, «en tesis general», para evitar toda sorpresa en la redacción de un certificado y mantener la reserva que exige la verdad, «*no lo escribáis en presencia del demandante*», casi bajo su dictado. Tomad notas y redactadlo en vuestro despacho, a solas, libres de la primera impresión» (2).

452. III. Sabia prudencia. — El médico debe guardarse de expedir certificados, conformes sin duda a la verdad, pero *imprudentes,* es decir, que puedan ocasionar a un tercero, según todas las probabilidades, *injustas* consecuencias.

Así hubo, si no falsa suposición, por lo menos imprudencia manifiesta en el siguiente caso, relatado por el Dr. Brouardel. «Un médico del estado civil recibe la visita de un hombre que le pregunta de qué enfermedad ha fallecido su hijo, *que estaba a cargo de una nodriza.* El médico declara que fué de enteritis coleriforme provocada por una mala alimentación, y comete el yerro de dar un certificado en el que reproduce esta hipótesis. Provisto del papel, el padre va a casa de la nodriza y la tunde a golpes» (3).

(1) Por lo tanto, el médico debe prohibirse todo lo que es *interpretación conjetural* de los hechos. Si interpreta los hechos corre el riesgo de atribuir a los accidentes *causas absolutamente falsas*».

Hace algunos años, cierto Dr. S., en Alsacia, había librado un certificado sobre el que se había fundado una demanda de divorcio. Se leía en esta pieza que M. D. había contagiado la sífilis a su esposa, que ésta había tenido, después de su alumbramiento, una fiebre puerperal y una pleuresía purulenta de origen sifilítico; que el hijo tenía sífilis hereditaria, como lo demostraban «los abscesos de los oídos y los oídos purulentos».

Este médico, por lo demás, no invocaba ninguna lesión en apoyo de sus singulares afirmaciones. El resultado ha sido absolutamente contrario al que quería obtener este colega. El divorcio fué fallado contra la mujer, que había alegado contra su marido hechos calumniosos, lo que constituía una injuria grave» (Dr. Brouardel: *La respons. médic.,* pág. 297). En esto lo menos que se puede decir es que el médico, «habituado a interpretar los hechos en el sentido más favorable a su cliente», se había hecho cómplice de una *grave injusticia.*

(2) Dr. Brouardel: *La respons. médic. et le secret médic.,* págs. 291 y 297.

Inútil es decir que antes de librar un certificado el médico debe estar plenamente *convencido* de la *identidad* de la persona a la que lo libra. Debe «poder designarla en toda conciencia por su nombre y apellidos y su domicilio» (H. Verger: *Précis de déon. médic.,* págs. 72 y sig., en la que hay algunas conclusiones útiles).

(3) Dr. Brouardel: *La respons. médic. et le secret médic.,* págs. 296 y sig.

Aun cuando el médico estuviese absolutamente seguro de su diagnóstico y de la causa del daño, no podía, *sin imprudencia,* librar para todos los fines un certificado tan peligroso. La intención, lealmente manifestada por el padre de la criatura, de intentar contra la nodriza gravemente culpable un proceso perfectamente legítimo es lo único que le habría autorizado a atestar por escrito la entera verdad.

Añadamos una observación que tiene *su importancia.* Las circunstancias en que es expedido el certificado a sabiendas imprudente, y la redacción misma de este certificado, podrían ser tales que el médico fuera, no solamente *ocasión,* sino *causa moral* y causa eficaz de las injusticias que se cometerían. En este caso estaría obligado en conciencia, aun antes de sentencia del tribunal civil, a compensar con dinero las pérdidas pecuniarias infligidas a un tercero, por lo menos si se hubiese dado plena cuenta de la falta que cometía.

El Dr. H. Verger señala con buen derecho una *precaución* que conviene tomar a menudo. «Cuando se trata de comprobaciones, por poco importantes que fuesen, el médico debe guardar una copia de los certificados que expide, como salvaguardia contra las alteraciones posibles, o para recuerdos eventuales» (1).

(1) *Précis de déontolog. médic.,* pág. 75.

CAPITULO XXII

EL SECRETO MEDICO EN DERECHO NATURAL

453. Objeto y división. — 1. OBJETO. — Uno de los problemas *más complejos* y delicados de la deontología médica es sin disputa la cuestión del secreto profesional. Es cierto en *derecho civil,* si prescribe por lo menos al médico, como ocurre en Francia (1), un secreto absoluto o *casi absoluto.* Es cierto igualmente, y más aún, en *derecho natural,* que, mucho más matizado, admite excepciones, como podremos ver, y por consiguiente no impone en un sentido más que un secreto *relativo.*

El estudio que emprendemos, situándonos *únicamente,* como siempre, *en el punto de vista de la ley moral,* es, pues, difícil. Por esto conviene comprender desde ahora en qué estriba la dificultad, de dónde procede, qué principios directores pueden orientar nuestras investigaciones e iluminar nuestra ruta.

1. *¿Dónde reside la dificultad?* — Lo difícil *no es* establecer con evidencia la *existencia* y *gravedad* del secreto médico. Ya los médicos de la India antigua reconocían, e Hipócrates proclama de la manera más solemne en su famoso juramento (1), que el secreto es una obligación moral para el médico. Los estatutos de la Facultad de Medicina de París contienen incluso esta fórmula lapidaria, tan a menudo citada: *Ægrorum arcana visa, audita, intellecta eliminet nemo*: que nadie divulgue los *secretos de los enfermos,* es decir, lo que se ha visto, oído, comprendido.

Pero, si es fácil *establecer* la ley del secreto, lo es menos *exponerla* tal cual es *según el derecho natural,* y por consiguiente sin exagerarla en nada ni atenuarla en modo alguno.

2. *¿De dónde viene la dificultad?* — La dificultad proviene en primer lugar de que el médico ve, oye y descubre ciertas cosas tanto *en razón* como *con ocasión* de sus funciones. Proviene también, y sobre todo, de que el secreto médico, exigido por el interés de los particulares, y más aún por el interés de la sociedad entera, puede en ciertos casos estar o parecer estar *en oposición* con este mismo interés social al que tiene por objeto asegurar, o por lo menos, en un punto de consecuencias muy graves, con el interés de un tercero injustamente atacado por tal cliente, con el interés del médico, con el interés del mismo enfermo.

3. *Principios directores.* — Dos principios directores, luminosos e indiscutibles, nos ayudarán a vencer estas dificultades y a no pecar, si es posible, por exceso ni por defecto.

El primero de estos principios es que el secreto impuesto al médico por la ley moral no es *siempre* un secreto profesional: es a veces un secreto puramente natural (2). Con bastante frecuencia está obligado el médico a callar, a título de secretos naturales, ciertos hechos que ha descubierto *con ocasión* de sus funciones, hechos que, considerando el secreto estrictamente profesional, podría manifestar. Tendrá, pues, que distinguir cuidadosamente lo que depende del secreto natural y lo que se relaciona con el secreto profesional: es el único medio de determinar con precisión el *objeto* del secrto médico propiamente dicho, que, considerándolo bien, es un *secreto confiado* (3). Por no haber hecho esta distinción, más de un autor ha extendido *más allá de sus límites* el secreto profesional, y le ha atribuído lo que es el objeto del secreto simplemente natural.

El segundo principio es que con excepción del secreto sacramental, del que únicamente puede relevar el interesado, *todo secreto,* aunque fuera particularmente riguroso, tiene, según el derecho natural y conforme a su naturaleza, *verdaderos límites* que, no por ser tal vez difíciles de trazar,

(1) Art. 378 del Código penal, interpretado poco a poco por la jurisprudencia, bajo el impulso de la doctrina médica y contrariamente a la intención del legislador, en el sentido más extensivo y riguroso. Véase, sobre este punto, A. Perraud-Charmantier: *Le secret professionel. — Ses limites. — Ses abus,* 1926, obra laureada por la Academia de Ciencias Morales y Políticas (premio Odilan-Barrot, 1925). Léase sobre todo págs. 7 y sig.; 55 y sig.; 164 y sig.; 259 y sig.

Ch. Morizot-Thibault ha señalado la etapa importante franqueada en 1885 en la extensión del secreto.

«Hubo, por lo menos hasta 1885, una jurisprudencia que limitaba lo absoluto del secreto en la aplicación del art. 378. No condenaba la revelación voluntaria sino cuando se hacía con la intención de perjudicar. Cambió en 1885 a continuación de una polémica de la prensa. Se había impreso que el pintor Sébastien Lepage había muerto de una enfermedad vergonzosa. El doctor Watelet, su médico, escribió a un periódico una carta que protestaba de esta calumnia, pero revelaba la verdadera causa de la muerte. Fué perseguido y condenado; y, con desprecio de la intención del legislador, una sentencia de la Cámara criminal confirmó la nueva jurisprudencia. Desde entonces no fué permitido al médico, so pena de persecuciones, advertir a la nodriza de que tomaba un niño sifilítico, a la madre de que daba su hijo a una nodriza afecta de una enfermedad secreta, al padre y a la madre de que iban a aceptar por yerno a un sujeto sifilítico. Incluso no se exige en ciertos tribunales la revelación expresa: se la castiga bajo cualquier forma en la que pueda inducirse. Un médico de una fábrica que había arrancado bruscamente de manos de un soplador de vidrio el instrumento que luego pasaba a sus camaradas después de haberse servido de él, fué condenado porque se comprendió el motivo del gesto. He aquí un pobre hombre acusado de envenenamiento. Se han descubierto indicios de arsénico en las entrañas del muerto. Como heredero del difunto, solicita del médico que revele que prescribía remedios arsenicales. El médico rehusa. Al inculpado sólo le resta esperar la circunstancia accidental que le salve: una antigua fórmula médica que se encontró y fué causa de un no ha lugar.»

(1) Hemos dado antes, núm. **63**, la traducción del juramento de Hipócrates según Egger y Dechambre.

El Dr. Brouardel traduce algo diferentemente el pasaje que se refiere al secreto médico: «De lo que vea u oiga en sociedad *durante el ejercicio de mi profesión* callaré lo que nunca tiene necesidad de ser divulgado, considerando la discreción como un deber en semejante caso (*La respon. médic.*, etc., págs. 62 y sig.).

Recordemos la traducción del Dr. E. Hubert: véase núm. **63** (*Le devoir du médecin*, núm. 76, pág. 75).

(2) Los moralistas no ignoran esta distinción. Así *Aertnys-Damen* la formula explícitamente (*T. M.*, I, núm. 1.235, III).

(3) Tendremos ocasión de precisar este punto, que es de la mayor importancia.

son menos reales (1). Habrá, pues, motivo para investigar en qué circunstancias deja de ser obligatorio el secreto profesional y puede, en nombre del interés general o incluso de un interés particular *singularmente grave*, ser revelado sin delito ni traición.

Ya puede suponerse que esta segunda cuestión es *especialmente espinosa*. Si no siempre es fácil distinguir lo que depende del secreto natural y lo que es materia del secreto confiado y por tanto profesional, mucho más difícil será asignar al secreto profesional sus verdaderos límites, sobre todo cuando se llega a las *aplicaciones* prácticas. Al parecer *el mejor medio* de conseguirlo es emprender, siguiendo a los grandes moralistas, un estudio menos fragmentario, es decir, exponer primero las nociones y los principios que conciernen al secreto en general, al secreto natural, al secreto prometido, al secreto confiado. Hecho esto, nos hallaremos en mejores condiciones para abordar el secreto médico. De ahí la división de este capítulo.

II. División. — Dividiremos el presente capítulo en seis artículos.

El artículo I tratará del secreto en general; el artículo II, del secreto natural; el artículo III, del secreto prometido después de confidencia recibida; el artículo IV, del secreto confiado después de compromiso, por lo menos implícito, de guardar silencio; el artículo V, del secreto natural impuesto al médico por la naturaleza misma de los hechos que llegan a su conocimiento; el artículo VI, del secreto estrictamente médico y profesional, es decir, de las personas que a él están obligadas, de las personas en beneficio de las cuales obliga, del objeto que lo constituye, de los actos que prohibe, de los límites que le fija el derecho natural y de las aplicaciones diversas que se presentan en la práctica.

La fuerza de las circunstancias nos obligará a desarrollos bastante extensos. Cuando menos la cuestión tiene el doble mérito de ser interesante y vital en sumo grado: *interesante*, porque hay una dificultad que vencer; *vital*, porque va en ello la seguridad de los enfermos y de la sociedad (2).

(1) Es la opinión muy firme de todos los moralistas. Proclaman de común acuerdo que *todo secreto* tiene sus límites, *salvo* el secreto sacramental. Por esto A. Vermeersch es intérprete de sus sentimientos cuando escribe: «*Unicamente* el secreto sacramental no admite excepción ni ligereza de materia si hay revelación directa» (*Th. Mor.*, II, núm. 697).

Por lo demás, para formarse alguna idea, sólo hay que considerar sus *singularidades*.

1.ª Debe ser guardado *hasta con respecto al penitente*. Fuera de la confesión el confesor no tiene derecho a recordarle sus confesiones o a aludir a ellas.

2.ª No admite *ninguna excepción*, a menos que se dé este nombre al consentimiento del penitente. Y aun es necesario que este consentimiento que autorice a hablar al confesor sea formal, plenamente libre y no revocado. Fuera de este único caso, el confesor está obligado rigurosamente a callar, aunque a favor de este silencio debiera tener éxito el más pérfido de los complots y el más opuesto a la seguridad del Estado.

3.ª Sin causa excusante, es también ilimitado *por parte de los actos que prohibe*. Además de toda revelación, directa o indirecta, prohibe cualquier uso desagradable al penitente o propio para desviar a los fieles del sacramento. Más aun, en sus discursos públicos, o en sus conversaciones privadas, aun sin peligro alguno de revelación, el confesor no debe decir ni hacer sospechar que habla de asuntos oídos en el confesionario.

La *razón última* de todas estas prescripciones es que el confesor nada sabe *como hombre*. Todo lo que sabe, lo sabe *como ministro de Dios*, obligado a tomar las mayores precauciones para asegurar a todos el más libre acceso al más santo, al más necesario, al más misericordioso de todos los tribunales.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale et le secret médical*, págs. 61 y sig.

ARTICULO PRIMERO

DEL SECRETO EN GENERAL

454. I. Noción. — Para *definir* el secreto podemos situarnos en un doble punto de vista.

1. Si se considera el *objeto* que debe permanecer desconocido, lo que es preciso mantener secreto, se designa con el nombre de secreto *algo oculto, que no está permitido manifestar sin justo motivo*.

2. Si se considera el *sujeto* que debe guardar silencio, la persona que no puede hablar, se llama secreto *al hecho de saber y a la obligación de callar lo que está oculto*. Veremos que esta obligación proviene de la naturaleza misma de lo que se ha sabido o sorprendido, o de un contrato más o menos riguroso, contrato unas veces gratuito y otras oneroso.

De esta simple definición deriva una *conclusión* que no carece de interés. El objeto del secreto es esencialmente *algo oculto*, y por tanto ignorado de todos, o conocido por muy pocas personas. Es también algo que el individuo en causa tiene interés, o cree tener interés, en ocultar. Por consiguiente la obligación de callar cesa necesariamente en cuanto el hecho ha sido verdaderamente *divulgado* y en la medida en que ha sido divulgado. Insistamos, sin embargo, *para evitar toda mala interpretación*, en estas últimas palabras: en este caso el depositario del secreto no está relevado de su obligación sino *en la medida* en que el hecho se ha hecho suficientemente público. Un ejemplo demostrará el alcance de esta restricción. Después de la condena a muerte de su cliente, convicto de asesinato y convicto hasta la evidencia, un abogado no falta al secreto profesional si en una reunión reconoce que las pruebas han sido convincentes y que la condena era inevitable. Al hablar así no dice sino *lo que todo el mundo sabe*. Mas si el cliente ha protestado hasta el fin de su inocencia, no podría revelar, al parecer, ni después de la ejecución, sin traicionar el secreto, que aquel miserable le había confesado plenamente su culpabilidad; esto sería añadir a lo que es público un hecho nuevo, y descubrir indebidamente una *circunstancia oculta*, muy propia para desvanecer esa ligera duda que los errores judiciales bastante numerosos pueden mantener en ciertos espíritus (1).

455. II. División. — Considerando el origen del que emana la obligación de callar, los moralistas distinguen justamente *tres clases* de secretos: el secreto natural; el secreto prometido; el secreto confiado.

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicales et le secret médical*, págs. 78 y sig. Unicamente el secreto sacramental tiene por objeto, además de las faltas ocultas, las faltas absolutamente públicas que el penitente ha acusado. Después de haber oído la confesión de una *mujer pública*, de todos conocida, el confesor no puede decir que ella haya acusado, con mucho dolor, sus faltas a las buenas costumbres. Aquí también, sin embargo, hay un *hecho oculto*: es el hecho de la libre acusación al ministro de Dios.

1. SECRETO NATURAL. — El secreto *natural* es independiente de todo *contrato*. Resulta de la *naturaleza misma* del hecho que llega a conocimiento. Comprende todo lo que, descubierto por azar, por investigación personal o por confidencias, no puede ser divulgado sin causar a otro un *perjuicio* real o un *justo disgusto*. Aunque el depositario del secreto no haya prometido el silencio antes de enterarse del hecho ni después de haberlo conocido o sorprendido, está obligado a callar en virtud del precepto moral que *prohibe perjudicar* o contristar a los demás sin motivo razonable (1).

2. SECRETO PROMETIDO. — El secreto *prometido* nace de un *contrato* gratuito, es decir, de la promesa hecha de guardar silencio, pero hecha gratuitamente *después* de conocimiento adquirido por casualidad, por investigación personal o por confidencia, ya espontánea, ya provocada. Tanto si por su naturaleza merece como si no merece el secreto, éste comprende todo lo que se ha prometido no manifestar. Inútil es decir que el mismo secreto puede ser *a la vez* natural y prometido. Es *natural* si por su misma naturaleza exige el silencio. Y si ha intervenido una promesa es, además, *prometido*.

3. SECRETO CONFIADO. — El secreto *confiado* proviene igualmente de una promesa, expresa o tácita, pero de una promesa *onerosa*, hecha *antes* de haber recibido confidencia (2) de lo que estaba oculto. A quien ha prometido *previamente* el silencio, *ya* expresa *o* tácitamente, en virtud de su oficio o por lo menos de las circunstancias, es revelado lo que estaba oculto, y revelado *bajo promesa* de no decir nada, *bajo el sello* del secreto.

El secreto es entonces estrictamente confidencial o profesional: *confidencial*, si la confidencia ha sido hecha a un individuo no encargado por oficio de dar ayuda y consejo; *profesional*, si se ha confiado por palabras o actos a un individuo que, *por su profesión*, tiene la misión de asistir a los demás con sus advertencias y buenos cuidados: por ejemplo al sacerdote, aun fuera de la confesión; a un abogado, a un médico, a una comadrona, en una palabra, a todo *consejero de oficio*.

Se ve por consiguiente que el secreto confiado *comprende* todo lo que encierran el secreto natural y el secreto simplemente prometido, es decir, todo lo que por su naturaleza no puede ser revelado sin causar perjuicio o justo disgusto, y todo lo que no ha sido confiado sino después de promesa, formal o tácita, de guardar silencio. Puede ocurrir sin embargo que la confidencia no tenga importancia alguna, y que el consejero titulado pueda hablar sin causar a su cliente perjuicio ni disgusto de ninguna clase. En este caso, aunque el secreto confiado sea, después del sacramental, el más riguroso de todos, no cometería falta grave revelando el secreto, y podría tener más fácilmente una razón legítima para no callar (1).

(1) *Nada más común* que el secreto *natural*. En conversaciones íntimas se dicen muchas cosas sin falta que no podrían ser referidas sin falta al interesado o plenamente divulgadas.

(2) Propiamente hablando, no hay *secreto confiado* sin *confidencia*, y por lo tanto sin *libre* comunicación de cosas secretas. Sin duda el remitente de una *carta sellada* no hace *confidencia* alguna al empleado de correos. Pero tampoco le confía *ningún secreto*. Hay en este caso, no *secreto confiado*, sino, lo que es muy diferente, *cosa confiada*, a cambio de no explorar, sin justa causa, los secretos que las cartas puedan contener, y de remitir fielmente, en tiempo oportuno, estas cartas al destinatario y sólo a él. Si expido una *tarjeta postal*, no hay, en derecho natural, ni confidencia ni secreto: nada digo que procure ocultar y que no pueda ser divulgado.

En esto nos separamos de André Perraud-Charmantier (*Le secret professionel*, págs. 238 y sig.).

Así, en los artículos que siguen, precisaremos, antes de llegar al secreto médico, la *obligación* que deriva de estas tres clases de secretos e indicaremos los *límites* de esta obligación, que, aun siendo a veces muy estricta, nunca es absoluta y sin excepción.

ARTICULO II

DEL SECRETO NATURAL EN GENERAL

456. I. Naturaleza de la obligación. — El secreto *natural*, y por tanto impuesto por la naturaleza misma de las cosas, debe ser guardado si una causa excusante no releva de él, y guardado ora a título de justicia, ora a título de caridad: *a título de justicia*, si no puede ser violado sin causar a la reputación del prójimo, a su bolsa, tal vez hasta a su salud, en una palabra, a los bienes del alma o del cuerpo, un perjuicio real; *a título de caridad* si, sin perjudicar a otro, la violación del secreto puede no obstante infligirle un justo disgusto.

1. HAY POR LO TANTO DOS GRADOS en el secreto natural. En efecto, la obligación que deriva de la *justicia* es, en este como en todos los casos, más rigurosa que la obligación de *caridad*: en primer lugar supone en los demás un verdadero derecho, que es, según los casos, el derecho a la reputación, a la fortuna, a la salud, etc.; luego no podría ser injustamente desconocida por una indiscreción *culpable* sin que el infiel depositario del secreto estuviera obligado a reparar los daños confusamente previstos, aunque fuesen de orden pecuniario.

2. ASIMISMO, la violación ilegítima del secreto natural *en materia importante* constituye *siempre una falta grave si hay revelación directa:* una falta grave contra la *justicia*, si hay perjuicio notable; una falta grave contra la *caridad*, si hay disgusto notable. La gravedad de la falta es por lo demás proporcional a la gravedad del perjuicio o del disgusto que prevé el depositario indiscreto.

457. II. Límites de la obligación. — Según confiesan todos, la obligación del secreto *natural* tiene sus límites. Está en efecto permitido, y puede ser una necesidad moral, manifestar las faltas secretas o los defectos ocultos que son el objeto más ordinario del secreto natural. El bien

(1) Si el interesado no ha considerado confiar *bajo el sello del secreto* lo que *sin inconveniente alguno* puede ser divulgado, no habría, propiamente hablando, ni secreto confidencial ni secreto profesional.

público, y hasta el bien particular, pueden, no solamente legitimar, sino también exigir esta manifestación.

Falta solamente determinar las *justas causas* que, aparte del consentimiento del interesado, relevan de la obligación del secreto natural, sea cual fuere el origen de esta obligación.

1. Si el secreto se debe a título de caridad, no podría obligar más rigurosamente que la caridad misma. Ahora bien, la caridad sólo obliga a sufrir un *grave daño* para substraer a otro de una necesidad extrema o casi extrema. Para evitarse a sí mismo un grave perjuicio es lícito, pues, revelar un secreto natural, aunque esta revelación tenga que causar al prójimo un disgusto muy sensible. Acusado equivocadamente de una grave falta a la disciplina del colegio y enérgicamente reprendido, un discípulo está autorizado, sin duda alguna, a denunciar al verdadero culpable, al que ha visto cometer la falta. Si se deja recriminar injustamente, hará un bello acto de virtud, pero la caridad no le obliga a callar.

2. Si el secreto es obligatorio a título de justicia, no solamente el bien general, sino el bien particular del interesado, de un tercero, del mismo depositario, legitima una revelación necesaria para evitar un grave daño, encerrada por lo demás en límites tan estrechos que se abstenga de toda divulgación inútil.

Así está permitido, y a veces es un deber, descubrir a la autoridad legítima al autor de un crimen secreto y que ha logrado hasta entonces no despertar la menor sospecha; manifestar a un superior, que puede corregir al delincuente, una falta grave de la que únicamente el denunte ha tenido conocimiento; denunciar a un tercero al hábil ladrón del que ha sido víctima y que ha sabido burlar todas las pesquisas; descubrir a la audiencia, si somos acusados, las secretas maldades de un testigo de cargo, cuya declaración pretendemos invalidar con buen derecho.

Nada hay en esto que no se conforme con la ley moral. Sin duda la ley moral ordena guardar el secreto, pero esta fórmula demasiado rígida y breve hay que hacerla más flexible y completarla. Considerado en conjunto, el precepto natural se enuncia así: es preciso guardar el secreto *a menos* que una *justa causa* permita revelarlo.

ARTICULO III

DEL SECRETO SIMPLEMENTE PROMETIDO

458. I. Naturaleza de la obligación. — Se trata aquí particularmente del secreto *simplemente* prometido. Sin duda lo que vamos a decir se aplicará igualmente al secreto *a la vez* natural y prometido, mas *con la condición de añadir* que un secreto de este género obliga *a doble título:* a título no solamente de secreto *prometido* después de conocimiento ya adquirido o confidencia recibida, sino también a título de secreto

natural, cuya revelación, en virtud de su misma naturaleza, sería perjudicial o justamente desagradable para otros.

Esta observación tiene su importancia, puesto que el secreto natural es a menudo más riguroso que el secreto simplemente prometido.

1. Suponemos además una verdadera promesa, y no una promesa de pura cortesía. No es raro, en efecto, tratar con personas que, por una especie de manía o de hábito, piden el secreto sobre las cosas más fútiles, sin conceder por otra parte la menor importancia a su petición ni a la respuesta. Se comprende, pues, que una promesa semejante no compromete a nada.

2. El secreto seriamente prometido obliga como *toda promesa gratuita,* que, plenamente deliberada y no arrancada por engaño o temor injusto, se refiere a una cosa lícita y posible, y ha sido debidamente aceptada por aquel a quien se ha hecho.

Una promesa semejante, y por tanto el secreto prometido, origina *por sí misma,* según las intenciones del que promete, ora una obligación ligera, aun en materia importante, ora una obligación grave en materia grave: una obligación ligera si el autor de la promesa no cree obligarse, como ocurre de ordinario, más que a título de *fidelidad,* y si el incumplimiento de la palabra no implica serias consecuencias; una obligación grave si cree, en materia importante, contraer una obligación de *justicia.*

El secreto prometido añade, pues, un nuevo lazo al secreto natural, mas *por sí mismo* obliga raramente bajo pena de falta grave.

459. II. Límites de la obligación. — Si el interesado no ha consentido, con conocimiento de causa, en la manifestación de su secreto, y por tanto anulado los compromisos contraídos en su favor, hay que exigir los límites de la obligación, o, en otros términos, las causas excusantes a la *naturaleza misma* de la simple promesa, que en primer lugar es enteramente gratuita, y que además no podría tener por objeto, como hemos dicho, sino una cosa *lícita* y *posible.*

Partiendo de este principio llegamos a las *conclusiones siguientes:*

1. Objeto lícito. — Puesto que no puede prometerse nada *ilícito,* y que en consecuencia la promesa de guardar un silencio condenado por la ley moral es nula con pleno derecho, no se podría, después de promesa de secreto, estar obligado a callar siempre lo que antes de toda promesa se estaría obligado a revelar, por lo menos en ciertas circunstancias. Así, un testigo legítimamente citado e interrogado debe a los jueces toda la verdad, aunque haya prometido al asesino no traicionarle nunca. Naturalmente, suponemos que no se trata del secreto confiado, del que no decimos nada por ahora. La promesa de guardar silencio no ha sido hecha sino *después* de conocimiento del crimen, y por tanto de la obligación *ya contraída* de responder al juez y de confesar la verdad: por consiguiente ha dejado subsistir en todo su rigor esta obligación.

2. Perjuicio grave. — El secreto prometido, después de conocimiento adquirido o confidencia recibida, cesa de obligar *por lo común* cuando

el depositario del secreto no puede ya mantenerlo a causa de las circunstancias sin exponerse personalmente a un *grave* perjuicio. Una promesa *gratuita* no podría imponer una carga tan grave, y nadie está obligado a asumirla.

No obstante, si alguien se hubiera comprometido lícita y razonablemente a guardar a toda costa, y aun con peligro de su vida, un secreto de *muy alta importancia,* debería al parecer, si bien hay controversia sobre este punto, permanecer a toda costa, y aun con peligro de su vida, fiel a la fe dada, con tal, sin embargo, que únicamente su interés personal estuviera comprometido.

3. Bien común y bien de un tercero. — Finalmente el secreto prometido deja de ser obligatorio, y hasta llega a ser ilícito, si el *bien común* o el *bien de un tercero* exigen su revelación. La autorización y aun la obligación de revelarlo se hacen más apremiantes si una tercera persona es víctima inocente de los manejos *injustos* de aquel a quien ha sido garantizado el secreto por una simple promesa.

En una palabra, lo que releva del secreto natural releva ordinariamente del secreto que ha sido simplemente prometido sin ser confiado.

ARTICULO IV

DEL SECRETO PROPIAMENTE CONFIADO

460. I. Naturaleza de la obligación. — Por encima del secreto natural y del secreto prometido, encontramos un secreto *más riguroso:* el secreto *confiado,* que, fruto de un contrato bilateral, formal o tácito, obliga siempre a título de *estricta justicia;* obliga bajo pena de falta grave en materia de consecuencia, y por tanto siempre que la naturaleza de la revelación puede causar un perjuicio notable, o hasta un notable y justo disgusto; se aproxima más al secreto absoluto, puesto que sólo una razón *particularmente grave,* o también excepcionalmente grave, legitima su manifestación (1). Es posible no obstante, considerando el rigor de la obligación, y por consiguiente las causas excusantes, distinguir en el secreto confiado *cuatro grados:* dos que se relacionan con el secreto confidencial, y dos que se refieren al secreto profesional, el más riguroso de todos.

Trataremos de las *causas excusantes* en el número siguiente; sin embargo conviene insistir desde ahora en la obligación de justicia, y exponer brevemente los cuatro grados a los que acabamos de aludir.

1. Obligación de justicia. — El secreto confiado nace también de una promesa de silencio, pero de una promesa que, expresa o tácita, *precede* a la confidencia, es su razón de ser, la provoca y por consiguiente impone una carga. Hasta se puede decir que entre una y otra parte se cambia una doble promesa, expresa a tácita, pero *onerosa:* una procede del que se confía; la otra del que asume el papel de confidente. El que está dispuesto a las confidencias promete hablar *con la condición* de que el confidente calle; el que acepta el papel de confidente promete callar *con la condición* de que el interesado en el secreto hable. El diálogo, expreso o sobreentendido, es éste: yo hablaré si usted se compromete a callar; yo callaré si usted no teme hablar. Al comunicar su secreto, o, *lo que es lo mismo,* al abandonarse a las investigaciones del hombre en quien ha puesto su confianza, el interesado consuma, pues, el *contrato.* A partir de este momento el depositario del secreto está obligado *a título de justicia,* y en materia importante bajo pena de falta grave, a proponer la condición que se ha comprometido a cumplir: *salvo en caso de excusa legítima,* no debe decir nada de lo que le ha sido confiado bajo el sello del secreto.

No obstante el silencio es debido a nuevo título si el secreto confiado es, no solamente confidencial, sino profesional. Este nuevo título es el *interés público.* Conviene soberanamente al bien común que todos, con *perfecta seguridad* y sin temor de indiscreción, puedan pedir consejo y ayuda a las personas cuya profesión, ciencia y habilidad son causa, con excepción de toda otra, de ciertas confidencias, o, en otros términos, a las

(1) En derecho natural, cuando se trata del secreto *profesional,* y por ejemplo del secreto médico, la teoría del *contrato tácito,* admitido por *todos* los moralistas con el nombre de *cuasicontrato,* no crea ninguna dificultad seria, *con una condición:* con la de comprender bien en qué consiste, según los grandes moralistas, el contrato *tácito* o el cuasicontrato; y cuál es, tanto por parte del médico como por parte del enfermo, el hecho que, *sin contrato formal,* da origen a la obligación de justicia.

1.º Naturaleza del contrato tácito. — Todo se reduce a esto. El contrato *tácito* no es un contrato formal ni aun un verdadero contrato. Pero es un cuasicontrato, es decir, un *hecho voluntario y honrado* del que resulta la obligación de justicia propia de los contratos. Sería, pues, vano querer encontrar en él *todos los elementos* del contrato. Ya es bastante asignar el hecho, lícito y voluntario, del que surge la obligación del contrato del que emana sin verdadera convención.

2.º Hecho por parte del médico. — Del lado del médico, el contrato tácito o cuasicontrato de guardar el secreto reside por completo en un *doble hecho* plenamente legítimo: *ante todo,* el hecho de haber abrazado la profesión médica, que exige, en nombre del bien particular de los enfermos y del bien general de la sociedad, el más riguroso secreto; *luego* el hecho de ejercer, en beneficio de tal o cual enfermo, la profesión, ejercicio que implica por sí mismo la promesa tácita de callar.

3. Hecho por parte del enfermo. — Del lado del enfermo encontramos *de ordinario* un doble hecho que basta para constituir el contrato tácito: *en primer lugar* el de llamar al médico, y de llamarlo por sí mismo, o por sus próximos, o por alguna persona caritativa; *luego* el hecho de someterse libremente a las investigaciones del práctico que ha acudido al llamamiento del enfermo.

Pero en el caso de un herido privado de conocimiento y extendido en un camino que es cuidado por un médico que nadie ha llamado, pero que acierta a pasar por allí, ¿dónde está por parte del enfermo el hecho generador de la obligación? Existe también, sin embargo, en este caso, y consiste en el hecho del consentimiento *habitual,* hecho que basta para constituir el contrato *tácito, el cuasicontrato* ¿No tiene todo hombre la voluntad *habitual* de recibir, en caso de accidente grave, los cuidados médicos y *recibirlos conforme a su ley,* que impone al práctico el secreto profesional? Para un contrato tácito, que sea el equivalente de un contrato verdadero y tenga la misma eficacia, no falta nada más (Ballerini-Palmieri, edic. de 1899, tomo III, núm. 552).

que sus estudios especiales o su situación social transforman, como se ha dicho, en *confidentes necesarios* (1).

Por esta simple distinción entre el secreto confidencial y el secreto profesional se ve que el secreto confiado tiene sus grados. Conviene precisar este punto, que tiene sus consecuencias.

2. GRADOS DEL SECRETO CONFIADO. — Si seguimos una progresión ascendente, es decir, si vamos de la obligación menor a la obligación más estricta, distinguimos *cuatro grados* en el secreto confiado. En efecto, el depositario del secreto puede ser un simple confidente y no un consejero; un consejero amistoso; un consejero profesional en materia de intereses privados; un consejero profesional en materia de intereses públicos, y por tanto un consejero de Estado.

1.° *Simple confidente.* — Acontece que un secreto, aun de gran importancia, es confiado a un pariente o a un amigo sin necesidad y sin intención de pedir consejo o socorros, únicamente *por necesidad de confidencia.* Así un banquero cuya situación parece floreciente confiará a un amigo, incapaz de ayudarle o de aconsejarle, el estado crítico, si no desesperado, de sus negocios.

Se trata ya del secreto confiado, y la obligación de guardar silencio es rigurosa; sin embargo, es menos estricta que en los otros tres casos, puesto que nada obligaba al interesado a hablar.

2.° *Consejero amistoso.* — Es posible que determinado secreto sea confiado a un pariente, a un amigo, a un extraño, para obtener de él un *consejo útil,* aunque el confidente no haga en absoluto profesión de dar consejos en materia semejante. El banquero de que hablamos se confiará a un gran negociante, muy hábil en el manejo de fondos, y le preguntará a título de amigo lo que haría en su caso.

Se trata también del secreto puramente confidencial, pero más riguroso que en el caso precedente, puesto que una esperanza fundada de obtener un *consejo aprovechable* ha provocado la confidencia.

3.° *Consejero profesional.* — El secreto se confía con mayor frecuencia a un individuo al que su *profesión* de abogado, de médico, de comadrona, etc., y, en muchos países, su diploma erigen, con exclusión de cualquier otro, en confidente, en consejero, en ayuda necesaria (2).

(1) A. Perraud-Charmantier ve, con justo título, en el secreto profesional un contrato, formal o tácito, de orden público relativo y secundario *(Le secret professionnel,* págs. 224 y sig.; *Ibid.,* págs. 233 y sig., etc.).

Añadamos, para prevenir todo equívoco, que la palabra *confidencia* puede tomarse en dos sentidos.

La *confidencia* es siempre una comunicación voluntaria de cosas secretas. Pero puede hacerse *con* o *sin* demanda expresa de secreto. De aquí una doble significación.

Casi todas las confidencias médicas se hacen *sin* demanda expresa de secreto *(Ibid.,* págs. 240 y sig.).

(2) Se propone a veces una *cuestión* que tiene su agudeza. ¿Está obligado al secreto profesional un cochero, un conductor de automóvil? ¿Debe, en virtud de *su profesión,* callar el lugar al que ha conducido al Sr. X? Al parecer la *respuesta* debe ser negativa. El secreto profesional supone una profesión *que exija confidencias,* y éste no es el caso. Propiamente hablando, no se hacen confidencias ni al cochero ni al conductor de automóvil. Queda el secreto *natural.*

Es el secreto profesional, particularmente riguroso, puesto que el que se confía ha elegido tal vez entre varios abogados o varios médicos, pero debe *de toda necesidad* confiarse a uno de ellos si quiere el consejo o el socorro de que no puede prescindir.

4.° *Consejero de Estado.* — Finalmente el secreto puede ser confiado a un consejero de Estado, a un individuo encargado por su profesión y por oficio de dar su consejo en las cuestiones que interesan, no sólo al bien particular de tal o cual persona, sino al *bien público,* al bien del país entero.

Excepción hecha del secreto sacramental, o casi sacramental, que en este estudio no trataremos, no existe secreto más riguroso, y el interés privado más grave y más urgente no podría legitimar su violación.

461. II. Límites de la obligación. — La obligación de callar el secreto *confiado,* y sobre todo el secreto *profesional,* es especialmente rigurosa. Es tan rigurosa que está *prohibido* manifestar, aun a la autoridad legítima, un crimen *ya cometido,* y conocido únicamente por las confidencias del culpable, sobre todo si éste se ha franqueado para obtener consejo. El depositario del secreto confiado no puede denunciar espontáneamente al culpable para que se haga justicia; decir la verdad para responder al juez, que, después de haberle citado como testigo y exigido el juramento, le interroga jurídicamente; señalar al verdadero autor del crimen para salvar de la pena capital a un inocente injustamente acusado y contra el cual se acumulan presunciones no debidas a las maniobras fraudulentas del verdadero culpable para confundir a la justicia. Aun después de haber prestado juramento de decir la verdad y nada más que la verdad, el depositario del secreto está obligado a responder que nada sabe; o bien, si habla en tiempo oportuno para evitar al tribunal un error judicial, se contentará con atestar la inocencia del prevenido, sin añadir nada que pueda poner sobre la pista del verdadero culpable.

Sin embargo, no debería concluirse de esto que el secreto confiado, o por lo menos el secreto profesional, sea *absoluto de todo punto* y no admita excepción alguna por lo que se refiere a la ley moral. Según el derecho natural, el secreto *confiado* tiene *sus límites,* límites que trataremos de determinar. En primer lugar cesa cuando el que lo ha confiado releva de él. Cesa igualmente cuando no puede ser mantenido *sin perjuicio grave o muy grave* para la sociedad entera, para un tercero inocente contra el que el autor del secreto maquina una *injusticia* de las más perniciosas, para el mismo que ha confiado el secreto y que será por consiguiente su víctima, para el depositario del secreto, que no ha consentido ciertamente en asumir una carga tan pesada.

Lo difícil es *aplicar* a los diversos secretos confiados, y más aún a los casos particulares, estas reglas *admitidas por todos los moralistas,* antiguos y modernos, que han tratado la cuestión desde el punto de vista del *derecho natural.* Para guiarse en esta delicada aplicación, el detentador del secreto confiado recordará que lo que releva del secreto *confidencial* no

releva siempre del secreto *profesional;* en presencia de un caso concreto pesará con atención todas las circunstancias, y sólo se tendrá por liberado de su obligación si el secreto no puede ser *mantenido razonablemente:* si así ocurre, el que ha confiado el secreto no podría *oponerse razonablemente* a su revelación.

Con el auxilio de estas observaciones, vamos a exponer las causas excusantes que hemos enumerado (1).

1. Consentimiento del interesado. — El consentimiento del que ha confiado el secreto, con tal que sea formal, dado con conocimiento de causa y plenamente libre y legítimo, basta, según el derecho natural, para relevar de su obligación al depositario de los secretos de los demás. Se convendrá fácilmente en ello si se reflexiona que todo individuo puede renunciar a sus derechos *personales,* y que un contrato disoluble, nacido del consentimiento mutuo, puede ser roto por este mismo consentimiento. Sólo habría excepción si el que tiene derecho no fuera el único interesado, y por consiguiente no pudiera permitir revelaciones grandemente perjudiciales para otros, por ejemplo para sus hijos.

Así formulado, el principio no ofrece ninguna dificultad, y todos los moralistas lo subscriben. Van aún más allá, y admiten que el consentimiento puede ser a veces legítimamente *presumido,* es decir, considerado como adquirido si las circunstancias son tales que el interesado lo hubiera dado ciertamente. En la práctica es lícito presumir el consentimiento si el silencio no puede sino *dañar gravemente* a los verdaderos intereses de la persona que ha confiado el secreto.

2. Bien común. — El secreto confiado deja de ser obligatorio si no puede ser mantenido por más tiempo sin implicar *para la sociedad entera* un perjuicio grave o muy grave.

Esto es indiscutiblemente cierto en cuanto se refiere al secreto *confidencial:* el bien de todos debe prevalecer, en este caso, sobre el bien de uno solo o de algunos. No obstante, si se trata de evitar un daño muy grave a un país, hay que decir lo mismo respecto al secreto *profesional:* el interés general puede exigir en ciertas circunstancias la revelación de un secreto que el mismo interés general obliga de ordinario a guardar. Si, en una coyuntura excepcional, un complot peligroso para la seguridad del Estado sólo puede ser frustado por la denuncia de los conjurados, no hay secreto profesional que nos ligue. No se trata aquí de un crimen *cometido,* sino de un crimen *por cometer.*

(1) Permítasenos repetirlo una vez más. En esta cuestión relativa a los *límites* de la obligación nos situamos *exclusivamente* en el punto de vista de la ley natural. No consideramos las disposiciones de la ley civil.

Sin duda *la ley civil* de tal o cual país no *crea* el secreto profesional. Pero puede, en nombre del bien común, extender, o por el contrario restringir, este secreto, por ejemplo el secreto médico. En vista de los intereses públicos, tiene autoridad para restringir o ensanchar el derecho natural.

Para más amplias explicaciones se puede leer en la *N. R. T.*, págs. 277 y sig., 1934, el brevísimo artículo de *Paul Peeters* titulado: *Le secret professionnel. Précisions necessaires.* Sin embargo tendríamos que hacer algunas salvedades sobre ciertas aserciones dadas por el autor como evidentes, pero en nuestra humilde opinión discutibles.

3. Bien de un tercero. — La ley moral permite revelar, y a veces lo ordena *a título de caridad,* un secreto confidencial o profesional después de haber agotado los demás medios para evitar con tiempo oportuno *un perjuicio muy grave* para una tercera persona, a punto de convertirse, con gran detrimento suyo, en víctima inocente de manejos *injustos* dirigidos contra ella, y con desprecio de todo derecho, *por el mismo* que, libremente o por necesidad, ha confiado el secreto.

El depositario del secreto ajeno se limitará no obstante a dar a conocer únicamente aquello cuya revelación baste para preservar del daño al tercero en causa.

Cuando se trata del secreto *confidencial,* y de un daño irreparable o casi irreparable, este principio es admitido *por todos los moralistas:* según su opinión, la *caridad* exige que el inocente sea preferido al culpable, y que al prevenirle se le preserve de un mal muy grande, aunque el culpable debiera sufrir con esta revelación, y sufrir grandemente.

Todos aquellos que se han dedicado a cuestiones de moral están algo menos de acuerdo en lo que concierne al secreto *estrictamente profesional.* La mayoría sostienen que el médico puede y *debe* hablar, por lo menos para evitar al inocente un mal *irreparable.* Un número reducido estima no obstante que el médico *puede* callarse para no quebrantar la confianza que el público debe tener en su entera discreción (1). Los hay incluso que, en nombre del interés general, le niegan el *derecho* de hablar. Confesamos, sin embargo, nuestra imposibilidad de citar, para esta última opinión, a ningún nombre conocido.

Por consiguiente si yo sé, bajo sello de secreto *confidencial,* que uno de mis amigos está seguramente afecto de sífilis muy contagiosa, y por tanto es incapaz de contraer lícitamente matrimonio, después de haber tratado inútilmente de obtener que el pretendiente desista, *puedo,* según confesión de todos, y casi ciertamente *debo* advertir a los padres de la rica heredera con la que mi desgraciado amigo pretende desposarse y cuya mano ha obtenido ya. No obstante, un grave inconveniente que yo temiera para mí mismo me autorizaría a mantener el secreto: obligado a título de caridad, no lo estoy empero a exponerme a un grave perjuicio para prestar un servicio. En semejantes circunstancias el *médico* tratante o el *cirujano,* que conoce la verdad bajo el sello del secreto *profesional,* podría hacer uso de la opinión que le permite no revelar nada; respecto al derecho natural, tal como lo consideramos, la revelación sería al parecer lícita sin ser obligatoria. Sin embargo, insistiremos en esta grave cuestión cuando tratemos directamente del *secreto médico* (núm. 494).

4. Bien del interesado. — Si en un caso particular el secreto redunda, por excepción, en detrimento, y en detrimento grave, del que lo ha

(1) *Aertnys,* I, núm. 1.235, III, 3.°, concluye en buen derecho que, si se considera la controversia, la revelación es prácticamente lícita, pero no obligatoria.

De Smet permite la manifestación si es necesaria para prevenir un daño *casi irreparable (De Spons. et de Matrim.,* núm. 68, 2.°). No lo ordena.

confiado, en tanto que la revelación le es claramente beneficiosa, sin que por otra parte dañe *injustamente* a nadie, la ley moral da al depositario del secreto pleno permiso para hablar. En estas circunstancias puede incluso *presumir,* como hemos dicho, el consentimiento del interesado.

Así no se podría acusar de *traición* del secreto profesional a un médico que, para desmentir rumores calumniosos, se decidiera, por motivos de caridad, a divulgar la verdadera causa de la muerte de su cliente, acusado de haberse suicidado, de haber sucumbido a una enfermedad vergonzosa, o al que se supone que fué envenenado por sus parientes.

Nada hay en esto que pueda disgustar razonablemente a la familia, o impedir al público confiarse con toda seguridad en el hombre de arte. Suponemos no obstante que la enfermedad de la que ha fallecido el difunto puede ser manifestada en razón de su naturaleza, sin que esta manifestación implique un grave perjuicio para los hijos.

5. Interés personal. — Finalmente el derecho natural releva del secreto confidencial, o hasta profesional, a quien en un caso excepcional no puede callar sin sufrir injustamente un daño muy grave por la razón misma del secreto.

Indudablemente es posible comprometer a guardar el secreto *confidencial* a costa de los más graves inconvenientes. Mas es precisa una promesa formal, sobreañadida al hecho de aceptar el papel de confidente obligado al silencio. Y si se trata del secreto *profesional,* la obligación de sufrirlo *todo* antes que revelar nada serviría de modo bastante precario al interés general, y más bien iría contra el bien común: sería en efecto de naturaleza, ora a desviar a los individuos más concienzudos de las profesiones que impusieran en un caso dado una carga tan pesada, ora a molestarles exageradamente en ciertas circunstancias en el ejercicio de sus funciones.

Veamos un ejemplo trágico entre todos. Un médico es acusado injustamente de asesinato, y está a punto de ser condenado a muerte. ¿Debe en buena moral, y, si es padre de familia, puede, con gran deshonor de los suyos, dejarse condenar antes que revelar el nombre del asesino, al que ha prestado sus cuidados y del que ha recibido la confesión, o cuyo secreto ha sorprendido tal vez en el curso de un acceso de delirio? No hay un solo moralista que le obligue a tanto heroísmo, aunque el médico en cuestión fuera célibe.

Así pues, tenemos derecho a *concluir* que el secreto confiado, confidencial o profesional, tiene *límites* reales según la ley moral. A las causas excusantes que acabamos de estudiar podríamos añadir también, con gran número de autores, la *autoridad de la ley civil,* con tal que esta ley sea justa y razonable, «pues la ley puede permitir y hasta ordenar al médico que haga las revelaciones *exigidas por el interés social*» (1). Pero de hecho esta causa excusante no difiere del «bien común».

(1) Moureau y Lavrand, pág. 120.

ARTICULO V

DEL SECRETO NATURAL IMPUESTO AL MEDICO

462. Cuestión para resolver. — Importa determinar exactamente lo que *no es* y lo que *es* materia del presente artículo.

1. Lo que no es. — 1.° *No hay que investigar* de una manera general si el médico está obligado en algunas circunstancias al secreto *natural.* La respuesta afirmativa no podría ofrecer duda alguna. A no ser por una causa excusante que le autorice a hablar, el médico debe, como todo individuo, callar a título de *justicia* lo que puede causar a otros un perjuicio real, y, a título de *caridad,* lo que puede causar al prójimo un justo disgusto (núm. **456**).

2.° *No hay que examinar tampoco* si el médico debe *a veces* guardar el secreto natural sobre *el verdadero estado de salud* de tal o cual persona, cuyo aspecto exterior es bueno, y *a la que no ha prestado nunca sus cuidados.* La respuesta afirmativa se impone de nuevo. Se comprende, en efecto, que el estado de salud entra en el número de hechos cuya revelación puede fácilmente ser perjudicial o desagradable para otros. Por lo demás, es manifiesto que el médico está en condiciones, gracias a su ciencia y experiencia, de descubrir en sus relaciones cotidianas con los hombres, y sin examen médico, muchas tachas ocultas. Es decir, que el médico puede algunas veces, independientemente del secreto profesional, estar obligado a callar lo que diagnostica o prevé.

2. Lo que es. — *Por esto nos proponemos precisar* en este artículo *en qué casos* el médico puede estar obligado, salvo excusa legítima, a mantener sobre la salud o cualquier otro hecho el secreto *natural,* aunque el secreto *profesional* no le ligue en manera alguna.

Y dado que el médico toma sus informes de tres orígenes, *la cuestión a tratar* es ésta: si no hay ninguna razón legítima para manifestar lo que puede ser perjudicial o desagradable para otros, el secreto profesional o el secreto natural obligan al médico a callar lo que *en el comercio ordinario de la vida* descubre por sí mismo gracias a su ciencia médica; lo que llega a su conocimiento o sorprende *con ocasión* del ejercicio de sus funciones; *todo* lo que conoce en el ejercicio de sus funciones y a causa de este ejercicio, *incluso* las maniobras criminales que amenazan la salud o hasta la vida del enfermo.

Así pues, indicaremos *lo que no depende* del secreto profesional, y en el artículo siguiente será más fácil precisar su verdadero objeto.

463. I. Comercio ordinario de la vida. — Puesto que el secreto profesional es, hablando con propiedad, un *secreto confiado* (núms. **455**, 3, **460**), lo que el médico, gracias a su ciencia y espíritu de observación, diagnostica o prevé *en el comercio ordinario de la vida* relativo a la salud de

determinada persona *a la que no ha prestado* ni *presta sus cuidados,* no entra en manera alguna en el dominio del secreto profesional, pero entra en el secreto natural, si la revelación es, por su naturaleza, perjudicial o justamente desagradable para los interesados, y por consiguiente no puede efectuarse sin motivo razonable, es decir, sin una justa causa que releve del secreto natural.

1. NINGÚN SECRETO PROFESIONAL. — En este caso no hay el menor *secreto profesional.* Indudablemente el médico debe a su ciencia médica, a su larga práctica de la medicina, a su talento de observación, lo que en sus relaciones cotidianas con las personas descubre con mayor o menor certidumbre respecto a sus enfermedades, hereditarias o personales, y a su haber vital. En este sentido hace conjeturas, adivina, discierne con seguridad, prevé *como médico:* «¡cuántos diagnósticos pueden hacerse en esta forma por un observador sagaz, habituado a leer en una fisonomía, en una actitud, en un gesto, el carácter frustrado de una enfermedad latente, de una tacha, de una herencia» (1). Pero no hay en este caso la menor *promesa expresa o tácita de silencio* que preceda y dé origen, ora a confidencias, ora a un examen corporal detallado. El médico no sabe, pues, «como médico» *al que nos hemos confiado.*

Es decir, el Dr. Morache va demasiado lejos, y extiende exageradamente el *objeto* del secreto profesional, en las líneas siguientes:

«Los padres pueden pedir la opinión del médico de un modo más restringido. Quieren casar su hija con un hombre del que, por razones cuyos detalles dan a conocer, temen que esté afecto de determinada enfermedad, personal o hereditaria. El médico no conoce a este hombre, o le conoce poco; en todo caso no como *su* médico, ni directa ni indirectamente. En este caso no hay secreto, sino demanda de consulta por parte de los padres sobre un caso en que el médico puede hablar libremente. *Sin embargo, aun así,* podría haber un *punto delicado.* Al ver en la sociedad a la persona sospechosa ha adquirido una convicción, y si sabe algo es *como médico;* es el mismo caso de que hablábamos, en el que se trataba del médico de cabecera *visa aut intellecta,* con el matiz de que no se le ha admitido cerca del enfermo como médico, sino como *hombre de mundo* (2): ha podido materialmente apreciar tales o cuales circunstancias amenazadoras que el principal interesado no conoce» (3).

El Dr. H. Verger es por lo menos igualmente afirmativo. «No es raro — dice — que un médico adivine la existencia de una lacra en personas extrañas a su clientela y sin que se le haya hecho ninguna confidencia; *y no es dudoso* que la revelación le está prohibida, *cualquiera que sea el motivo*» (4).

Se ve que hay en esto una exageración manifiesta. Si el médico está obligado al secreto *profesional* con las personas que encuentra en un salón, hay que llegar aún más adelante y concluir que está obligado al mismo secreto respecto a los viajeros que tiene tiempo de examinar en el tren y hasta con los transeuntes con que se codea por la calle. Digamos, pues, que el médico no está obligado al secreto profesional como médico, sino como médico *de cabecera* o *consultante* de tal o cual cliente que *se confía* a sus cuidados.

(1) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 236.
(2) No hay en esto un *matiz,* sino una circunstancia que basta para distinguir el secreto natural del secreto profesional.
(3) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 236.
(4) H. Verger: *Précis de déontolog. médic.,* pág. 51.

2. SECRETO NATURAL. — El Dr. Morache y otros habrían evitado una exageración, por lo demás muy honorable, si hubieran distinguido el secreto *profesional,* que es esencialmente un secreto confiado al médico como médico, del secreto *natural,* que, aparte de toda promesa y confidencia, resulta de la misma naturaleza de las cosas (núm. 455, 1). Los *secretos de salud* que el médico descubre en el comercio ordinario de la vida son *secretos naturales:* no puede, *sin causa justa,* manifestarlos si su manifestación perjudica a los interesados o les causa un disgusto fundado en razón. Reconocemos asimismo fácilmente que se imponen una particular reserva y discreción en este asunto en beneficio de las personas que admiten al médico en su intimidad, se muestran a él tal como son, y, en un sentido muy amplio que no da origen al secreto profesional, *se confían* a él. Pero *motivos graves* le autorizan a hablar.

3. MOTIVOS GRAVES. — La ley moral, que prohibe la *depreciación* de los méritos, prohibe, por el mismo hecho y en la misma medida, la violación del secreto natural. Pero cuando una *causa justa* permite manifestar lo que puede dañar a la reputación de los demás, perjudicar al prójimo, contristarlo, no hay *depreciación ni violación del secreto natural.* Es lo que acontece en el caso señalado por el Dr. Morache. Consultado, con miras a un matrimonio, por los padres que sospechan que el pretendiente «está afecto de tal o cual enfermedad personal o hereditaria», el médico, que nunca ha cuidado a tal pretendiente, puede y debe a menudo, a título de caridad, «hablar libremente», aunque en virtud de sus relaciones mundanas hubiese sido admitido en la intimidad del futuro marido. Recordará únicamente que la prudencia tiene sus derechos, y que la caridad no obliga de ordinario a sufrir personalmente un grave perjuicio.

464. II. En ocasión del ejercicio de las funciones médicas. — «*Hay* hechos que llegan a conocimiento del médico *en ocasión* del ejercicio de sus funciones y que no conoce sino como médico que ha entrado en la casa, pero que no tienen ninguna relación con el enfermo o con la enfermedad, que son extramédicos» (1).

Si intentamos determinar cuáles son estos hechos conocidos por el médico en ocasión y no a causa del ejercicio de la profesión, vemos que en buen derecho es posible designar con este nombre todo lo que no llega a conocimiento del médico *ni* por las explicaciones espontáneas y las respuestas provocadas, por lo demás útiles o inútiles, del enfermo y de los que le rodean, deseosos de exponer mejor el caso, *ni* por el examen corporal

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale et le secret médical,* pág. 70.

de los órganos y el análisis de los productos, *ni* finalmente por las conclusiones que deriva el práctico de las explicaciones dadas por los interesados o de sus investigaciones personales.

El médico debe pues el conocimiento de estos hechos, que conoce o sorprende en ocasión de sus funciones, a múltiples orígenes de información: en primer lugar a lo que ve plenamente extraño a la enfermedad en la casa y cuarto del enfermo; luego a las conversaciones que los miembros de la familia sostienen en su presencia, sin preocuparse de ilustrarle sobre el estado sanitario del paciente; o también a los propósitos, sin relación con la enfermedad, y a los hechos de ciertas personas en relación más o menos íntima con el enfermo; algunas veces hasta a las confidencias y las confesiones del mismo enfermo, pero del enfermo que no se propone en modo alguno explicar su enfermedad, y lo que de cerca o de lejos se refiere a su mal.

Estos diversos hechos, *que en nada se relacionan con la enfermedad* y son extramédicos, pueden sin duda alguna comprenderse en el secreto natural y hasta bajo el secreto confidencial.

¿Pero forman parte integrante del secreto *profesional* y estrictamente médico? Muchos autores así lo creen, y Moreau es de la misma opinión. «Los secretos *extramédicos* — dice — que el médico sorprende en el enfermo, por ejemplo al oír una conversación, se convierten por tal hecho en secretos *profesionales,* puesto que el médico los ha conocido a causa de su profesión, *que le ha abierto la puerta del enfermo*» (1).

No podemos admitir esta manera de ver. Desde el momento que el secreto profesional es un *secreto confiado,* se extiende únicamente a lo que el médico conoce *a causa* del ejercicio de la profesión. Comprende, pues, sólo los hechos directa o indirectamente médicos que los interesados confían al médico, o que el médico descubre como tal por sus investigaciones personales. Los hechos que llegan a conocimiento del médico *en ocasión* del ejercicio de su profesión quedan fuera del secreto profesional.

Un doble ejemplo, relatado por el Dr. Brouardel, ilustrará nuestro pensamiento.

«Un médico me solicitó mi opinión hace algunos años sobre el hecho siguiente: Llamado cerca de un enfermo moribundo, los herederos no se recataron en decir delante de él que su pariente había hecho un testamento, pero que tenían intención de hacerlo desaparecer, y, en efecto, fué imposible encontrarlo.

Otro ejemplo. Hace algunos años un médico me dirigió la carta siguiente:

«Le pido a usted un consejo sobre la manera de conducirme en una circunstancia muy delicada, en la que me parece que el secreto médico no puede ser violado. He aquí los hechos:

Uno de estos días asistí en sus últimos momentos a uno de nuestros colegas, que vivía separado de su mujer y de sus hijos. En la misma casa, pero en un piso distinto, habitaba su amante, quien durante su enfermedad le había prestado sus cuidados.

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 112.

En cuanto nuestro colega hubo expirado, la señora X., en medio de sollozos y lágrimas, dijo que no quería dejar en manos de la esposa legítima, que seguramente debería acudir al saber la muerte de su marido, su fotografía, que, según ella, debía encontrarse en un álbum. Como tenía las llaves a su disposición, se puso a buscarlo en los muebles. Yo quería marcharme, pero ella me suplicó que me quedara. En el mismo instante abrió un secreter y apareció un álbum. «Helo aquí, la dije, tome usted su fotografía; yo me marcho.» Sobre el álbum había un envoltorio de títulos, nominales o al portador, no estoy seguro. «Ah, dijo ella, no se vaya; será usted testigo de que no he tocado estos valores.» Tomada la fotografía, volvió a colocar los valores sobre el álbum y cerró el secreter. Me fuí, pero las llaves quedaron a su disposición. Dos días después el juez de paz ponía los sellos.

En cuanto a mí, corrí a la oficina de telégrafos a prevenir a la mujer de nuestro colega, la cual habitaba en una localidad próxima, y a su hermano, que es médico en los alrededores. Este fué el primero en llegar, antes de que terminara la formalidad de los sellos. Citado con él por la tarde, le hice hablar sin revelar mi pensamiento, y supe que el juez de paz y él sólo habían encontrado en el secreter una pequeña suma en dinero; los títulos habían desaparecido. Me costó mucho no revelar su existencia, pero callé. ¿Y ahora qué debo hacer? ¿Debo hablar, debo callar definitivamente, aun cuando me pregunten?» (1).

Después de haber relatado estos dos hechos, el Dr. Brouardel, que se sitúa en el punto de vista de la ley civil, estima que no hay en estos casos secreto *profesional.* «Creo — dice — que en las circunstancias extrañas a la profesión, como los dos ejemplos que acabo de citar, se ha excedido el límite del secreto. En semejantes circunstancias no creo que haya secreto *médico*; considero que el médico tiene el derecho de decir lo que ha visto y oído; pues no se trata de «aegrorum arcana» (2).

Desde el punto de vista de la ley moral llegamos a la misma conclusión. La ley moral ve en el secreto profesional un *secreto confiado,* cuya extensión se limita a las confidencias, directas o indirectas, hechas con miras a los cuidados médicos y a las legítimas exigencias del bien público. Ahora bien, no hay en esto secreto confiado por el enfermo o sus parientes, y menos todavía secreto confiado *con miras a un fin médico.* Asimismo, la seguridad pública no sufre atentado alguno si se sabe que el médico no está obligado al secreto profesional en relación con los hechos de que tiene conocimiento en ocasión del ejercicio de su profesión (3).

465. III. A causa del ejercicio de la profesión. — Lo que el médico conoce *a causa* del ejercicio de su profesión, es decir, por las

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 70 y sigs.
(2) *Ibid.,* pág. 71.
(3) Dr. E. Hubert, núms. 105 y sigs., págs. 109 y sigs.

declaraciones espontáneas o provocadas, y por el examen del enfermo, se incluye seguramente bajo el secreto *profesional*. Nada más manifiesto, y no habría motivo para insistir si no se presentaran en la práctica médica casos delicados que nos fuerzan a examinar de más cerca esta fórmula tan simple, y a preguntarnos si es *general* y *absoluta* hasta el extremo de no admitir ningún atenuante. ¿Se extiende el secreto *profesional*, o propiamente médico, a *todo* lo que el médico descubre en el ejercicio de sus funciones y a causa de este ejercicio, *incluso* las maniobras criminales, por ejemplo las tentativas de envenenamiento que amenazan la salud y la vida del enfermo, la mayoría de las veces sin saberlo éste?

El buen sentido y la razón reflexiva, trabajando sobre las prescripciones de la ley moral, concuerdan en dar una *triple respuesta a la cuestión así planteada*.

En primer lugar no es *evidente* que haya en esto secreto profesional, y ello tiene un interés más bien teórico que práctico.

Aun cuando interviniera el secreto profesional, éste no liga de tal modo al médico protector nato del enfermo que no pueda y no deba, en tal caso, *hacer lo necesario* para socorrer eficazmente a su cliente y librarle de toda maniobra criminal, aunque debiera para ello denunciar al crimen a la justicia si, a causa de las circunstancias, únicamente una denuncia pudiera alcanzar el objeto, y no pudiera ser de iniciativa del enfermo, estrechamente vigilado por los que le rodean y privado de toda libertad de acción.

Pero antes de llegar a estos extremos el médico *se asegurará* de que hay maniobra criminal, y hasta de que el *único medio* de salvar a la víctima es recurrir a la justicia. De estas dos precauciones, la primera es exigida por la honradez, que prohibe toda acción inconsiderada, y la segunda es, por lo menos, sabiduría y prudencia.

Las explicaciones que siguen precisarán la conducta que debe seguirse a este respecto.

1. ¿Secreto profesional? — ¿Cae bajo el secreto profesional una maniobra criminal, ignorada generalmente por el enfermo, atentatoria a su salud y hasta a su vida, descubierta por el médico gracias a sus investigaciones personales, y por lo tanto *a causa* del ejercicio de su profesión?

Desde el punto de vista de la ley civil francesa, la Sociedad de Medicina de Jonzac no ha vacilado en responder que hay secreto profesional, y secreto que prohibe *en toda hipótesis* prevenir a la justicia: «Un crimen sorprendido por nosotros en el ejercicio de nuestro arte es», aunque fuera dirigido contra el enfermo, «un secreto profesional que, en defecto de nuestra conciencia, la ley y los decretos de los tribunales superiores nos obligan a guardar» (1).

Sin examinar la cuestión desde el punto de vista de la ley civil, estimamos que en relación con la ley moral está permitida la duda *aun sobre*

(1) Citado por el Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 109.

la existencia del secreto profesional. Parece indudable que el enfermo no tiene intención de confiar al médico, bajo sello de secreto profesional, lo que, mantenido secreto, *redundaría por lo mismo en su mayor perjuicio*, paralizaría todo tratamiento y amenazaría en breve plazo con una terminación fatal.

El Dr. E. Hubert, *loc. cit.*, n. 80, pág. 80, escribe con buen derecho: «La discreción, que nos es impuesta a favor del enfermo y no tiene en el fondo otra razón de ser que su interés, no debe volverse contra él.»

Asimismo, si consciente del crimen de que es víctima, y prefiriendo la muerte a la deshonra de la familia, el enfermo confiara al médico *bajo sello de secreto* que está envenenado, confesaremos que habría cuando menos secreto *confidencial*. Pero añadimos que el médico debería intentarlo todo para salvar a su enfermo. «Procuraría — dice el doctor Brouardel — protegerle alejándole de su domicilio, aconsejándole ir a una casa de salud, en la que impondría para su vigilancia a una persona segura» (1).

2. Revelación permitida. — Admitamos que haya en esto, por la ley moral, secreto profesional. Encuadrado en sus justos límites, este secreto no ha de impedir al médico su obra de protección. Hemos visto, en efecto, que el secreto profesional no obliga *al detrimento muy grave* de quien lo ha confiado (n. **461**, 4). Hay, pues, en esto una *excepción* que facilita la tarea del médico. Puede y debe tomar todas las *medidas necesarias* para hacer fracasar las maniobras criminales, y en particular las tentativas de envenenamiento. Y si el único medio eficaz de salvaguardar la vida o la salud del enfermo es el de prevenir la justicia el médico lo hará.

3. Precauciones requeridas. — 1.° *No está permitido presumir un crimen familiar*, y obrar en consecuencia, si no hay *certidumbre moral*. Por esto, antes de advertir al enfermo, y, más aún, antes de llegar, si es necesario, a una denuncia, el médico *se asegurará* de que hay tentativa de envenenamiento.

Esto no siempre es fácil. «El diagnóstico de un envenenamiento es a menudo muy incierto. Los síntomas son a veces muy semejantes a los de enfermedades puramente naturales; así, el envenenamiento subagudo por el arsénico presenta el mismo cuadro sintomático de la uremia de forma gastrointestinal» (2).

A los médicos que sospechen un envenenamiento da el Dr. Brouardel «el consejo siguiente: Que ellos mismos recojan y se lleven las ropas sucias de vómitos o materias fecales so pretexto de análisis; que ellos mismos recojan la orina emitida por el enfermo (el riñón es el mejor filtro para la mayoría de las substancias tóxicas) y que la sometan inmediatamente al examen de un químico o farmacéutico. El diagnóstico está en manos del químico. El resultado de esta pequeña encuesta permitirá obrar o abstenerse con una seguridad mayor. Por lo demás, al ver que el médico

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 111 y sigs.
(2) *Ibid.*, pág. 110; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 330, 1931.

recoge estas materias, el culpable, sin que el médico le diga cuál es su intención, se sentirá vigilado, y bastará a veces el temor así despertado para detener en su curso una tentativa criminal» (1).

2.° *La segunda precaución* es recurrir a la justicia, por lo menos *de ordinario,* sólo cuando no haya otro medio de socorrer eficazmente al enfermo.

Si se supone que hay secreto profesional, es una *necesidad:* el secreto profesional permite las medidas que tienden a conjurar el peligro; pero no autoriza las revelaciones inútiles al objeto propuesto.

Si se considera que el secreto profesional no interviene, es prudencia y tal vez caridad si el enfermo desea ante todo que se le arranque del peligro; pero estará satisfecho de que se le salve sin infligir a su esposa o a su familia la deshonra de una denuncia.

4. Caso similar. — Cuando un médico advierte que los niños son víctimas de *malos tratos* o de *atentados al pudor,* debe instruir a los padres o quienes les reemplacen. Pero *de ordinario* sólo denunciará el hecho a la policía si los culpables son los mismos padres. Esta es la conclusión de los principios que acabamos de exponer sobre las tentativas de envenenamiento y otras maniobras criminales (2).

ARTICULO VI

DEL SECRETO ESTRICTAMENTE MEDICO

466. División. — En este artículo, que es el más importante del capítulo, hablaremos: de las personas obligadas por derecho natural al secreto médico; de los individuos que se benefician de él; del objeto que lo constituye y debe ser mantenido secreto; de las diversas maneras de violarlo; de las causas que relevan de él y por tanto permiten hablar sin que haya violación de secreto; de las principales aplicaciones que se ofrecen.

§ 1. — Personas que deben callar

467. Cuestión por tratar. — Dejando de lado la ley civil, investiguemos qué personas están obligadas por la ley moral al secreto *profesional* o estrictamente médico.

Para mayor claridad y lógica no es inútil distinguir el *principio director,* suministrado por la misma definición del secreto profesional, y las diversas *aplicaciones* de este principio a los médicos de cabecera y consultores; a los farmacéuticos; a los ayudantes de médicos y farmacéuticos; a los médicos peritos; a los médicos comprobantes.

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 111.

(2) *Ibíd.,* pág. 112. El Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 330, 1931, estima que en este caso «sería *monstruoso* atenerse al secreto profesional».

468. I. Principio director. — De la definición del secreto *profesional conviene* derivar el principio *director,* es decir, el principio que nos permitirá determinar con precisión las personas obligadas, por derecho natural, al secreto médico.

El derecho natural obliga al secreto profesional, *de modo general,* a todos los individuos que, ejerciendo una profesión de utilidad, o mejor, de necesidad pública, reciban por estado, y algunas veces sobre las cuestiones más delicadas, las confidencias de los particulares y de las familias; dan por estado consejos, cuidados, remedios, y se comprometen *tácitamente,* es decir, en virtud misma de su profesión, y por tanto antes de saber nada, a guardar inviolablemente los secretos confiados. En otros términos, el secreto profesional es un deber para *todos aquellos* a quienes el ejercicio de su profesión erige en *confidentes necesarios* de los más graves intereses; se impone a todos aquellos cuya profesión es destinada, con exclusión de las otras, a confidencias de orden íntimo.

Por consiguiente, en lo que concierne a la profesión *médica,* podemos y debemos considerar como obligados al secreto profesional a todos los que *por estado* dan consejos médicos, cuidados médicos o medicamentos. Así pues, la obligación del secreto profesional está ligada *de una manera general* al ejercicio de la profesión, y *en este caso al ejercicio de la profesión médica.*

Por lo tanto, es justo concluir que es *independiente* de la ciencia y habilidad reales, cuando no de la ciencia y de la habilidad presumidas: independiente del título, por lo menos en los países donde éste no es exigido por la ley civil; independiente de los honorarios. Los cuidados gratuitos prestados a los pobres en los hospitales, en las clínicas, en el gabinete del médico, a domicilio, no dispensan del secreto profesional.

¿Es preciso añadir que el secreto profesional es independiente del ejercicio *habitual* de la profesión, y que después de haber renunciado a la medicina, un médico *conocido como tal* está obligado al secreto profesional si, en caso de urgencia o para prestar un servicio, prodiga por *casualidad* sus cuidados a un enfermo? Nos inclinamos a creerlo, pero no hay motivo para insistir en una cuestión tan secundaria.

469. II. Diversas aplicaciones. — Si aplicamos a diversas categorías de personas el principio que acabamos de enunciar, encontramos a los médicos de cabecera o a los consultantes, a los que es preciso asimilar las comadronas, los farmacéuticos, los auxiliares de los médicos y farmacéuticos, los médicos peritos, los médicos de las compañías de seguros o de las sociedades de socorros mutuos.

Es manifiesto que cada una de estas personas está obligada al secreto profesional, en el círculo no obstante de su profesión o de su estado.

1. Médicos tratantes o consultantes. — En primera fila de los obligados al secreto médico hay que colocar, como es natural, a los médicos tratantes, a las comadronas, a los médicos llamados en consulta o consultados por el médico tratante.

Se presenta *una sola dificultad*. Concierne a los individuos que ejercen *ilegalmente* la medicina en un país en el que, a sabiendas de todos, únicamente el título confiere el derecho a la profesión médica. Estos médicos de contrabando están obligados al secreto *natural*, y, después de promesa formal, al secreto *confidencial* (n. 455 y sig.) ¿Están sin embargo obligados por la ley moral al secreto *profesional*? No es así, al parecer, si tratan a clientes perfectamente enterados de su verdadera situación. En tal caso el enfermo sabe muy bien que no tiene ante sí a un *verdadero médico*, y que la *profesión* no cubre a la mercancía; así pues, al pedir consejos, cuidados y remedios lo hace por su cuenta y riesgo.

2. Farmacéuticos. — La demanda de medicamentos, con prescripción del médico o sin ella lleva al farmacéutico, por una vía menos directa pero bastante segura, a conocer los secretos de salud, y a conocerlos *en virtud de su profesión;* está por tanto obligado por estado al secreto profesional, y está obligado a él como intermediario necesario entre el médico y el enfermo.

Si se inmiscuye en las atribuciones reservadas por la ley civil al médico, y da, sin diploma, consultas y consejos médicos, debe ser asimilado a este respecto a los individuos que ejercen ilegalmente la medicina; no parece, pues, ligado, como médico al margen de la profesión, sino por el secreto natural, al que puede añadirse el secreto confidencial.

3. Auxiliares o ayudantes. — Según ciertos autores (1), el artículo 378 del *Código penal francés,* tal como lo interpreta el Tribunal de casación en su decisión del 8 de diciembre de 1864, no obliga al secreto profesional a los auxiliares «que, bajo la dirección de un médico, son llamados *accidentalmente* a cuidar a un enfermo», como lo son los estudiantes, las hermanas de caridad, los enfermeros. No extiende la obligación del secreto médico «a los ayudantes de los cirujanos en sus operaciones, a los ayudantes de las comadronas en un parto difícil, a los preparados de los farmacéuticos en sus oficinas» (2).

El *derecho natural* es *más lógico* que el artículo 378 así entendido. Si lo hemos comprendido bien, no exime del secreto profesional a *ninguno de los ayudantes* «presentes *en virtud de su profesión* y que se convierten en confidentes necesarios...» (3). «El secreto médico es la salvaguardia del honor y de los intereses de las familias. Ahora bien, esta garantía sería ilusoria si todas las personas llamadas a conocer los secretos de las familias al mismo tiempo y a título de las mismas funciones que el médico y el farmacéutico no estuvieran obligados a la misma discreción» (4). Asi-

(1) *André Perraud-Charmantier* estima que el artículo 378 excluye únicamente a los auxiliares *accidentales* y no a los auxiliares *habituales*.

«Un auxiliar *accidental* no estará obligado, pues no ejerce una profesión. Tal es el sentido de la sentencia del 8 de diciembre de 1864. Sólo torturando el texto se lograría hacerle expresar que los auxiliares no podrían estar obligados al secreto» (*Le secret professionnel*, página 90).

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 92; Dr. Morache: *La profession médicale*, págs. 212 y sigs.

(3) Dr. Brouardel: *loc. cit.*, pág. 92.

(4) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 109.

mismo, «puede decirse... que si bien el estudiante de medicina y el alumno de farmacia no ejercen todavía una profesión ni un estado, se encuentran, en el momento en que reciben conocimiento del hecho médico, en un «estado» que debe obligarles al secreto» (1). Estimamos, pues, obligados al secreto profesional a cuantos, *en virtud de su profesión* actual o de la profesión para la cual se preparan (2), contribuyen al tratamiento de un enfermo y prestan cuidados médicos, es decir, cuidados que exigen conocimientos especiales.

4. Médicos peritos. — El médico *perito,* y por tanto examinador *por cuenta de un tercero* de la salud o del estado mental, no está en la misma situación que el médico tratante o consultante con respecto al individuo que, de buen o mal grado, se somete al peritaje. Se encuentra incluso en una situación diametralmente opuesta que le dicta una *triple actitud*. Debe toda la verdad a los que le han confiado su misión. Para con los demás está obligado al secreto natural, y, según parece, al secreto profesional. Finalmente, y respecto a la persona a la que examina, se inspirará para hablar, si ello es posible, o para callar, en las reglas de la prudencia y de la caridad.

1.° *Comisionados.* — Mandatario, representante, consejero de un tribunal, de una compañía de seguros, de una administración cualquiera, quizá hasta de un particular, el médico perito tiene primero el deber riguroso de informarse del mejor modo, y por consiguiente «de frustrar los engaños de los clientes que esconden sus lacras hereditarias o personales, y de ser lo suficientemente sagaz para descubrir toda simulación» (3). Luego debe a sus *comisionarios* todos los informes que recibe *en los límites de su mandato,* o que descubre, en estos mismos límites, por sus investigaciones personales (4). Lejos de tener que guardar secreto alguno, está obligado a indicar tan completamente como sea posible «la naturaleza de la enfermedad, el estado a que ha llegado, su duración probable...» (5). Por lo demás es clara *la causa* de que no guarde secreto alguno

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 171.

(2) Dr. Morache: *La profession médicale*, pág. 213.

(3) André Perraud-Charmantier explica así el decreto del 8 de diciembre de 1864: «El decreto significa que el auxiliar que ejerce *habitualmente* la profesión, que somete a su patrón al secreto, está obligado como éste mismo y a causa de una responsabilidad propia. En una palabra, el criterio es éste: ¿ha sido el auxiliar confidente necesario, indispensable, obligado?...» (*loc. cit.*, pág. 90 y sigs.).

(4) «Una tentativa de este orden se hizo célebre entre los médicos de Compañías de seguros.

Se presenta un postulante al Dr. Siredey, médico de una de ellas. Tiene bella presencia, nada en él revela un achaque. Nuestro colega pide a este caballero, que pertenece a la buena sociedad, que le muestre la orina. El señor siente no poder acceder: ha orinado antes de subir. Siredey le cita para otra ocasión: el caballero trae orina en un frasco, fría, perfecta. «Dispense — dice el médico —, las debo analizar en caliente.» Nuevas excusas del postulante, que está desprevenido. «No importa — replica Siredey —, hablaremos hasta que tenga usted deseos de orinar.» Fastidiado, el postulante se resuelve a decir la verdad: era diabético» (Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 166).

(5) En otros términos, aun respecto a sus comisionados, el perito debe «permanecer en el límite de lo que interesa a la cuestión litigiosa de la que está encargado. Un perito privado que al visitar a un paciente de esguince mencionara lesiones sifilíticas, por ejemplo, violaría evidentemente el secreto profesional» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale*, página 63).

hacia los comisionarios. Los tribunales tienen el derecho de ordenar un peritaje médicolegal, y el particular que pide un seguro sobre la vida *no puede* dirigirse al médico experto de la Compañía *sin consentir* en que ésta se entere, por medio de su representante, de todo lo que tiene interés en saber. Algunos autores prefieren no obstante *otra explicación*. Hacen observar «que el secreto médico supone esencialmente confidencias hechas al médico *con miras* a sus cuidados: ahora bien, aquí el caso es enteramente diferente» (1). Sin embargo, este argumento tiene el inconveniente de demostrar *demasiado*: tiende a establecer que el médico perito no está obligado *con nadie* al secreto profesional, lo que, en nuestra opinión, no es exacto. Además el secreto médico supone esencialmente confidencias hechas al médico con miras a obtener, no solamente sus cuidados, sino también todo lo que el médico puede dar *como tal* (Infra, n. 473).

2.° *Los demás.* — Libre de *todo* secreto en los límites de su mandato con respecto a sus comisionarios, de quienes recibe su misión, el médico perito está obligado al secreto *natural* en lo referente a todos los demás, es decir, respecto a toda persona extraña a la dirección de la Compañía: no está autorizado a decir nada que pueda causar al peticionario un perjuicio real o un justo disgusto.

Pero hay más. Si el médico perito representa a una Compañía de seguros sobre la vida, al parecer está obligado al secreto *profesional* para con el público. El peticionario sólo acepta, como es debido en estricta justicia, someterse al examen corporal e incluso no ocultar nada *esencial* con una condición: con la de que sus secretos de salud no serán revelados a nadie más que a los directores de la Compañía. Hay, pues, por ambas parte un *contrato oneroso* que da origen al secreto profesional: en virtud de su misma profesión de perito, el médico debe callar, aun cuando no haya recibido las confidencias con objeto de cuidados médicos (2).

3.° *Examinado.* — Si el médico de la Compañía descubre una enfermedad que haga rechazar la demanda de seguro de vida, se inspirará en las reglas de *prudencia* y de *caridad* para advertir o no advertir al candidato su verdadero estado de salud. No le prevendrá si la enfermedad es incurable y puede ser ignorada por el paciente sin grave daño, o también si hay más ventajas en callar que en hablar. Por el contrario le prevendrá con todas las precauciones requeridas si la enfermedad, grave o tal vez incurable, exige un tratamiento inmediato para su curación o para la prolongación de la vida. De este modo un peticionario tuvo ocasión de enterarse de que padecía diabetes incipiente: se cuidó en consecuencia y logró prolongar sus días.

Como se ve, la tarea del médico perito es delicada. Las dificultades aumentan singularmente si el médico examinador es al mismo tiempo el médico ordinario del candidato. El Dr. Brouardel aconseja abstenerse en semejante circunstancia, «pues tal coincidencia no podría ser más que un

(1) Moureau y Lavrand, pág. 124.
(2) A. Vermeersch: *Th. Mor.*, II, núm. 699, fin.

origen inagotable de inconvenientes» (1). Sin embargo, la abstención no es siempre posible en las localidades pequeñas. «Es preciso por lo demás negarse siempre o aceptar siempre. En todo caso, si el médico es aceptado como experto por el cliente, éste reconoce implícitamente al médico que le examina los derechos y deberes de todo experto, cualquiera que sea» (2).

5. MÉDICOS COMPROBADORES. — Llamamos *médicos comprobadores* a los médicos encargados por las sociedades de socorros mutuos, por las sociedades industriales o por las Compañías de seguros de cumplir, como lo exige el reglamento de la sociedad o de la compañía, un *doble papel*: el de *comprobar* que el miembro asociado está en las condiciones requeridas para recibir cuidados gratuitos; luego el papel de *cuidar* gratuitamente a los enfermos que, según los estatutos, tienen derecho al tratamiento.

Aquí también el reglamento al que el médico comprobante está obligado a sujetarse ha sido *aceptado previamente por las dos partes contratantes*, es decir, por los directores de una parte y por los miembros de la sociedad de otra. A veces este reglamento exceptúa del tratamiento gratuito a ciertas enfermedades. Así algunas sociedades de socorros mutuos excluyen las enfermedades venéras; cierta fábrica se reservó el derecho de excluir «las enfermedades provenientes de la mala conducta, de los excesos o de otra causa anormal» (3).

Las *Compañías de ferrocarriles* van incluso más lejos. Tienen médicos nombrados para cuidar a su personal: cuando se les llama para que presten sus cuidados deben *indicar el diagnóstico* de la enfermedad y su duración probable» (4).

Resulta evidente de esta exposición que el médico comprobante, a la vez médico perito y médico tratante, está obligado al secreto *profesional* con relación a toda persona extraña a la dirección de la sociedad o de la compañía.

Pero, considerando el *secreto natural*, ¿está desligado del secreto con respecto a la dirección? ¿Puede suministrar a la dirección, *en virtud de contrato* aceptado de común acuerdo por los directores, los asociados y él mismo, los informes exigidos por el reglamento, y conducirse en esto como lo haría todo médico perito?

A nuestro parecer no ofrece dudas la respuesta *afirmativa*, puesto que los asociados han aceptado plenamente el reglamento, y quedan en libertad de dirigirse a otro médico. Tal es la razón que el Tribunal de apela-

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 171.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 510.
(3) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 105; Etienne Martin: *Précis de déontologie*, pág. 83.
El médico *comprobador*, del que hablamos aquí, es a la vez perito y tratante. Difiere, pues, considerablemente del patrono o jefe de empresa, del médico *visitador*, que por mandato *visita*, en los términos de la ley francesa del 8 de abril de 1898, en calidad de *simple perito* al obrero lesionado, víctima de un accidente (H. Verger: *Précis de déontologie médicale*, págs. 125 y sigs.).
(4) Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 100.

ción de Lyón ha hecho valer en su sentencia del 16 de junio de 1908 (1): «Considerando que *nada obliga* al obrero a someterse a la visita del médico y a reclamar el beneficio de las ventajas ofrecidas por el reglamento de la caja de seguros, pero que, *en caso de recurrir a ellas,* debe estar obligado a someterse a las prescripciones de este reglamento y dejar que el médico de la caja haga a la dirección de la fábrica las comunicaciones necesarias según el reglamento...»

En realidad el médico de una sociedad o de una caja de seguros no es *médico tratante* sino después de haber sido *médico perito.* Comienza por juzgar «si los reglamentos adoptados previamente por las partes son aplicables. Libre es el obrero de no reclamar las ventajas que le procure la sociedad de socorros mutuos si está en condiciones en las que puede serle perjudicial la divulgación de su enfermedad.

Pero, se dirá, el enfermo no es capaz de saber la afección que padece y sus consecuencias. Corresponde entonces al médico revelarle su mal y preguntarle si consiente en que se haga la declaración de acuerdo con los reglamentos de la sociedad, o bien si prefiere renunciar a las ventajas que ésta le ofrece y ser tratado con la prerrogativa del secreto» (2).

Si se trata de una *Compañía de ferrocarriles* la razón es mucho más poderosa: ésta necesita saber si sus empleados se hallan en estado de prestar servicio *sin comprometer gravemente la seguridad de los viajeros.* Ciertamente, el médico de la Compañía no puede permitir que un importante servicio de agujas esté, como ha ocurrido, a cargo de un epiléptico: el doctor Brouardel refiere, a este respecto, un hecho significativo (3).

§ 2. — Beneficiarios del secreto médico

470. Doble cuestión. — Después de haber expuesto las personas que tienen el *deber* de guardar el secreto médico, es lógico examinar las que tienen el *derecho* de beneficarse de él.

No hay por qué insistir en los enfermos que se someten a un *peritaje.* Ya hemos dicho que no tienen derecho al secreto profesional respecto a las personas que, en interés de la sociedad o en su propio interés, han provocado el examen: dentro de los límites de su misión, el médico examinador está obligado a decir toda la verdad a aquellos de quienes recibe el encargo. Así veremos más tarde (496, sig.) que el descubrimiento de la sífilis en la nodriza o en el niño puede suscitar al médico casos de conciencia muy delicados. Pero su línea de conducta está enteramente trazada cuando los padres exigen un examen previo y la nodriza consiente en él: desempeña entonces el papel de experto, y debe decir a los padres si pueden confiar su recién nacido con toda seguridad a la persona que se ofrece.

(1) *Se trataba* de la fábrica de que hemos hablado antes y que excluía las enfermedades procedentes de la mala conducta, etc.
(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* págs. 83 y sigs.
(3) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 101 y sigs.

Queda una *doble cuestión.* Hay motivo para examinar si *todos* los enfermos tienen derecho al secreto médico y si toda la familia debe beneficiarse de él; luego si *todos* los enfermos tienen este derecho en *toda circunstancia,* o si ciertas causas mayores autorizan al médico a no guardar el secreto profesional.

La primera cuestión, relativamente fácil, no nos detendrá mucho tiempo. No ocurre así con la *segunda,* que suscita problemas muy complejos. Las dificultades surgen por todas partes. En efecto, muchas causas pueden, con razón o sin ella, oponerse al secreto. Hay *causas aparentes,* por ejemplo la edad de ciertos enfermos o el estado de dependencia en que se hallan. Existen por el contrario *causas reales*: todas se reducen a los inconvenientes muy graves que la inviolabilidad absoluta del secreto profesional implicaría en ciertas circunstancias para la sociedad; para el enfermo y su familia; para un tercero que se convertiría injustamente, y por culpa del cliente, en víctima de un crimen o en víctima segura del contagio; incluso, en algunos casos más raros, para el médico depositario del secreto.

Por esto remitimos al párrafo quinto, que tratará de las *causas excusantes,* un estudio completo de esta segunda cuestión: aquí nos contentaremos con demostrar que *la edad del enfermo* y *el estado de dependencia* en que vive no relevan, *por sí solos,* al médico del secreto profesional, a menos que se trate de niños muy pequeños o de ancianos que no se encuentran ya en estado de gobernarse.

471. I. Propietario y beneficiario. — ¿Es el secreto médico el bien del enfermo *únicamente* o el de toda la familia? Para responder claramente a esta pregunta conviene, al parecer, distinguir al propietario y al beneficiario del secreto médico. Por lo general el enfermo es el único *propietario* del secreto de su enfermedad, pero los miembros de su familia, o por lo menos sus parientes más próximos, y especialmente sus descendientes, deben *beneficiarse* de él. De ahí derivan varias conclusiones que vamos a aclarar, situándonos únicamente, como siempre, *en el punto de vista del derecho natural.*

1. Propietario. — En el pleno sentido de la palabra, el enfermo no es *propietario* de su vida, de sus miembros, de su salud; pero es, *por derecho,* propietario del *secreto* de sus enfermedades *personales,* casi en la misma medida en que todo ser es propietario de su reputación y de su honor, que son bienes distintos de la persona humana y una especie de fruto de sus obras: *con la condición,* sin embargo, de conservar intacta la reputación, de la que tiene necesidad para cumplir sus deberes de justicia y caridad, no deshonrar a los suyos y no causarles un grave perjuicio. En este sentido es exacta la afirmación de que el secreto de determinada enfermedad, o mejor de determinado hecho médico, por ejemplo del estado de embarazo, es el *secreto personal* del cliente y como su bien propio.

Por consiguiente el médico no falta al secreto si habla al enfermo o a otros con su consentimiento, con tal que el enfermo haya tenido el derecho de consentir; en cambio la muerte del cliente no le desliga de su secreto.

1.° *Entre el médico y el enfermo* no podría existir secreto médico desde el punto de vista del derecho natural. El médico que dice al enfermo todo lo que descubre sobre la naturaleza, los peligros y el desenlace más o menos alejado de la enfermedad puede faltar a la prudencia, y faltar gravemente, pero no se le puede acusar de traición del secreto profesional (1).

2.° *Con la reserva* de no violar derecho alguno y de no atacar a la caridad, un enfermo *puede relevar* a su médico del secreto profesional: puesto que es propietario, hace uso de su bien. Por lo demás, tendremos ocasión de insistir sobre esta cuestión cuando enumeremos las causas excusantes.

3.° *El secreto de las enfermedades reputadas hereditarias,* tisis casi congénita, cáncer, epilepsia, alienación mental, no pertenece *exclusivamente* a tal o cual enfermo; es más bien propiedad *de toda la familia;* es un *secreto familiar* en el sentido propio. Si, por tanto, existe en una familia una enfermedad reputada hereditaria, el consentimiento de uno de los miembros no autoriza de ordinario al médico a hablar libremente y a manifestar, por ejemplo, al agente de una compañía de seguros de vida la naturaleza del mal que ha arrebatado a los abuelos, a los padres, a varios de los hermanos y hermanas.

4.° *Un difunto conserva el derecho* a sus secretos de salud, casi en la misma medida en que conserva el derecho a su reputación.

2. Beneficiario. — La familia está llamada a *beneficiarse* del secreto de determinada enfermedad, personal de uno de sus miembros, pero cuya revelación sería para los hijos del enfermo, por ejemplo, realmente perjudicial o justamente desagradable. En este sentido algo restringido el secreto es un *secreto familiar.* Igualmente el enfermo que se confía a un médico exige tácitamente para todos los suyos, y particularmente *para sus descendientes,* el secreto profesional. «El médico debe tener, pues, como secreto todo lo que puede ser perjudicial, no solamente al enfermo, sino también a su familia» (2).

(1) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 225; Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* pág. 67.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale et le secret médical,* pág. 70. El principio que acabamos de enunciar demuestra que el médico debe guardar el secreto profesional en el *caso siguiente.*

Comprobando que su novio y los hermanos de su novio tienen una salud bastante delicada, una joven teme que la tuberculosis sea hereditaria o casi hereditaria en la familia de la que tiene intención de formar parte. Para informarse, consulta al médico que ha cuidado en su última enfermedad al padre de su novio. El médico responde que el padre del joven ha muerto tísico.

El médico que da esta respuesta viola manifiestamente el secreto profesional. Su deber era guardar silencio sobre la enfermedad que causó la muerte de su cliente. A la joven que preguntaba, únicamente podía responder: «Si Vd. quiere informarse sobre la salud de su novio exija que antes del matrimonio se someta a un *examen médico,* practicado por cualquier médico que no sea el de la familia» «Gén.-Salsm.: *Cas. cons.,* caso 216).

Así, dado que el bien de la familia está en juego y que el secreto de las enfermedades es en cierto modo un secreto familiar, el enfermo no puede hablar siempre, y los herederos pueden hablar a veces.

1.° *El enfermo no puede,* por lo menos sin razón grave, manifestar por sí mismo o por otros determinada afección morbosa, por lo demás personal, que es posible tener secreta y cuya revelación causaría a sus próximos, y especialmente a sus hijos, un grave perjuicio.

2.° *Por el contrario,* si hay ventaja, y ningún inconveniente grave, en declarar la clase de enfermedad que ha producido la muerte, los herederos están más calificados que cualquier otro para presumir el consentimiento del difunto.

472. II. Edad y dependencia. — ¿Tienen *todos* los enfermos derecho al secreto médico *en cualquier circunstancia,* a pesar de su edad poco avanzada, a pesar de su estado de dependencia, a veces muy íntima, a pesar de las terribles consecuencias que a causa del estado de dependencia amenaza acarrear el silencio para con la familia, de las que las principales son la imposibilidad en que se halla el médico de dar cuidados útiles, de evitar un peligro algunas veces cierto de contagio, de prevenir las graves complicaciones y tal vez los crímenes que puede acarrear un embarazo ilegítimo?

Sólo estaremos en condiciones de responder plenamente a esta cuestión cuando tratemos de las *causas excusantes. Nos limitaremos* aquí a algunas indicaciones generales.

1. Niños. — No se puede obligar al médico a guardar el secreto profesional *para con los padres* si se trata de un *niño pequeño* que no tiene todavía, o que tiene apenas la edad de la razón; de un *anciano* que ha perdido el uso de sus facultades intelectuales; de una *muchachita* que, teniendo en cuenta su edad, es más bien una niña, pero a la que una perversidad precoz, o una desgraciada combinación de circunstancias, han puesto en una situación de las más delicadas.

«Recuerdo — dice el Dr. Brouardel — que siendo interno de Lorain examiné en consulta a una niña de *once años y cuatro meses* en la que reconocí un embarazo de cinco meses y medio. ¿Debíamos guardar el secreto para con la madre en este caso... en el que un parto podía acarrear tan graves complicaciones? Seguramente no; y Lorain no vaciló en decir a la madre que su hija estaba encinta» (1).

2. Adolescentes. — *Por lo regular* un muchacho de catorce años aproximadamente o más, así como una jovencita de la misma edad, educados en su familia o en un establecimiento escolar, y en plena posesión de su personalidad moral, tienen al parecer derecho (2) al secreto profesional con respecto al director o a la directora del establecimiento. Así pues, el médico callará si las confidencias del interesado o el examen corporal le llevan a descubrir prácticas solitarias nocivas a la salud, o incluso,

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 97.

(2) Decimos *parece:* pues de ordinario en los términos de la ley civil, y hasta de la ley eclesiástica (can. 89), los *menores* no tienen el pleno ejercicio de sus derechos.

en la joven, una incontinencia a dos que hasta entonces no ha tenido consecuencias. Dará por sí mismo los consejos morales necesarios y remitirá, si es posible, al médico del alma.

Pero, *circunstancias especiales* complicarán a veces su tarea. En ocasiones comprobará en el adolescente *afecciones venéreas,* cuyo tratamiento es imposible en el colegio o aun en la familia, sin saberlo los padres, y que por lo demás son extremadamente contagiosas; en la joven un estado de *embarazo ilegítimo,* del que la culpable no sospecha o cuya existencia por el contrario, conoce muy bien. ¿Qué hacer en estas circunstancias, en las que se trata de prestar cuidados útiles y de impedir una propagación *injusta* de un mal temible,. el deshonor de una familia, el aborto, el infanticidio?

En primer lugar el médico debe ponerlo todo en práctica, persuasión, compasión, ofrecimiento de intervención personal, amenazas de denuncia, para obtener que el menor, de uno u otro sexo, haga a sus padres confesión de su falta, o pida a su confidente que tome la iniciativa y apacigüe la cólera paterna.

Si todos los esfuerzos son inútiles, si tropiezan con una voluntad inflexible, si el joven o la joven rehusan obstinadamente advertir o dejar advertir a quien a ello tiene derecho, el médico recordará el principio que hemos ya propuesto (núm. **461**), y del que derivaremos más tarde las aplicaciones que contiene. Recordará que la ley moral releva al médico del secreto profesional, si la denuncia resulta ser el *único medio* de impedir, *por parte del enfermo,* una injusticia muy grave o un crimen odioso, como lo sería la infección del medio familiar o de los compañeros de colegio, la deshonra de toda una familia, el aborto o el infanticidio. Se considerará, pues, *autorizado,* cuando no obligado, a prevenir con todas las precauciones requeridas a los padres, cuya indulgencia implorará. Y si el joven o la joven está en una institución educativa pedirá a los padres que retiren de ella a su hijo. Si los padres rehusaran, tendría el derecho de preferir al bien particular el bien general, y, para atajar el peligro de contagio, de advertir al director o a la directora de la institución. Sin embargo, no imponemos al médico la *obligación* de recurrir a estos medios extremos (1).

3. CRIADOS. — Lo que acabamos de decir se aplica a los *criados.* De ordinario tienen derecho al secreto más riguroso. Pero este derecho cesa si, afectos de una enfermedad extremadamente contagiosa, y sobre todo de una enfermedad venérea, pretenden permanecer en la casa de sus amos ocultando su achaque y haciéndose así culpables de una injusticia muy grave. Si la denuncia es *indispensable* para evitar el peligro, el médico *puede* recurrir a ella como último recurso (infra, núm. **498**).

«Se ha discutido si es posible denunciar al dueño a una sirvienta en estado de embarazo ilegítimo, cuidadosamente disimulado, *para evitar* que recurra al *aborto.* Teóricamente estaría permitido recurrir a la denuncia,

(1) Los inconvenientes graves que teme para sí mismo, y los raros autores que mantienen, aun en esta clase de casos, el secreto profesional, le autorizan a callar.

a falta de otros medios, si se juzgara que ésta es *indispensable* y *eficaz:* no obstante será muy raro que, dadas todas estas condiciones, sea necesario hacerla» (1).

En resumen, *todos* los enfermos en *plena* posesión de sus facultades intelectuales tienen derecho al secreto profesional si una *causa excusante,* distinta de la edad y del estado de dependencia, no releva al médico de su obligación.

§ 3. — OBJETO DEL SECRETO MÉDICO

473. Cuestión por resolver. — Llegamos a una cuestión que ya hemos iniciado en varias ocasiones. Por esto conviene decir lo que ya sabemos sobre el objeto del secreto médico y lo que exige nuevas precisiones.

1. LO QUE YA SABEMOS. — El artículo V ha expuesto (núm. **462** y sig.) lo que puede ser materia del secreto natural, pero que *no entra* en el secreto profesional. El secreto médico *no comprende* lo que el médico descubre en el comercio ordinario de la vida; con ocasión del ejercicio de su profesión; a causa de este ejercicio, si se trata de una maniobra criminal, por ejemplo de una tentativa de envenenamiento dirigida contra la salud y hasta contra la vida de su cliente. Esta triple conclusión deriva, naturalmente, de la definición misma del secreto médico, que es un *secreto confiado* al médico como médico, con miras a obtener de él consejos, cuidados, atestados escritos, etc.

De esta misma definición hemos derivado ya otras tres conclusiones que han comenzado a establecer *lo que entra* en el secreto médico.

1.° *El secreto médico es un secreto confiado:* comprende por tanto lo que el enfermo declara al médico y todo lo que le *permite* descubrir por sus investigaciones personales. Por esto *Trébuchet* cae en un error al considerar exento del secreto médico a un práctico que, por el examen de las partes genitales y no por las confidencias de una mujer encinta, reconoce, sin que quepa duda alguna, una tentativa de aborto (2).

2.° *El secreto médico es un secreto confiado al médico como médico:* existe, por consiguiente aun cuando el enfermo no lo exija *expresamente* (nú-

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 139.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 65.

En opinión de *todos* los moralistas el secreto *profesional,* sea cual fuere, *es en toda su amplitud* una variedad, o mejor, un grado superior del «*secreto comisionado*». El secreto médico no es distinto. En *toda su extensión* el secreto médico es un *secreto confiado,* directa o indirectamente. No es posible, por lo tanto, establecer una distinción legítima entre lo que el médico ha *sabido* por las confidencias expresas del enfermo y lo que ha *sorprendido* por su investigación muda, su don de observación, su inteligencia, sus reflexiones; referir al secreto confiado lo que ha *sabido;* excluir del secreto confiado lo que ha *sorprendido* y lo que el cliente intentaba quizá ocultarle: por ejemplo una tentativa de aborto; el hábito vicioso de la masturbación; una sífilis de fecha antigua. Por el mismo hecho de que el enfermo *se abandona* a las investigaciones del médico y se entrega a su perspicacia, le confía *directamente* lo que le dice en términos formales; *indirectamente,* lo que no le dice y lo que el médico descubre por sus sagaces investigaciones. No confundamos el secreto *sorprendido* por fraude y el secreto *sorprendido* por legítimos procedimientos.

Por consiguiente llegamos a la conclusión paradójica, pero perfectamente exacta, de que el enfermo que consulta a un médico le confía hasta lo que se esfuerza en ocultarle.

meros 455 y 460). Sigue al ejercicio de la profesión como la sombra sigue al cuerpo; y el cliente no acostumbra a formular una petición expresa. «Así, yo que he ejercido la *medicina durante* veinticinco años, no he visto entrar nunca en mi gabinete a un enfermo que me dijera: «Vengo a confiarle tal cosa bajo el sello del secreto» (1).

3.° *Finalmente el secreto médico es un secreto confiado* al médico como médico con el objeto de obtener de él *uno de los numerosos servicios* que su profesión le permite prestar: existe, pues, en beneficio de un cliente que se somete al examen con el *único* objeto de obtener, para su uso personal, un certificado de salud o de *enfermedad*. El médico obra entonces como *perito*, pero sin ser el mandatario de una tercera persona: está obligado por tanto al secreto profesional sin restricción y *para con todos*. Este caso difiere en consecuencia del que hemos examinado anteriormente (núm. 469, 4).

2. Lo que hay que precisar. — Para completar las nociones adquiridas nos falta *precisar* la fórmula de que el médico debe callar *todo hecho directa o indirectamente médico a él confiado en el ejercicio de su profesión.*

474. I. Principio. — A menos de una justa causa que, *por excepción bastante rara*, le releve del secreto profesional, el médico debe *callar, no solamente* todo lo que oye y descubre en el ejercicio de su profesión, sin exceptuar nunca nada, *sino también todo* aquello cuya revelación puede ocasionar un *perjuicio real* o un *disgusto motivado* al enfermo o a su familia. No hay por qué distinguir entre lo que el enfermo *debía* decir para explicar bien su caso y lo que *podía* sin inconveniente alguno pasar en silencio: el secreto médico se refiere a todo lo que, *dicho de hecho* por el enfermo, o *descubierto por el médico*, no podría ser divulgado sin perjudicar a los interesados o causarles una legítima tristeza. Por consiguiente la gravedad de la indiscreción cometida es proporcional a la gravedad del *perjuicio* o del *disgusto* que puede resultar de ella.

Las diversas proposiciones contenidas en esta regla *se justifican* al parecer por la razón misma. El médico debe callar todo lo que el enfermo le confía bajo el sello del secreto. Ahora bien, el enfermo confía bajo el sello del secreto *aquello*, y en la práctica *aquello solamente*, cuya revelación puede ser, para él o para su familia, perjudicial o justamente desagradable (2). Creo que nadie acusará de violar el secreto profesional a un médico que, llamado a una hora avanzada por un rico cliente e interrogado al volver a casa por su mujer, responde que se trata de una torcedura (3), o de un ligero acceso de fiebre sin consecuencia alguna.

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, pág. 65.

(2) *Si el enfermo exigiera* el secreto por un hecho médico que sin inconveniente puede ser revelado, el médico estaría, como es justo, obligado al secreto profesional. A falta de una demanda expresa, el médico deberá callar todo lo que puede perjudicar o contristar razonablemente.

(3) Aun es posible una excepción. Un cliente que intenta concurrir a una carrera a pie puede tener algún interés en ocultar a sus competidores el esguince que ha sufrido. En el caso contrario, el ejemplo aportado por A. Perraud-Charmantier conserva su valor (*Le secret professionnel*, págs. 257 y sigs.).

Falta determinar ligeramente, sin pretender agotar la materia, *cuáles son* estos hechos médicos cuya manifestación amenaza causar al enfermo o a su familia *perjuicio real* o *legítimo disgusto*.

475. II. Aplicaciones. — Para evitar al enfermo o a su familia un perjuicio seguro o probable, o por lo menos un disgusto muy fundado, el médico debe callar *particularmente*, a menos de causa excusante, la naturaleza de ciertas enfermedades, su gravedad particular, las circunstancias comprometedoras que han acompañado sus comienzos o su desarrollo, el hecho de un embarazo y de una maternidad ilegítimos, así como las prácticas criminales a que se han entregado la madre o su familia.

1. Naturaleza de la enfermedad. — 1.° *En primera fila* de las enfermedades que reclaman el silencio es preciso colocar a las afecciones sifilíticas, o más generalmente las afecciones venéreas, tan justamente denominadas, en razón de su origen más ordinario, *enfermedades secretas*, o también *enfermedades vergonzosas:* tales vocablos expresan suficientemente que no podrían ser reveladas sin causa justa.

Las enfermedades *contagiosas* exigen también el secreto, si un motivo urgente no autoriza a revelarlas.

2.° *Por lo mismo, el más riguroso secreto* debe ocultar las enfermedades reputadas *hereditarias:* tisis, cáncer, epilepsia, alienación mental. Su revelación sería grandemente perjudicial para los intereses de los hijos. «Suponed a un padre de familia que tuviera hijos por casar. Si ha habido casos de tuberculosis, de epilepsia o de alienación entre los suyos, desea que este hecho sea mantenido secreto, y el médico no debe revelarlo a nadie absolutamente» (1).

3.° *Es preciso decir otro tanto* de las enfermedades personales que, como la diabetes y la albuminuria, pueden algunas veces prolongarse largo tiempo, o incluso curar, pero que tienen la reputación de ser *rápidamente mortales*. «Decir que una persona está afecta de una de estas enfermedades es excluirla de todos los empleos que pueda ambicionar», o por lo menos entorpecer su legítimo progreso en la carrera que ocupa (2).

2. Gravedad de la enfermedad. — Puede acontecer que una enfermedad de ordinario benigna sea, a causa de los antecedentes personales del sujeto, y especialmente del alcoholismo, relativamente grave. Para evitar toda explotación culpable o interesada de las revelaciones que se hicieran, el médico se guardará cuidadosamente de toda indiscreción. Sólo lo comunicará, como es debido, a la familia. Asimismo si para que el enfermo no sea sorprendido por la muerte cree su deber decir la verdad a la familia, no es en absoluto responsable de los abusos que sus legítimas confidencias pudieran ocasionar. Por consiguiente no se podría recriminar *en sí* la conducta de Legrand du Saulle en el hecho siguiente: «Dos hermanos van a consultarle. Uno de ellos, entrando primero en su gabinete, le explica que su hermano ya no es el mismo, que su comportamiento, su

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 66.

(2) *Ibid.*, pág. 66.

humor y su carácter han cambiado... A continuación Legrand du Saulle examina al enfermo y, al despedirle, dice a su primer interlocutor: «Su hermano tiene un comienzo de parálisis general y no vivirá más que unos tres años.» Inmediatamente el hermano sano hace contratar al enfermo un seguro de vida de 100.000 francos, del que, efectivamente, recibe los beneficios tres años después» (1). Tal vez es algo imprudente precisar de tal modo, pero no hay ni violación del secreto profesional, ni cooperación a una injusticia que el médico no sospecha.

3. Circunstancias de la enfermedad. — El médico callará todas las circunstancias que pudieran comprometer el honor del enfermo o introducir la discordia en un matrimonio: por ejemplo la casa en que el cliente no hubiera debido estar cuando se le encuentra afecto por un ataque de cólico o de apoplejía. Callará igualmente los detalles que, con mayor o menor certidumbre, acusaran al mismo cliente de ser el autor de un crimen, o incluso de un delito, aunque fuera un delito de caza. Por último callará las condiciones en que el herido ha sido víctima de una tentativa de asesinato si las circunstancias del atentado se vuelven contra el cliente y pueden desunir a la familia. «Así, un sujeto recibe dos balas de revólver en el curso de una escena de celos con su querida. En su casa cuenta que ha sido asaltado por malhechores. Llama a su médico, quien advierte en su actitud la falsedad de su relato: hay que confesar la verdad. Al salir de casa de su enfermo, indignado por la conducta de la querida, se dirige al comisario de policía y le cuenta la tentativa de asesinato cometida en su barrio. El asunto se ha visto en los tribunales. La denuncia del médico ha tenido consecuencias muy desagradables: ha llevado la discordia al hogar de su cliente cuando, por el contrario, su deber profesional le exigía escucharlo todo y no revelar nada» (2).

4. Embarazo y maternidad ilegítimos. — Salvo razón mayor que le autorice y hasta le obligue a hablar, el médico guardará el más completo silencio sobre un embarazo ilegítimo que ha conocido en el ejercicio de sus funciones; sobre un parto clandestino; sobre un aborto provocado o un infanticidio cometido después de un nacimiento regular. Si combate con todas sus fuerzas, como está obligado a ello, las prácticas abominables de ciertas comadronas, debe cumplir su deber «de modo que su revelación a la justicia sea hecha en tiempo y condiciones que no puedan comprometer a ninguna de las mujeres que ha cuidado, de las que ha recibido confidencias, o de las que ha sorprendido el secreto» a causa «de sus funciones» (3).

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 67 y 68.

Después de haber relatado también este hecho, el Dr. Hubert: *Le devoir du médecin*, número 97, pág. 104, termina su relato con estas palabras: «Tres años después el hermano mayor percibía el producto de *su robo*». Sobre lo que J. Salsmans *(Ibid.*, nota 27) hace esta reflexión muy breve: «La injusticia habrá consistido en las declaraciones inexactas a la Compañía de seguros».

(2) Dr. Brouardel, *loc. cit.*, págs. 74 y sig.

(3) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 74; Dr. P. Legendre: *La vie du médecin*, pág. 330, 1931.

Con motivo de una maternidad *ilegítima* y de un parto clandestino, el Dr. E. Hubert se propone la *siguiente cuestión*, que resuelve según la ley civil de su país, la ley belga, y la equidad:

«Para el hijo nacido fuera del matrimonio, ¿*puede* el médico, excusándose en el secreto profesional, mantener oculto el nombre de la madre?

En Francia el médico no *debe* ni *puede* dar el nombre de la madre. En Bélgica *debe* hacerlo...

Si la ley belga exige el nombre de la madre, la *equidad* lo reclama también. Negándonos a darlo nos hacemos cómplices de una *injusticia* flagrante. No puedo aceptar que para salvaguardar, ora intereses pecuniarios, ora el honor averiado de una mujer, el médico se coligue con ella contra un inocente para ocultarle su origen y frustarle todos los derechos naturales que derivan de la filiación» *(Le devoir du médecin*, págs. 86 y sigs.).

¿Qué pensar de esta solución desde el doble punto de vista del derecho *natural* y del derecho *civil*?

1.º Derecho natural. — En este caso, el derecho natural no releva al médico del secreto natural. Por lo menos no le releva *siempre*.

2.º Derecho civil. — Si la ley civil exige el nombre de la madre, el médico *puede*, en conciencia, conformarse a ello: fundada en una grave razón, la ley es justa. Pero ¿*debe* someterse a ella? Aquí los moralistas no están de acuerdo. *Noldin* responde *afirmativamente* y sin distinción *(De praeceptis*, núm. 669, nota). *J. Salsmans* distingue. «No nos atreveríamos a *obligarle* a ello sino en los casos en que la declaración del nombre de la madre es el *único medio* de asegurar los intereses temporales, y sobre todo espirituales, del hijo» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, pág. 88, nota 23).

Sobre la ley *francesa* véase A. Perraud-Charmantier: *Le secret professionnel*, págs. 202 y siguientes.

(1) Dr. Morache: *La profession médicale*, pág. 224.

Estas diversas aplicaciones y el principio de que derivan nos muestran con bastante claridad que si el *hecho de haber cuidado* a un enfermo no entra *por sí mismo* en el secreto profesional, puede no serle extraño *en ciertos casos*. Es indirectamente objeto del secreto médico cuando por sí solo manifiesta, o por lo menos insinúa, la naturaleza de los cuidados prestados y por tanto la enfermedad que debía mantenerse secreta. «¿Dirá tal especialista de las vías urinarias, por ejemplo, que ha cuidado al señor X? Fatalmente y con lógica se inferirá que el señor X está afecto de una enfermedad de los órganos génitourinarios. Una comadrona reconoce que ha sido llamada de noche a casa de la señora Z. Será difícil que no se sospeche un parto o un aborto, y ciertamente la señora Z quedará comprometida» (1).

§ 4. — Maneras de violar el secreto

476. Cuatro maneras. — La ley del secreto, sea cual fuere, prohibe *inquirir* por medios ilícitos los secretos de los demás; *manifestar*, sin causa justa, los secretos que se han conocido por la casualidad, por la investigación personal, por confidencias recibidas; *servirse* injustamente de los secretos de los demás, y particularmente servirse de ellos, sin razón suficiente, *contra los intereses* de quien os ha constituído depositario de sus secretos íntimos.

Si aplicamos al secreto médico este principio de derecho natural, encontramos que el médico puede faltar al secreto debido a sus clientes de *cuatro maneras:* por investigación indiscreta, por revelación directa, por revelación indirecta, por uso injustificado e injusto de la ciencia adquirida.

Vamos a explicar este *cuádruple modo* de violar el secreto profesional, y por ello, declarar lo que el médico debe evitar.

477. I. Encuesta indiscreta. — El médico puede y debe inquirir, por todas las vías lícitas, los *antecedentes personales* de sus enfermos; sabe muy bien que estos antecedentes influyen, de consuno con la herencia, el medio y el elemento moral, en el curso de la enfermedad que se combate, y por tanto en el tratamiento que debe seguirse. Pero existen inquisiciones indiscretas, imprudentes, ilícitas, porque hacen saber *sin necesidad* a un tercero, o por lo menos dejan sospechar, un pasado que había de mantenerse secreto. En este sentido, referimos el hecho siguiente que, en nuestra opinión, es un ejemplo muy neto de encuesta *insuficientemente motivada*, y constituye una violación de buena fe, pero una violación del secreto profesional.

«*Un fondista alcohólico* cae y se rompe una pierna. Llama al médico del pueblo, con el que desde hacía tiempo se hallaba en malos términos. Se hace la cura, y al cabo de tres meses aun no hay consolidación. En un viaje a París el médico va a los hospitales, habla de su caso con Terrier y Périer, quienes le recuerdan que a menudo la consolidación se efectúa muy tardía y difícilmente en los alcohólicos, diabéticos, albuminúricos y sifilíticos. Al ver de nuevo a su enfermo se encuentra en la imposibilidad de hablarle a solas, pues la mujer se encuentra siempre al lado de su marido. Con objeto de poder aplicar una medicación general racional interroga a un amigo de su cliente y le dice que procure informarse de si por casualidad su amigo ha padecido sífilis. Al día siguiente es muy mal recibido por el enfermo y su esposa, que intentan perseguirlo en justicia. El médico fué condenado por violación del art. 378 a 25 francos de multa y a 200 francos de daños y perjuicios» (1).

Desde el punto de vista del derecho natural, el error del médico es el de haber recurrido a un *modo* de investigación justamente desagradable para el enfermo, y que no estaba justificado por una *necesidad urgente*. No había peligro en la demora, y los análisis y hasta los hábiles interrogatorios hechos delante de la esposa podían haber eliminado la albuminuria, así como la diabetes, y hecho presumir la sífilis.

478. II. Revelación directa. — Hay *revelación directa* y *culpable* si el médico, *aun sin intención de dañar* distinta de la intención de revelar, da a conocer *voluntariamente*, con indicación expresa o equivalente de la persona, el hecho médico (2) cuya manifestación puede ser *perjudicial*, moral o materialmente, al interesado o producirle un *justo disgusto*.

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 81 y sigs.

(2) El médico puede a veces pagar muy caras las indiscreciones cometidas en el *hogar doméstico*. El Dr. Le Gendre cita a este propósito el tropiezo de un colega inglés, y no de los menores.

«En 1896 el célebre tocólogo de la reina, Playfair, fué llamado en consulta cerca de la señora Kitson, a la que practicó un raspado que demostró restos placentarios. Al volver a su casa dijo a su esposa: «¿Sabes, querida, que esta señora Kitson, que, según creo, pertenece a tus relaciones, acaba de sufrir un aborto, y su marido está ausente desde hace un año? ¡Qué escándalo!» Lady Playfair criticó en sus charlas el incidente, y la reputación de la señora Kitson se resintió considerablemente. Viéndose difamada, esta señora procesó al célebre tocólogo inglés, que fué condenado a pagar 300.000 francos de daños y perjuicios. Los tribunales ingleses son mucho más severos que los nuestros. El Dr. Playfair pagó, pero juró que nunca más contaría a su mujer las miserias de su clientela» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, págs. 461 y sigs., 1931).

Por lo demás, sin dejar de ser reprensible, esta manifestación se hace, en la práctica, de muchas maneras: por *intemperancia de lenguaje* a colegas que no cuidan al enfermo (1); a cualquiera, para facilitar el servicio en un *hospital*, servicio que, desde luego, podría asegurarse por otro medio (2); a los amigos y hasta a los periódicos por indiscretos *boletines de sanidad* que exasperan al enfermo si tiene conocimiento de ello, y que a veces le llevan a despedir a todo su personal médico (3); a un grupo de discípulos, a los que se explica en presencia del paciente, y con un lujo de detalles cruelmente precisos, un «*caso clínico*» (4); al público en general por la *publicación de observaciones* en las que el nombre de los enfermos, y hasta su domicilio, se leen con todas sus letras (5).

Un poco de discreción se conciliaría con las exigencias del secreto profesional: la intimidad tan natural entre colegas; la buena marcha de un hospital; la legítima curiosidad de los amigos; la formación de los discípulos; el progreso de la ciencia.

479. III. Revelación indirecta. — La revelación es indirecta si la persona del enfermo no está indicada en términos expresos, pero *corre el riesgo* de ser conocida con gran perjuicio o disgusto del mismo. «Así un médico de Dôle ha publicado la observación de una señora alienada; no indicaba el nombre, pero ciertos detalles y alusiones *no permitían confundir* la identidad de la enferma. Fué condenado por violación del secreto médico» (6).

Supongamos detalles menos circunstanciados y alusiones menos transparentes: hay todavía violación del secreto, pero *indirecta*. Inútil es decir que la revelación indirecta no es tan grave como la revelación directa; desde el punto de vista moral puede ser sólo una falta ligera, especialmente si no hay más que un *peligro lejano* de dar a conocer al interesado.

480. IV. Uso injustificado. — Finalmente el médico viola el secreto profesional cuando, sin manifestar *de ningún modo* el hecho médico

(3) *Ibid.*, pág. 108.

(4) Dr. Mórache: *La profession médicale*, págs. 242 y sigs. Si bien no hay *violación formal* del secreto, puesto que los estudiantes son como los ayudantes del médico, hay imprudencia y crueldad.

(5) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 87 y sigs.; 107.

(6) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 107.

y la persona del enfermo, se sirve *indebidamente* de los conocimientos adquiridos para *perjudicar*, con buena o mala intención, los intereses de su cliente. «El derecho del cliente implica esencialmente, no sólo que no se revelará su secreto, sino que tampoco se servirá de él *contra sus intereses*» (1).

Después de haber cuidado a un joven perfectamente honrado, pero afecto de una neurastenia bastante avanzada, *aunque no incurable*, un médico se entera, con gran disgusto suyo, de que el joven quiere casarse con la hija de su mejor amigo y ha obtenido ya el consentimiento. Temiendo un matrimonio desgraciado, recoge sobre el carácter extraño del novio todos los informes que puede obtener y los transmite al futuro suegro, sin decir que lo sabe por confidencias del interesado. Alarmado con estas noticias, el padre de la joven renuncia al matrimonio proyectado. En este caso no hay revelación directa ni revelación indirecta; pero se debe condenar este *uso ilícito* del secreto médico.

§ 5. — Causas que desligan del secreto

481. Cuestión por resolver. — Hemos expuesto (núm. **461**) las causas que a veces se designan con el nombre de *causas excusantes*, es decir, las causas que, respecto a la ley moral, desligan en ciertas circunstancias del secreto confiado, y hasta del secreto profesional, a un hombre de conciencia, de deber y de honor.

Cuando existen, estas causas relevan del secreto confiado porque hay entonces un *mayor bien* en hablar que en callar. Por otra parte hemos visto que se reducen al legítimo consentimiento del interesado; al interés común, y por tanto a la autoridad de la ley civil, que, si es justa, interpreta este interés; al interés de un tercero, víctima inocente de los injustos manejos de quien ha confiado el secreto; al interés real del mismo que, bajo el sello del secreto, se ha confiado a otro; además, en circunstancias excepcionales, al interés personal de quien ha recibido las confidencias.

Ha llegado el momento de aplicar al secreto médico estos principios, admitidos por *todos* los moralistas. Intentaremos aclarar bien los dos puntos siguientes: *primero*, la legitimidad de estas causas excusantes, con tal, sin embargo, de que se realicen ciertas condiciones; *luego*, los casos principales en que intervienen, cumplen todas las condiciones requeridas, y por tanto relevan al médico del secreto médico.

Los intérpretes más autorizados del *derecho civil* francés estiman que exige del médico un secreto absoluto o casi absoluto. No les contradecimos, puesto que nos situamos *en un punto de vista completamente distinto*, desde el punto de vista del *derecho natural*, que asigna límites al secreto médico (2).

(1) Mouréau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 115.

(2) Así, en las páginas que siguen, tratamos de resolver *dos cuestiones*. Intentamos exponer: 1.º, lo que el médico *debe pensar* para estar en lo cierto relativamente al derecho natural; 2.º, lo que *debe hacer* prácticamente si en materia del secreto médico la ley de su país es *más rigurosa*, o, por el contrario, *menos estricta* que la ley moral.

1.ª Consentimiento del enfermo

482. I. Legitimidad y eficacia de esta primera causa excusante. — El consentimiento del cliente, con tal de estar revestido de *ciertas condiciones*, desliga realmente al médico del secreto profesional. Autorizado a hablar libremente, el médico se *inspirará en las circunstancias* y en las reglas de la prudencia; luego decidirá si hay motivo para usar de la facultad recibida.

1. Verdadera causa excusante. — Consultando el derecho natural, el cliente puede, *sin duda alguna*, renunciar al beneficio del secreto y permitir al médico que diga lo que sepa.

Según la ley moral, en efecto, toda persona que ha confiado un secreto queda libre, en ciertas condiciones, de relevar de él al depositario (número **461**, 1). De todas maneras, no hay *ninguna razón para exceptuar* al secreto médico de una regla que se aplica a todo secreto, *aun al secreto* más riguroso de todos, al secreto de la confesión: el secreto de la confesión excluye únicamente el consentimiento *presumido*.

A. *Lo que debe pensar.* — Para hallarse en lo cierto respecto al *derecho natural*, el médico debe reconocer que el secreto médico no es *absoluto*, sino *relativo*.

1.º Moralistas. — Es la opinión de todos los moralistas que se sitúan en el punto de vista de la ley moral. Las páginas que siguen tienen por único objeto declarar sobre este punto la *doctrina común*.

Además los moralistas deploran la tendencia actual a extender *«más allá de sus justos límites»* el rigor del secreto profesional (A. Vermeersch: *Th. Mor.*, II, núm. 699, 1, b). J. Salsmans es particularmente explícito. En su opinión, hay motivo para esforzarse en *reducir a sus límites razonables* la severidad, *exagerada y nociva*, con que muchos médicos, y algunos teólogos, comprenden el secreto de la profesión» (*Cas. cons.*, cas. 217).

2.º Médicos. — Entre los médicos más concienzudos los hay, sobre todo fuera de Francia, que atacan con singular vigor la tesis del secreto médico *absoluto*.

He aquí, por ejemplo, cómo se expresa el Dr. *E. Hubert* en sus lecciones de deontología médica profesadas en la Universidad católica de Lovaina:

«¿Se trata de un secreto *absoluto*, que debe guardarse siempre, pase lo que pase, a pesar de todo, como se ha intentado sin razón hacerlo decir a Hipócrates? No lo creo así, y opino con Molière:

Que la meilleure chose on la gâte souvent:
A la vouloir outrer et pousser plus avant.

El mismo Código (Código belga) prevé excepciones y las especifica...

Al lado del Código, la *conciencia* tiene también excepciones y salvedades. No son tan raras las circunstancias en las que hablar es un mal menos grave que callarse. Entre dos males debo poder escoger el menor, y desde el momento que advierto que para guardar el secreto debo cometer una mala acción, no me siento ya obligado al silencio». (*Le devoir du médecin*, págs. 77 y sigs.).

B. *Lo que el médico puede y debe hacer.* — Lo resumimos todo en las *dos reglas* siguientes:

1.º Si la ley civil es *más rigurosa* que la ley natural, y por lo tanto no reconoce las *excepciones* del derecho natural, el médico está autorizado a conformarse a ello, aunque sólo fuera para evitar penas a veces muy graves y conservar la confianza de sus clientes.

2.º Si por el contrario la ley civil es *menos estricta* que la ley moral, o, más exactamente, si en nombre del interés común, y por causa justa, releva en ciertos casos al médico del secreto profesional, el médico *puede* sin duda alguna y, regularmente, *debe* observarla.

Estas dos reglas no son contrarias al principio cierto: el derecho civil no puede *abrogar* ni *derogar* el Derecho natural.

Se objeta que el enfermo no podría relevar al médico de un secreto que él mismo *ignora* de ordinario. No releva al médico sino de lo que el médico le ha dicho. Ahora bien, muy a menudo y para no asustar al cliente, el médico le ha ocultado una parte de la verdad, y precisamente la más secreta. Ha pronunciado, por ejemplo, las palabras de dispepsia o de reumatismo intestinal, cuando se trata precisamente de un cáncer del estómago. El consentimiento del enfermo se refiere, pues, a la *verdad relativa* de él conocida, y no puede extenderse a la verdad *absoluta* conocida únicamente por el médico (1).

Nada más justo que este razonamiento. Pero demuestra *solamente* que el enfermo no *siempre* puede dar un consentimiento válido. Su autorización no vale si no advierte su alcance. Puede, pues, en *dos circunstancias* desligar al médico del secreto profesional: *primero,* cuando conoce exactamente este secreto; *luego,* cuando sin conocerlo concede al médico toda la libertad de hablar, sea cual fuere la naturaleza del mal.

Se insiste en nombre del interés general: el enfermo, aunque conociera el exacto alcance de su autorización, no podría relevar al médico de un secreto que es de *orden público* (2).

Hay en esto, desde el punto de vista del *derecho natural,* un *equívoco* que conviene aclarar. Un secreto puede ser de orden público de *dos maneras* muy diferentes: primero, por la naturaleza, o, en otros términos, por el mismo *objeto* de lo confiado bajo el sello del secreto, objeto que, a causa del bien público, debe quedar siempre oculto; luego por el *fin* al que tiende la obligación del secreto, fin que es la salvaguardia, no sólo del interés privado, sino también del interés general.

Considerando no el derecho civil sino el derecho natural, el secreto es de orden público *por su objeto,* por su contenido, si el bien público exige que la *cosa confiada* bajo el sello del secreto permanezca *siempre* secreta *por estar ordenada* para el bien del Estado. En este caso el que ha confiado el secreto no tiene la facultad de relevar de él. Así el inventor de un nuevo y muy eficaz medio de defensa nacional no puede, después de haber confiado su secreto al jefe del gobierno, desligarlo de sus compromisos y autorizar una divulgación muy perjudicial al bien público: aquí la salvación de todos requiere imperiosamente un silencio absoluto.

Por el contrario, el secreto es de orden público *por su fin,* y no por *su objeto,* si, para asegurar a todos la plena libertad de las confidencias necesarias, el bien público exige que la cosa, dicha bajo el sello del secreto y encaminada de modo directo para ventaja de los particulares, quede inviolablemente secreta *en tanto una causa justa no permita su manifestación.*

Desde el punto de vista de la ley natural, el secreto médico no es de orden público sino *en este sentido restringido.* En realidad nace de un cuasicontrato bilateral entre el médico y el enfermo. Sin duda este cuasicontrato es de orden público *por su fin:* el bien general exige que el médico no pueda hablar libremente sin justo motivo. Pero es de orden privado *por su objeto:* el bien público no exige que las enfermedades de los particulares se mantengan *siempre* secretas. Nada se opone, pues, a que el cliente releve a su médico del secreto profesional (1).

Añadamos, sin embargo, que la ley civil puede, *con miras al bien común,* restringir los derechos de los enfermos y de los médicos. Si la ley civil de tal o cual país prohibe, pues, recibir *en justicia,* sobre hechos conocidos a causa de la profesión y confidenciales, la deposición de los confidentes necesarios, el enfermo está obligado a respetar una ley que no es manifiestamente injusta. Por consiguiente no tiene la libertad de consentir en que su médico deponga a su favor ante los tribunales: no puede *para ello* relevarle del secreto médico (2).

2. CONDICIONES REQUERIDAS. — Para ser válido, el consentimiento del enfermo debe estar revestido, en este como en cualquier otro asunto, de *ciertas cualidades,* es decir, ser a la vez legítimo y plenamente libre.

1.° *Legítimo.* — El consentimiento será *legítimo* si recae sobre un secreto que pertenece enteramente al enfermo, y cuya revelación no produzca a nadie un perjuicio injusto o ilícito. Por lo tanto el cliente no podría de ordinario autorizar a su médico a revelar una enfermedad hereditaria, y no puede, por lo común, permitir la manifestación de una en-

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 82 y sigs.; 159.

(2) *Ibid.,* págs. 84 y sigs.; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 260, 1920; pág. 333, 1931; págs. 344 y sigs., donde el autor admite resueltamente la tesis del secreto médico relativo.

En el fondo, André Perraud-Charmantier, que se sitúa en el punto de vista del *derecho civil,* no da del *orden público* y del orden público *relativo* una noción *esencialmente* diferente.

1.° El secreto médico es de *orden público,* porque va a «salvaguardar la salud pública», a «asegurar la confianza que debe inspirar la profesión médica» y a garantizar el honor y tranquilidad de las familias» *(Le secret professionnel,* págs. 165, 111, etc.).

2.° No es de orden público *absoluto.*

«No se podría limitar con bastante exactitud la *naturaleza* del orden público de que se trata. Se habla de orden público para *extender* la noción del secreto profesional, salvaguardia de la concordia pública, de la tranquilidad de las familias, del honor de las grandes profesiones. Se habla también de él para *restringir* esta misma noción: defensa de la sociedad contra ciertas enfermedades, necesidad de mantener la obligación del testimonio en justicia. ¿En estas condiciones no puede tratarse de algo más que de orden público *relativo?*» *(Le secret professionnel,* págs. 230 y sigs.).

(1) Ni la *naturaleza* ni el *fin* del secreto médico excluyen toda excepción. J. Salsmans lo demuestra bastante claramente en una de las notas que ha añadido al opúsculo del Dr. E. Hubert, reeditado por sus cuidados en 1926.

«Para resolver las dudas sobre el alcance del secreto profesional, hay que considerar su *razón intrinseca.* El *bien común* exige que se puedan *recibir socorros médicos sin temor de indiscreción.* Por lo tanto, el secreto es en ventaja y según la voluntad del *cliente.* Todo lo que el médico sabe *a causa del ejercicio de su profesión* entra en el secreto, *a menos que el cliente consienta o debiera razonablemente consentir en un uso determinado.* En esta fórmula se comprenden los casos en que tal uso del secreto es legítimo *en conciencia:* por un perjuicio muy grave injustamente causado por el mismo cliente a un inocente, o por el bien común, o por la ley civil (según la cual se interpreta subsidiariamente la discreción convenida con el cliente). Es evidente que en estas circunstancias el bien común no exige la observancia del secreto...» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* pág. 77, nota 20).

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médic,* etc., págs. 64, 72, 83 y sig.; 87, 89, etc.; el canon 1.755, § 2, 1.°, exime a los médicos, etc., interrogados por el juez eclesiástico, de la *obligación* de responder.

fermedad, personal sin duda, pero vergonzosa, y cuya vergüenza recaería sobre sus hijos (1).

2.° *Plenamente libre.* — El consentimiento del cliente será, en el caso, *plenamente libre* si es dado con conocimiento de causa, y por tanto por un individuo que no ignora el mal de que está afecto, o que por lo menos consiente en la revelación de su estado de salud, sea cual fuere.

No exigimos una autorización *escrita,* pero el médico avisado la pedirá, sobre todo «si prevé que puede ser llevada a los tribunales» (2).

3. *Prudencia en la práctica.* — Aunque fuera ciertamente válida, la autorización dada por el enfermo no dispensa al médico de consultar las *reglas de la prudencia.* Persistirá, pues, en su silencio si teme más inconvenientes que espera ventajas: por ejemplo, si teme indiscreciones que amenazarían agravar notablemente el estado del paciente. El peligro nada tiene de quimérico. «Los casos de muerte súbita o rápida a continuación de la revelación imprudente de un aneurisma, de una enfermedad cardíaca, de una inminencia apoplética, no son absolutamente raros» (3).

483. II. Casos principales. — Es imposible pasar revista a *todos los casos* que pueden presentarse, y que autorizan al médico tratante, o por el contrario no le autorizan, a dejarse relevar por el cliente del secreto profesional, y a hablar con toda libertad.

No obstante hay motivo para examinar *tres casos particulares* más difíciles: los certificados que deben suministrarse con objeto de un seguro de vida; los certificados que han de entregarse a las compañías de seguros sobre la causa de la defunción; las deposiciones provocadas en justicia por el cliente y favorables a sus intereses.

¿Puede y debe el médico *tratante,* en estas tres circunstancias, decir lo que sabe después de haber sido relevado del secreto profesional?

484. III. Certificado con objeto de un seguro de vida. — Las Compañías de seguros de vida tienen gran interés en que los asegurados mueran lo más tarde posible y en que paguen durante el mayor tiempo posible su prima de seguro anual. Por esto, no contentas con exigir del postulante informes muy detallados sobre todo lo que puede servirles para calcular las probabilidades de longevidad, piden habitualmente, en el momento del seguro, la intervención de dos médicos: el *médico de la Compañía,* que examina al candidato y desempeña por consiguiente el papel de perito; y el *médico tratante,* al que se le ruega que suministre, con la autorización del postulante, un «*certificado* relativo a la constitución, los achaques, los *antecedentes de familia* de su cliente, sus enfermedades, etc.» (4).

(1) Dr. Brouardel, págs. 154 y 162.
(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 117.
(3) Legroux, en P. Brouardel: *La responsabilité médic,* etc., pág. 156; véase también págs. 67 y sig.
(4) Legroux, en P. Brouardel: *La respons. médic,* etc., págs. 154 y sig.

Ya hemos dicho que el médico elegido por la Compañía, y que obra en su nombre, no está obligado al secreto médico con respecto a ella (número **469,** 4).

La única cuestión que se plantea es, pues, la siguiente: después de haber sido desligado del secreto profesional por el candidato, ¿puede el médico tratante, *teórica* y *prácticamente,* expedir un certificado en el que consigne con entera sinceridad todo lo que sabe?

1. En teoría. — Según la exposición que precede (núm. **482**), el médico *sólo tiene derecho,* aun desde el punto de vista teórico, a redactar el certificado pedido si el postulante le ha desligado del secreto profesional por una autorización *plenamente válida,* es decir, legítima y dada con conocimiento de causa.

Por consiguiente, unas veces puede y otras no puede extender el certificado que reclama la Compañía.

1.° *Puede suministrarlo* si el cliente, indemne de toda enfermedad hereditaria o vergonzosa, y exactamente informado sobre su estado de salud o decidido a correr los riesgos de una sorpresa, consiente en que el médico diga la verdad en todos los casos, aunque hubiera cierto peligro de que le fuera desfavorable e indujera a la Compañía a rehusar el contrato.

2.° *No puede darlo* si el cliente está afecto de una enfermedad hereditaria o vergonzosa, o también si no conoce el alcance de la autorización que concede, o bien si, sabiéndose afecto de una enfermedad personal, no consiente en que se haga mención de ella y no permite a su médico más que un *certificado de complacencia.*

Se comprende por lo tanto cuán delicada es, *aun en teoría,* la situación del médico que resulta ser *a la vez* médico de la Compañía y médico del postulante. Sólo puede revelar a la Compañía los secretos de salud de su cliente si éste rechaza a cualquier otro examinador, o está afecto de una enfermedad que un ojo, por poco ejercitado y atento que sea, deba descubrir con seguridad.

2. En la práctica. — En la práctica el médico tratante no extenderá nunca el certificado exigido por las Compañías de seguros de vida: se negará a ello constantemente, cualquiera que sea el estado de salud del candidato. Desde luego, no lo dará *nunca* por el sencillo hecho de que no podría darlo *siempre,* y porque una negativa, después de una serie de certificados favorables concedidos por él, equivaldría al más desfavorable de los certificados, y por tanto contendría una violación indirecta del secreto profesional: la Compañía sospecharía con buen derecho una grave enfermedad, hereditaria o personal.

Así pues, el *único medio práctico* de no traicionar *nunca* el secreto médico es el de rehusar *siempre* el certificado pedido. Añadamos, con Legroux, que el médico tratante *corre el riesgo de ser clarividente con exceso,* de perjudicar a su cliente con una revelación intempestiva, de formular sus conclusiones pesimistas. «Cuantas veces — dice — estaremos en el caso de revelar tal o cual enfermedad, cuya existencia únicamente conocemos nosotros, por cuanto la hemos *sorprendido,* por así decirlo,

en el estado incipiente, cuando no hay ningún trastorno funcional apreciable por el que pueda preverse el desarrollo ulterior. Supongamos que, por una indiscreción del cliente mismo, éste llegara a conocimiento del certificado que, bajo sobre, tuviéramos la torpeza de poner en sus manos, o que un empleado de la Compañía entregara, sin reflexión o con un objeto interesado, el expediente a la curiosidad comprensible de este hombre. Podrá ocurrir que la enfermedad señalada por nosotros, y hasta entonces sin repercusión en la salud general, siga en poco tiempo una marcha fatal. Puede ocurrir también que el médico, conocedor desde mucho tiempo antes de la salud y del género de vida de su cliente, *exagere* los riesgos que le amenazan. Es posible que le juzgue destinado a morir de tisis pulmonar, por ejemplo, cuando ningún signo ha venido todavía a confirmar sus sospechas. Ahora bien, si expresa así en el certificado el fondo de su pensamiento, puede perjudicar a su cliente, el cual se librará tal vez del pronóstico supuesto, y habrá sido rechazado por la Compañía. Por otra parte, si guarda para sí sus sospechas, faltará a la sinceridad que se le pide y perjudicará a la Compañía al no formular sus opiniones actuales sobre la salud de la persona que debe asegurarse. *Perjudicar al cliente o perjudicar a la Compañía:* tal es la alternativa a que se expone el médico al conceder el certificado en cuestión» (1).

Con razón añade Legroux que «*del principio de la abstención deriva,* sin que haya necesidad de insistir en ello, este *corolario,* a saber: si un médico examinador de una Compañía es encargado por casualidad del examen de uno de sus clientes personales, deberá *negarse,* en todas las circunstancias, buenas o malas, y hacer que uno de sus colegas de la Compañía o cualquier otro médico procedan al examen» (2).

485. IV. Certificado después de la defunción. — Con ocasión de la defunción de uno de sus asegurados, las Compañías de seguros de vida acostumbran, antes de pagar, a exigir del médico tratante un certificado en el que enuncia lo que, según él, ha sido *causa de la muerte* de su cliente.

Nos hallamos, pues, nuevamente en presencia de la misma pregunta: ¿puede el médico tratante entregar en teoría y en la práctica este certificado? Sólo hay que aplicar los principios ya expuestos (n. 484): derivaremos de ellos una conclusión idéntica.

1. En teoría. — Con la autorización anticipada y *legítima* del mismo difunto, que antes de morir hubiera manifestado su voluntad, o ante la petición legítima de los herederos, que presumen *con buen derecho,* como pueden hacerlo en ciertos casos, el consentimiento del difunto, el médico tratante puede *en teoría* extender, respecto a la causa de la muerte, un certificado *verídico* que no haga mención de una enfermedad hereditaria o vergonzosa ni de un acto inmoral, como el suicidio, y que por

(1) Citado en Brouardel: *La responsabilité médic,* etc., págs. 154 y sig.
(2) Citado *ibid.,* pág. 158; véase también en el Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 97 y sig., págs. 103 y sig., la misma solución práctica.

consiguiente no contenga nada injurioso para la memoria del que ya no existe, y nada perjudicial para los sobrevivientes. Se comprende, por lo tanto, que estará a veces en la imposibilidad de suministrar el certificado reclamado por la Compañía. «Supongamos — dice el Dr. Blanche — que se trata de un caso de suicidio, de locura, de cáncer, de sífilis, de epilepsia. ¿Me corresponde acaso revelar la naturaleza del mal»? (1).

La *regla práctica* se deriva, como antes (n. 484), del hecho cierto de que el silencio es a veces necesario.

2. En la práctica. — *En la práctica* el médico tratante rehusará invariablemente todo certificado que haga constar «el género y la duración de la enfermdad». No lo librará *jamás* porque no podría hacerlo *siempre,* y porque una negativa a continuación de numerosos certificados favorables equivaldría, también en este caso, al más desfavorable de los certificados, y haría sospechar justamente lo que debe permanecer secreto. El juicio emitido en este sentido por el tribunal de El Havre el 30 de julio de 1886 no rige solamente en derecho civil: es conforme al *derecho natural,* puesto que únicamente una regla uniforme de conducta, y por tanto una negativa constante, puede salvaguardar *en toda circunstancia* el secreto profesional (2).

486. V. Declaraciones en justicia provocadas por el cliente. — Es posible que el enfermo *releve a su médico* del secreto profesional y le *pida* que deponga a su favor ante los tribunales, o por lo menos que le extienda un certificado destinado a ser presentado a la justicia. ¿Cuál será, consultando únicamente el *derecho natural,* la conducta del médico tratante en este caso delicado?

En primer lugar, es evidente que el médico no puede dejarse desligar del secreto médico y prestar el servicio en cuestión si le es imposible declarar a favor de una de las dos partes sin acusar por el mismo hecho a otro de sus clientes, del que ha recibido confidencias y que no ha perdido todo derecho al secreto.

A menos tal vez de una razón mayor, no podría además permitirse ante los tribunales una deposición que, por la naturaleza de los hechos revelados, afectara gravemente a la reputación de la familia, y especialmente de los hijos.

(1) Citado en P. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 162.
(2) *Ibid.,* págs. 162 y sig.; véase también en el Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 99, pág. 105, la misma solución.

El *compromiso* que propone el Dr. *H. Verger* parece tener los mismos inconvenientes. No es posible en todos los casos. Lo damos, sin embargo, a título de información.

«Se puede encontrar un compromiso en la práctica que consiste, al negarse a remitir un certificado al mismo seguro, en dirigir al beneficiario del seguro una carta mencionando la causa del fallecimiento. Pero es necesario que este beneficiario pertenezca a la categoría de los próximos de que se ha hablado antes, y respecto a los cuales, prácticamente, el médico no está obligado, como se ha dicho, sino a un secreto muy relativo. Se trata entonces de la simple transposición por escrito de confidencias que se han hecho ya oralmente, y a las que es fácil dar una forma inofensiva eliminando toda cuestión de naturaleza para atenerse, únicamente al enunciado de los síndromes tal como se da habitualmente a las familias» (*Précis de déontologie médic.,* pág. 64).

Es decir, que en los casos más corrientes (instancias de divorcio o de separación de cuerpos), el médico no está autorizado, o lo está muy raramente, a hablar o a entregar un certificado. Sin embargo puede estarlo en ciertas circunstancias de una gravedad excepcional.

1. MÉDICO DE LAS DOS PARTES. — Una mujer pide la separación de cuerpos contra su marido, al que ella acusa de haberle comunicado la *sífilis* después de haberla contraído por relaciones ilícitas. Cita como testigo al médico que la ha cuidado en esta enfermedad y le desliga del secreto profesional. Pero resulta que este mismo médico ha cuidado igualmente, y por la misma causa, al marido incriminado. Aun cuando la acusación estuviera perfectamente fundada, el médico está obligado al silencio por el secreto *que debe al marido,* de quien ha recibido las confidencias: no puede decir nada, o por lo menos debe callar sobre el origen del mal (1).

2. MÉDICO DE UNA SOLA PARTE. — Aquí podemos distinguir los casos más frecuentes y los casos verdaderamente excepcionales.

1.° *Casos más frecuentes.* — Se trata, por ejemplo, de una afección sifilítica comunicada a la mujer por el marido. «El médico la cuida sin que lo sepa el marido. Sobreviene un embarazo y se produce un aborto, debido, según el médico, a malos tratamientos. La esposa vuelve al lado de su familia. El marido hace las diligencias necesarias para obligarla a reanudar la vida conyugal: ella se niega. El intenta una acción de separación, y como la esposa ha abandonado el domicilio conyugal, será condenada a causa de este abandono, á pesar de que tiene el derecho de su parte. La mujer pide un certificado al médico», del que nosotros suponemos, contrariamente a lo que ha ocurrido en realidad, *que no ha prestado nunca cuidados médicos al marido* y que no ha recibido de él confidencia alguna. ¿Qué hará el médico si está convencido de que la mujer ha sido contaminada por el marido, víctima de sus relaciones adúlteras, y que el aborto es debido a malos tratamientos?

Según el Dr. Brouardel que comunica el caso, pero en el que hay circunstancias muy diferentes, puesto que el médico cuidaba a la vez a la mujer y al marido (2), «la conducta a seguir es bien sencilla, y los médicos no recurren a ella con bastante frecuencia en ciertos casos difíciles: no hay más que suscitar el nombramiento de peritos. El juez de instrucción nombrará a tres de ellos, que tendrán por misión examinar a la esposa y hacer una relación sobre su estado. De este modo resultarán salvaguardados sus intereses y los de su cliente» (3).

El medio es simple, en efecto. Pero, ¿va dirigido al objeto? ¿Establecerá la relación de los peritos el *origen* de la sífilis y del aborto? Si no lo establece, supongamos que hay hijos, y que sólo la esposa está en condiciones de educarlos honradamente. A fin de que ella los conserve es necesario que la separación de los cuerpos se pronuncie a su favor. ¿No hay en estas circunstancias una *razón mayor* que autorice al médico a hablar, y a invalidar con ello las *injustas* maniobras del marido? El honor de los hijos sufrirá algo, pero tampoco quedaría intacto aunque el médico callara. Estimamos, pues, que puede decir la verdad.

2.° *Casos excepcionales.* — Presa de un acceso de alienación mental violento, pero pasajero, un individuo ha cometido un asesinato. Recobrada la razón, es acusado y corre un grave riesgo de ser condenado, pues los peritos le declaran plenamente responsable. Releva del secreto profesional al médico que le ha cuidado en el curso de su crisis y le ruega que declare a su favor. El *derecho natural* autoriza al médico a hablar, e incluso le obliga a ello. Indudablemente algún descrédito recaerá sobre los hijos, pero la deshonra sería mucho mayor si el padre fuera condenado. Nada se opone, por lo tanto, a que el médico actúe como testigo de descargo (1).

(1) También estaría autorizado a hablar para impedir que el marido cometiera con su mujer una injusticia *muy grave* que únicamente la revelación de la verdad podría prevenir.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 151 y sig.; págs. 372 y sig.

(3) *Ibid.*, pág. 152.

2.ª BIEN COMÚN Y AUTORIDAD DE LA LEY

487. I. Verdadera causa excusante. — Si hay alguna causa que según confesión de todos o casi todos releva al médico del secreto médico, ésta es seguramente el *interés público,* y por lo tanto la *autoridad de la ley civil,* con tal que no sea manifiestamente injusta. Sería en efecto contradictorio que el derecho natural hubiera instituído el secreto médico en beneficio no solamente de los particulares, sino de la sociedad entera, y que mantuviera en todo su rigor la obligación de este secreto, incluso cuando estuviere en oposición con las más *legítimas exigencias del bien común.* El secreto médico cesa, pues, cuando no se puede mantener sin un *grave perjuicio* para la colectividad, en provecho de la cual ha sido también establecido: no se vuelve contra el interés general, que es su *principal* razón de ser.

(1) El Dr. Eugène Hubert propone algunos otros casos. En el primero suponemos, para eliminar toda incertidumbre, que el testamento no contiene las intenciones reales del testador, expresadas poco antes del estado de demencia.

«Delante del juez, si hay cosas que deben callarse, hay otras que se pueden y se deben decir.

Un testamento que frustra a una familia es atacado ante los tribunales. Habéis cuidado al enfermo, y no podéis responder al juez: ¡en el momento en que se firmó este testamento el testador estaba en estado de demencia!

Una joven es acusada de haberse hecho abortar hace un mes, y no podéis decir: ¡Sr. Juez, esto es imposible: le he extirpado ambos ovarios hace un año!» ¿No llevamos el escrúpulo de la discreción hasta el absurdo?» (*Le devoir du médecin,* núm. 100 y sig.; págs. 105 y sig.).

Una argelina es acusada de haber envenenado a su madre. La autopsia revela vestigios de estricnina. Ahora bien, el médico de la madre había practicado una toma de sangre antes de la muerte: los riñones habían aparecido en un estado lamentable de funcionamiento. Esta era la causa de la muerte: muerte natural. El médico guardó silencio. Por la comunicación de los médicos legistas, que concluían por la muerte natural, la acusada benefició se de la duda y fué absuelta... Pero si la hubiesen condenado ¿no se habría despertado la conciencia del médico tratante? Habría debido hablar.» Así concluye Balthasard (Abate P. Tiberghien: *La nature du secret professionnel,* pág. 20).

Pero el bien público no prevalece sobre la obligación del secreto médico sino cuando es atacado *gravemente*: no está permitido al médico liberarse del secreto profesional para evitar a la sociedad un *ligero daño*.

Si es así, si no basta con que el bien común se halle en causa *en una forma cualquiera;* hay motivo para investigar *en qué casos* el derecho natural *no autoriza*, en nombre del bien público, y en qué casos *autoriza* y hasta *impone*, en nombre de este mismo bien, la revelación del secreto médico. Tal será el objeto de las páginas que siguen.

488. II. Lo que el bien común no exige. — El país entero estaría en gran peligro y correría hacia su ruina si los crímenes y delitos quedaran *de ordinario* sin castigo. Podría entonces aplicarse a todo el país el cuadro que en su «*Satire des Embarras de Paris*» trazaba Boileau de la capital:

Le bois le plus funeste et le moins fréquenté
Est, au prix de Paris, un lieu de sûreté.
Malheur donc à celui qu'une affaire imprévue
Engage un peu trop tard au détour d'une rue.

En cambio, *no hay* para la sociedad perjuicio *grave* cuando en un caso particular y por una causa justa un crimen o un delito *quede impune*; el inconveniente es bastante ligero, y no pone ciertamente en peligro el orden público.

Por consiguiente, el derecho natural *no exige*, e incluso *no autoriza en absoluto*, en nombre del bien común, la revelación de los crímenes o delitos *cometidos por el enfermo* y descubiertos por el médico a causa del ejercicio de sus funciones: no considerando más que el derecho natural, el médico *puede* y *debe* callar, aun si es citado como testigo ante los tribunales e interrogado jurídicamente. Después de haber respondido a la apelación del juez, se replegará tras el secreto profesional y guardará el silencio sobre todos los hechos criminales o delictuosos que pudieran comprometer a su cliente.

Esta es aproximadamente (1) *la conclusión* que deriva un jurista distinguido, Hémar, después de haber puesto vigorosamente de relieve el argumento principal que acabamos de exponer. «Llevar hasta sus límites extremos — dice — la obligación de castigar, exigir inmediatamente en su nombre la violación de las confidencias más íntimas, inmolarlo todo con objeto de expiación, significa arrebatar de un mismo golpe su seguridad

(1) Decimos *aproximadamente*. M. Hémar, que interpreta la ley civil francesa, establece dos proposiciones: *primero*, que el médico *puede*, en virtud del art. 30 del código de instrucción criminal, revelar los crímenes o delitos conocidos por él en el ejercicio de su profesión; *luego*, que esta revelación no es legalmente *obligatoria* (Citado en P. Brouardel: *La respons. médic.*, etc., págs. 89 y sig.; págs. 117 y sig.).

Hay más. La jurisprudencia actual estima que en materia criminal «la obligación del secreto implica para los que están sometidos a él la *interdicción* de revelar, aun cuando son llamados en calidad de testigos, los secretos de los que son depositarios por su estado o profesión» (Sentencia del 10 de mayo de 1900; véase al Dr. Le Gendre: *Deontologie...*, pág. 582, 1920.)

y dignidad a estas relaciones que unen al cliente con el abogado, al enfermo con el médico... y que también alcanzan al orden público. El castigo de algunos crímenes *no compensa* un sacrificio tan grande» (1).

Lo que hemos dicho respecto a los crímenes y delitos se aplica a *todos «los hechos* confiados al médico bajo el sello del secreto o que por su naturaleza lo exigieran», con tal que el médico pudiera callarlos en justicia sin *grave* perjuicio para el bien común y sin violar una ley *justa* que le hubiera desligado del secreto profesional y le obligara a no disimular la verdad» (2).

Asimismo para prevenir en materia tan importante todo malentendido, vamos a entrar en *algunas explicaciones*. Después de haber distinguido una triple serie de crímenes o de delitos, precisaremos la conducta que debe observarse en la práctica si la ley civil no exige al médico, o por el contrario exige de él, una revelación de los hechos criminales o delictuosos cometidos por el enfermo y confiados por él al hombre de arte.

1. TRIPLE SERIE DE CRÍMENES. — Importa distinguir una triple serie de crímenes o delitos: los crímenes o delitos cometidos *en perjuicio del cliente*, víctima por ejemplo de una tentativa de envenenamiento; los crímenes o delitos cometidos *en beneficio aparente del cliente*, por ejemplo una mujer encinta que ha reclamado la intervención de una profesional del aborto; por último los crímenes o delitos cometidos *por el mismo cliente*.

Hemos dicho antes que el secreto médico no cubre la primera clase de crímenes (núm. 465), y que sólo cubre la segunda en un caso: «si una sospecha cualquiera puede afectar a vuestra confidente muerta o viva» (número 475, 4) (3).

Sólo se trata, pues, en este momento, de los crímenes *cometidos por el mismo cliente*, y de los que el médico ha tenido conocimiento a causa de sus funciones.

2. DENUNCIA LEGALMENTE LIBRE. — Si la ley civil no impone al médico la revelación de los crímenes o delitos *cometidos por su cliente*, aquél *puede* legalmente, y en nuestra opinión *debe* en conciencia, *abstenerse de revelar* lo que sólo ha sabido bajo el sello de secreto.

(1) Citado en Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 117.
(2) *Ibid.*, págs. 118 y sig.
(3) Dr. Brouardel: *La respons. médic.*, etc., pág. 115.

Si el médico no puede, *sin dañar gravemente* a su cliente, revelar la *tentativa de asesinato* de que éste ha sido víctima, guardará sobre este asunto, como hemos dicho (núm. 475, 3), el más profundo silencio. Callará igualmente las causas de la defunción si, llamado cerca de una persona muerta asesinada, no puede comprobar el asesinato *sin suscitar una investigación* que daría por resultado la deshonra del difunto, sorprendido, supongámoslo, por un marido en flagrante adulterio y muerto en este momento. *Si por el contrario* no teme nada deshonroso para la víctima o su familia, *nada se opone* a que especifique en su certificado las causas determinantes de la muerte.

En este sentido conviene comprender las líneas siguientes de André *Perraud-Charmantier*: «El médico tratante debe el secreto a su enfermo, pero únicamente a su enfermo. Debe callar su crimen, pero *no el de otro*, del que su enfermo es víctima. Callando este último abusa del alcance del secreto profesional, protector del enfermo, pero no del criminal. Como ha dicho *Tourdes*: «Nosotros debemos el secreto a nuestros enfermos, pero no a los autores de su muerte» (*Le secret profession.*, pág. 209).

Callará sin declarar, si es posible, la causa de su silencio; es el mejor medio de impedir que este mismo silencio sea acusador.

Pero si se ve en la necesidad de invocar el secreto profesional, empleará una fórmula muy general, y dirá, por ejemplo, con el Dr. Cazeaux: «Considero como confidenciales los relatos que han llevado a mi conocimiento los hechos sobre los que se me interroga: no puedo, pues, responder a la pregunta.»

Puede hacer esta declaración antes o después de la prestación del juramento. El Dr. Brouardel recomienda obrar así: «comenzad por decir que si sois interrogados sobre hechos que consideráis confidenciales estaréis obligados al silencio; luego prestad juramento. Si el presidente ordena prestar juramento antes de todo, haréis esta declaración a continuación; pero el hecho de haber anunciado vuestras restricciones antes de prestar juramento, no permitirá al tribunal decir que es demasiado tarde para hacerlas valer» (1).

Surge una *dificultad particular* si el médico sólo puede salvar a un *inocente* y preservarle de una grave condena denunciando al culpable cuyo crimen conoce bajo sello de secreto profesional. ¿Hay derecho a hablar en este caso?

«La cuestión se resuelve *en moral* muy simplemente considerando dos hipótesis opuestas. *¿Ha contribuído* el cliente culpable a hacer caer sobre el inocente la falsa acusación de la que es víctima? Entonces se puede denunciar al culpable si rehusa cumplir con su deber», y por tanto si ningún medio, sin olvidar la amenaza, le decide a reparar su injusticia denunciándose a sí mismo. «*¿Es extraño* el cliente a esta falsa acusación? Entonces el secreto profesional debe continuar cubriéndole. En una palabra, el culpable no debe rescatar al precio de su secreto la libertad del inocente sino cuando ha contribuído a hacérsela perder» (2).

Esto no quiere decir que el médico, depositario del terrible secreto, se encuentre desarmado por completo si el culpable no ha hecho nada directa ni indirectamente para desviar a la justicia. Para salvar al inocente *puede* y *debe* emplear *todos los medios* que no tengan el riesgo de poner a la justicia *sobre la pista del verdadero autor del crimen:* por ejemplo acudir a la autoridad judicial y declarar sin otra indicación que sigue una pista falta, o también actuar francamente como testigo de descargo. Hémar preconiza este segundo medio: «la voz del hombre honrado proclamando la inocencia del acusado, a pesar de las reticencias a que le obliga la profesión, hará una profunda impresión en los jueces» (1).

De hecho el primer medio tuvo pleno éxito en las circunstancias siguientes: «Un individuo era perseguido en un asunto criminal. El médico fué a encontrar al juez de instrucción, que había comenzado ya las diligencias, y le afirmó la inocencia del inculpado. La cuestión no tuvo otras consecuencias» (2).

3. Denuncia legalmente obligatoria. — En ciertos países, por ejemplo en Inglaterra, el médico citado en justicia como testigo no está autorizado a invocar el secreto profesional: en nombre de las exigencias del orden público la ley le *impone el deber* de revelar los crímenes cometidos por su cliente y de los que hubiera tenido noticia a causa del ejercicio de su profesión (3).

En estas condiciones, *¿puede* el médico en conciencia y *debe* en conciencia someterse a la ley, y decir a los jueces lo que sabe bajo sello de secreto sobre hechos que comprometen gravemente a su cliente?

A esta doble pregunta dan Moureau y Lavrand una *respuesta netamente afirmativa.* «La ley civil — dicen — tiene el derecho de reglamentar el secreto profesional, y especialmente de invalidarlo *por justos motivos*» (4).

Este principio es innegable. Pero no parece que su aplicación lo sea igualmente. Si por una parte hay *gran* ventaja para la sociedad en el respeto al secreto médico, y por otra parte un *escaso* provecho, para la misma sociedad, en la represión de *todos* los crímenes, no se comprenden muy bien los *justos motivos* que intervienen en el caso y permiten desligar del secreto profesional. Por esto no nos atreveríamos a condenar a un médico que, en estas circunstancias, no tuviera escrúpulos en eludir la ley y se creyera autorizado a guardar silencio.

Sin embargo es posible, *por otra consideración,* llegar a demostrar que el secreto profesional deja *indirectamente* de ser obligatorio. Por las penalidades severas que dicta y por la persuasión común que origina, la ley civil releva *indirectamente* al médico, quien por derecho natural no está obligado a guardarlo *a costa de un inconveniente muy grave* y en contra de las costumbres públicas (núm. **461**, 5.°). Para ahorrarse a sí mismo y ahorrar a su familia las penosas consecuencias que ocasionaría su desobediencia, *puede* y, por caridad a los suyos, *debe,* al parecer, en ciertas circunstancias, revelarlo todo. Asimismo por ser la ley reconocida y

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs 124 y sig.

(2) Moureau y Dr. Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs. 146 y sig. He aquí por qué todos, o casi todos, los moralistas mantienen en el caso siguiente el rigor del secreto:

«Al entrar en vuestra casa una noche percibís a lo lejos dos hombres que luchan: uno cae y el otro huye. La escena no ha tenido otro testigo que vosotros, que por lo demás llegáis demasiado tarde para verlo bien; encontráis a uno de los luchadores en el suelo, muerto de una puñalada, y no habéis tenido tiempo de reconocer al otro.

Al día siguiente, por la mañana, sois llamado por un individuo herido en el brazo. Os dice que ha caído la noche anterior sobre un clavo: «Basta, amigo — le decís —, ya sé de qué clavo me habláis: el hombre encontrado muerto esta mañana tenía un cuchillo ensangrentado en la mano.»

«¡Doctor!, se lo ruego, no me descubra...»

La justicia, sin embargo, siguiendo una falsa pista, ha detenido a un noctámbulo al que todo parece acusar, y va a procesarle a pesar de todas sus negativas.

La condena de un inocente es abominable. ¿Pedéis impedirlo denunciando al verdadero culpable que se ha confesado con vosotros? El médico belga, *llamado ante la justicia* para deponer sobre hechos semejantes, si cree de buena fe que debe hablar, no es reprensible» (Dr. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 107, págs. 110 y sig.).

A excepción del Dr. Prümmer *(Th. Mor.,* II, núm. 180, 2, b) *todos* los moralistas que conocemos prohiben al médico denunciar al asesino (Véase, por ejemplo, J. Salsmans: Dr. E. Hubert: *Le devoir...,* notas 21 y 31).

(1) Citado en Brouardel: *La responsab. médic.,* pág. 128.

(2) Citado en Brouardel: *La respons. méd.,* etc., pág. 129.

(3) *Ibid.,* págs. 129 y sig.

(4) Moureau y Lavrand, pág. 149.

aceptada por todos, no está obligado a comprometerse en el secreto profesional sino en sus límites legales. Corresponde al cliente la reserva y no confiar lo que el médico estará tal vez obligado, aun a pesar suyo, a declarar a la justicia.

489. III. Legítimas exigencias del bien público. — Acabamos de demostrar que el bien común *no siempre basta* para desligar al médico del secreto profesional.

Basta por el contrario cuando se trata de evitar a la sociedad un *grave* perjucio, perjuicio cuya gravedad predomina sobre el inconveniente que resulta para ella de la violación aparente del secreto médico, en una palabra, un perjuicio tal que haya *más ventajas sociales* en no guardar que en guardar el secreto.

A la luz de este principio vamos a estudiar *algunos casos particulares*. Conciernen a los grandes servicios públicos; nacimientos; enfermedades epidémicas; enfermedades que ponen en peligro centenares y millares de vidas humanas.

1. GRANDES SERVICIOS PÚBLICOS. — 1.° *En el ejército francés*, «el médico militar que cuida a un oficial debe enviar, bajo sobre cerrado, el diagnóstico al teniente coronel. Dicho diagnóstico debe inscribirse en el boletín del hospital. Para los soldados no hay secreto». Esta medida «sería, se afirma, precisa para las necesidades del servicio: es conveniente que un jefe de ejército esté informado respecto a los oficiales que tiene a sus órdenes, y, si tienen alguna enfermedad, es preciso que esté prevenido de su duración, de manera que pueda asegurar el servicio en el caso de movilización» (1).

Sería difícil establecer la insuficiencia de la razón invocada, si es real. Un motivo de esta gravedad legitima, en derecho natural, la comunicación del diagnóstico al teniente coronel. Si hay que hacer restricciones, se refieren a la inscripción en el boletín del hospital de todas las enfermedades, incluso las venéreas. Por esto en la práctica «el médico, con el asentimiento del jefe del cuerpo, reemplaza en el boletín de entrada en el hospital el diagnóstico escabroso por un diagnóstico anodino» (2).

2.° Por el ejemplo que acabamos de dar *se juzgará de los demás grandes servicios públicos*.

Con estos grandes servicios públicos asociaremos, a pesar de la diferencia muy real de los casos, las *fábricas de vidrio*. «Sabéis — dice el doctor Brouardel — *que en otro tiempo* los obreros soplaban el vidrio unos tras otros en el mismo tubo. Se les suministraron embocaduras móviles y cada obrero tenía la suya personal. A pesar de esta precaución se comprobaban a menudo *epidemias de sífilis*, debidas a la infección por los tubos en contacto con placas mucosas. El médico adscrito al establecimiento inspecciona la boca de los obreros, y, en cuanto observa una lesión sospechosa, el obrero supuesto infectado abandona temporalmente el taller, pero sigue cobrando como si trabajara» (1).

(1) Dr. Brouardel: *La responsab. médic.*, etc., pág. 100; 360 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 361.

Aquí la necesidad de preservar a los obreros del contagio justifica ampliamente una especie de peritaje que conviene a toda la colectividad y en el que consienten todos los interesados (2). Se trata, es cierto, de la enfermedad más secreta por su naturaleza; pero en este caso su origen presunto nada tiene de deshonroso.

2. DECLARACIONES DE NACIMIENTO. — *En Francia* el médico que asiste a un parto clandestino, fruto de un embarazo ilegítimo, está autorizado por diversas disposiciones de los tribunales a callar, al hacer la declaración de nacimiento, *el nombre de la madre culpable*, y hasta, si es necesario para asegurar el secreto, la indicación *precisa* del lugar del nacimiento. Si el médico juzga que los hechos son confidenciales por su naturaleza, descuidará las prescripciones del art. 57 del Código civil, que está desprovisto de sanción penal, y se contentará, para observar los arts. 55 y 56 del mismo Código, con declarar el hecho del nacimiento a tal día y a tal hora, sin indicar los nombres de los padres ni su domicilio. De este modo evitará a la madre la tentación de preservar su honor con el sacrificio del hijo (3).

En otros países la ley, para asegurar desde su nacimiento un estado civil al hijo y suministrarle el medio de conocer un día a sus padres, exige, si el padre es desconocido, la declaración del nombre de la madre y el lugar preciso del nacimiento. Aunque esta ley tiene el grave inconveniente de incitar a la madre a suprimir el testimonio de su deshonra, no se puede decir que sea injusta y contraria al bien común. Por consiguiente, a menos que no tenga el derecho de considerar la ley como puramente *penal*, el médico está obligado a someterse a ella y no puede válidamente prometer el secreto a la joven madre que reclame su asistencia. Por el contrario, debe considerarse desligado, por la autoridad de la ley y con miras al bien general, del secreto profesional, al que en virtud de las circunstancias estaría obligado si no interviniera la ley (4).

3. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS. — En ciertos países, y especialmente en Francia, en virtud de la ley de 30 de noviembre de 1892, el médico «está obligado a hacer la declaración, una vez establecido el diagnóstico, de los casos de enfermedades epidémicas sometidos a su observación... La lista de enfermedades epidémicas cuya divulgación no implica el secreto profesional es establecida por decreto del Ministerio del Interior...» (5).

(1) Dr. Brouardel, págs. 102 y sig.
(2) Esta necesidad, derivada del bien común, no existe ya, *por lo menos* en las fábricas modernas; «se ha substituído la boca humana por el aire comprimido» (Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 343, 1931).
(3) Dr. Brouardel: *La responsabilité médic.*, etc., págs. 172 y sig.
(4) J. Salsmans sostiene como seriamente probable la opinión que considera la ley belga como *simplemente penal*. Concluye que el médico *puede* observar la ley, pero que está *obligado* a ella en un solo caso: si la declaración es el único medio «de asegurar los intereses temporales, y sobre todo espirituales, del hijo» (*Cas. conse.* cas. 214; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, pág. 88, nota 23, de J. Salsmans).
(5) Art. 15 de la ley de 1892.

Según H. Ribadeau-Dumas, este decreto de fecha de 23 de noviembre de 1892 enumera «la fiebre tifoidea, el tifus exantemático, la viruela y la varioloide, la escarlatina, la difteria (crup y anginas), el sudor miliar, el cólera y las enfermedades coleriformes, la peste, la fiebre amarilla, la disentería, la infección puerperal, cuando no se haya reclamado el secreto con motivo del embarazo, la oftalmía de los recién nacidos, la meningitis cerebroespinal» (1).

El médico que omitiera la declaración prescrita sería castigado con una multa de 50 a 200 francos (2).

El establecimiento de un *carnet particular* en el que estas enfermedades son designadas por cifras reduce al mínimo la derogación al secreto médico (3).

El *objeto de la ley* es, desde luego, el de permitir a las autoridades locales que tomen lo más rápidamente posible las precauciones requeridas para circunscribir la epidemia e impedir que se propague (4). La legitimidad de la ley es, pues, manifiesta, y el médico está obligado en conciencia a observarla, *por lo menos* siempre que pueda hacerlo sin grave inconveniente y la declaración no sea, por falta de servicio profiláctico organizado, plenamente inútil (5).

Inútil es decir que el derecho natural no autoriza en modo alguno al médico a revelar a cualquiera la naturaleza de la enfermedad: sólo es relevado del secreto profesional con miras al bien común y según las exigencias del bien común (6).

Sobre la declaración de las *enfermedades profesionales* causadas por el plomo y sus compuestos, o también por el mercurio y sus compuestos, se puede consultar al Dr. Le Gendre, págs. 651 y sig. (edición de 1920), que analiza la ley francesa del 25 de octubre de 1919. Desde el punto de vista que nos ocupa, esta ley motivaría las mismas observaciones.

4. Enfermedades que son un peligro público. — Si el médico tratante comprueba que uno de sus clientes, encargado de un importante servicio público, es incapaz de cumplirlo y amenaza, a causa de su estado

(1) Dr. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas, pág. 560, 1920. A esta lista hay que añadir el *sarampión (ibid.*, pág. 256) y la *coqueluche* (A. Perraud-Charmantier: *Le secret professionel*, pág. 208).

(2) Art. 21 de la ley de 1892: «La ley de 15 de febrero de 1902 (art. 5) ha renovado estas prescripciones. La oposición del cuerpo médico ha sido ardiente. La declaración, se afirma, atenta al secreto médico y a los intereses del enfermo. Si bien reconoce la necesidad de una declaración, le repugna hacerla. ¿Por qué, dicen los médicos, no podrían el jefe de familia o su representante hacer esta declaración? Esta solución conciliaría los intereses...» (A. Perraud-Charmantier, págs. 208 y sig.).

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 329, 1931; A. Perraud-Charmantier: *Le secret profession.*, pág. 208.

(4) Dr. A. Perraud-Charmantier, *ibid.*, pág. 206. «Es necesario poseer avisadores para las epidemias como para los incendios».

(5) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 153. «El médico *puede* hacer la declaración exigida por la ley. Sin embargo, si se opone un grave inconveniente, satisface su deber exigiendo rigurosamente de los ocupantes de la casa contaminada las precauciones eficaces para que no se extienda el contagio» (J. Salsmans: *Le devoir du médecin*, pág. 101, nota 26 en el texto de E. Hubert).

(6) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 329, 1931.

de salud, comprometer a centenares y millares de vidas humanas, no puede contentarse con prestarle sus cuidados: debe, por *derecho natural*, apremiarle a que renuncie su cargo y se busque otro empleo. Si el cliente se niega obstinadamente a obedecerle, se considerará desligado, por las exigencias del bien común, del secreto profesional, y advertirá, si es posible, a la autoridad competente.

Así, no solamente el médico de una Compañía de ferrocarriles, sino también el médico tratante, no pueden permitir que un empleado afecto de frecuentes crisis de epilepsia continúe por más tiempo en un servicio que sea fundamental para la seguridad de los trenes. El médico de cabecera se librará de toda responsabilidad si obtiene que el enfermo dé cuenta lealmente de su estado al médico de la Compañía, quien es más libre de sus actos desde el punto de vista estrictamente legal (1).

3.ª Bien de un tercero

490. I. Verdadera causa excusante. — ¿La necesidad de preservar a un tercero de un perjuicio *muy grave* que no podría ser evitado por otro medio releva, si no siempre por lo menos *en ciertas circunstancias*, al médico de cabecera o consultor del secreto profesional?

La cuestión es muy espinosa. Hasta parece imposible a primera vista que un bien particular, aunque fuera de gravedad excepcional, *pueda predominar* sobre el interés social, cuya salvaguardia es el secreto profesional. Y sin embargo la mayoría de los moralistas antiguos y modernos sostienen que el médico puede algunas veces, para evitar a un tercero un perjuicio considerable, rechazar legítimamente el secreto médico.

Importa, pues, exponer *lo que es y lo que no es*, según la opinión común, causa excusante. Sólo estaremos en medida de resolver la objeción

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médic*, etc., págs. 101 y sig.

Cuestión omitida. — Omitiremos de propósito, por estar suficientemente resuelta, la *cuestión siguiente*. Cómo conciliar con la obligación de guardar el secreto profesional: 1.º, el *examen prenupcial*, impuesto por las *costumbres* a los novios; 2.º, *el mismo examen*, exigido por la ley civil antes del matrimonio, pero con plena libertad, para los futuros contrayentes, de tener o no tener en cuenta el veredicto médico desfavorable a la unión proyectada; 3.º, el *certificado prenupcial* estrictamente dicho, es decir, no solamente obligatorio, sino, si es desfavorable a ambos novios o a uno de ellos, legalmente eliminatorio, por vía de interdicción, del futuro matrimonio.

Si el lector quiere referirse a lo que hemos dicho antes (núm. 220), llegará a esta *doble conclusión:*

Primera conclusión. — El examen prenupcial, impuesto por las costumbres o por la ley (1.º y 2.º casos), se concilia muy fácilmente con el secreto médico. Las dos partes, en efecto, se comunican mutuamente el atestado médico que se refiere a su estado de salud y certifican al oficial de sanidad que esta comunicación ha tenido lugar.

Segunda conclusión. — No hay que investigar si el certificado prenupcial, obligatorio y eliminatorio (tercer caso), es o no compatible con el secreto profesional. El Estado no está autorizado por la ley moral a prescribirlo. Es contrario al derecho natural y personal de todo hombre al matrimonio con tal solamente que sea apto para la unión conyugal. Además es opuesto al derecho cierto de la Iglesia católica, única que puede, cuando se trata de bautizados, establecer impedimentos, dirimentes o impedientes.

Véase sobre este punto la encíclica *Casti connubii (Le mariage d'après l'encyclique...*, pág. 179). Véase también J. Salsmans *(Cas. conscient.*, cas. 1.120).

derivada del predominio del interés público sobre todos los intereses privados después de haber distinguido las causas insuficientes en la especie y las causas verdaderamente suficientes.

1. CAUSA INSUFICIENTE. — La *gravedad* del daño que amenaza injustamente a un tercero, del todo inocente, *nunca basta* para desligar al médico del secreto profesional si el cliente, aun culpable y culpable hasta el crimen, *nada tiene que ver* en la injusticia que se prepara, o si él es sólo *la ocasión* y por tanto no está obligado, para prevenir errores de los que en modo alguno es autor, a librar él mismo su secreto.

Tomemos el ejemplo citado antes (n. 488, 2). Herido por su víctima, que se ha defendido, un homicida llama a su médico y, para mejor explicar el caso, le hace una confesión completa: se ha dejado arrastrar por la venganza y ha matado al amante de su esposa. Algunos días más tarde es acusado un inocente: llevado ante la justicia, se acumulan tantos cargos contra él y las presunciones son tan fuertes que desespera demostrar su inocencia y librarse del último suplicio. Si el herido conserva un resto de honor, lo hará todo para salvar a un inocente, aunque deba denunciarse a sí mismo. Pero *como nada ha hecho para inducir al tribunal al error,* no está obligado en estricta moral, ni a título de justicia ni a título de caridad, a perderse para impedir una condena injusta. En estas condiciones el médico debe respetar un secreto que el cliente no está rigurosamente obligado a librar: se ve reducido a no decir ni intentar nada que pueda llevar al descubrimiento del verdadero culpable (1).

2. CAUSA SUFICIENTE. — La gravedad del daño que amenaza a un inocente basta, a juicio de la mayoría de los moralistas, para relevar al médico del secreto profesional si el cliente es, directa o indirectamente, *autor responsable de la injusticia,* por lo demás muy grave, que se comete o se va a cometer, y por consiguiente ha asumido la pesada y estricta obligación de hacer todo lo posible para impedir esta injusticia, aunque debiera para ello librar su secreto y hasta su persona. Que no se hable más en este caso del derecho al secreto: esto sería transformar el secreto en instrumento de iniquidad, puesto que él permitiría su realización. El derecho de un cliente al secreto profesional cesa en realidad a partir del día en que por su culpa se obstina en causar a otro un perjuicio *injusto y muy grave,* que únicamente puede conjurar la revelación del secreto tras el cual se abriga el agresor.

Volvamos al ejemplo que hemos escogido. Para herir impunemente a su víctima, el asesino ha empleado un arma que pertenece a un tercero, y ha tomado tan bien sus medidas que el arma, en poder de la policía, sirve ahora de *pieza de convicción* contra el inocente y hace casi inevitable el error judicial. Es manifiesto que es el autor responsable de la condena injusta. Su deber por consiguiente es muy claro: debe denunciarse si no le es posible por otro medio reparar su mala acción. Y no podría persistir en su silencio sin dar al médico, su único confidente, el derecho a hablar y a deponer contra él.

(1) Hemos dicho que *únicamente* el Dr. Prümmer (II, núm. 180, pág. 165) permite hablar al médico.

«Si se objeta todavía, con el Dr. Dechambre (1), que la ley del secreto responde a un interés público superior a todos los intereses privados, preguntaremos en qué está interesada la sociedad en conceder la protección legal a quien manifiestamente quiere abusar» de ella para cometer una injusticia muy grave. «En otros términos, el interés social exige únicamente que el secreto de los clientes nunca sea violado *en tanto tenga derecho a ello;* ahora bien, su derecho cesa evidentemente cuando por su culpa causa perjuicio a otros», y perjuicio de muy graves consecuencias (2).

Por lo demás, para reducir de más cerca la objeción, consideremos la cuestión en otro sentido. En nombre del bien común el derecho natural prohibe a todo ciudadano, en una sociedad suficientemente organizada, hacerse justicia a sí mismo en materia importante: debe necesariamente recurrir a los tribunales. Y, sin embargo, el mismo derecho natural permite a cualquiera defenderse y defender a otros contra una injusta agresión. Hay en esto *algo análogo.* El interés social se une al interés privado para exigir el secreto profesional. Pero este secreto deja de ser obligatorio cuando se hace necesario rechazar la fuerza con la fuerza, es decir, con la revelación, y frustrar los manejos de un injusto agresor. En la cuestión que nos ocupa, el injusto agresor es el cliente que *se escuda detrás del secreto* para consumar, en detrimento de un inocente, una *injusticia muy grave.* El médico está autorizado a defender al inocente injustamente atacado; y si el *único medio* de defensa es la revelación del secreto, puede revelarlo: al hacerlo se limita a rechazar la fuerza con la fuerza.

Desde luego, nada hay en esto que por su naturaleza tienda a quebrantar la confianza del público: el médico no tiene *toda la libertad* de hablar o de callar; sólo es revelado del secreto profesional *en casos bien determinados,* y es fácil a los clientes no ponerse en ninguno de estos casos, que implican, por parte del enfermo, una injusta agresión.

Esto nos lleva, pues, a formular de nuevo la *conclusión* que hemos ya derivado (núm. **461**, 3). Para impedir que su cliente cometa una *injusticia,* y una injusticia *muy perjudicial* a un inocente, el médico *puede,* después de haber agotado todos los demás medios, decir lo que es necesario para evitar a un tercero el mal muy grave de que está amenazado. Pero como ciertos moralistas estiman que el interés social exige, aun en estas circunstancias, el respeto al secreto médico, no está *estrictamente obligado* a hablar, sobre todo si teme para él mismo un grave perjuicio (3).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 190 y sig.
(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 130.
(3) Aertnys-Damen: *Th. M.,* I, núm. 1.235, III, 3.º

¿Queréis un ejemplo sorprendente? Leed el siguiente hecho que cuenta el Dr. *Hubert:*

«Un sujeto rico es *acusado de violación* de una niña que es llevada al hospital», y por lo tanto no confiada al médico experto, sino al médico tratante. «El profesor *Fournier* encuentra lesiones insólitas, sospecha maniobras de chantaje, y obtiene de la niña la confesión de que *es su madre* la que le ha hecho las lesiones.

«Entre el secreto profesional, dice, del que se beneficiaría una mala mujer, y la protección que debo a un hombre honrado, mi elección está hecha. Suspender una maquina-

491. III. Casos particulares. Principio de solución. — Para resolver *conforme al derecho natural* los casos particulares, a veces tan complejos, y decidir si en un caso determinado la ley moral le releva a favor de un tercero del secreto profesional, el médico nunca debe perder de vista las *tres condiciones* requeridas para que el interés privado de una tercera persona le autorice, *a causa de su extrema gravedad,* a no guardar el secreto médico.

Es necesario que se trate de una *injusticia real,* y no del ejercicio, por otra parte muy penoso a un tercero, de un derecho verdadero; de una *injusticia a cometer* por el cliente que ha confiado sus secretos, y no de una injusticia *ya cometida* por él; de una *injusticia muy perjudicial,* y no de una injusticia sin graves consecuencias.

Se ve por consiguiente en qué casos el bien particular de un tercero no desliga al médico del secreto profesional, y qué casos merecen un examen más profundo. Precisemos algo más.

1. INJUSTICIA REAL. — Ya hemos dicho que el médico está estrictamente obligado a respetar el secreto de un criminal o de un ladrón que *nada ha hecho* para despistar a la justicia y provocar la condenación de un inocente (núm. 488, 2; 490, 1). La *razón última* que obliga al médico a callar es que en este caso no hay por parte del culpable *injusticia real* contra el inocente.

He aquí un ejemplo bastante raro «acaecido en 1880 ante los tribunales. Un empleado infiel esconde en lugar seguro el dinero que había de llevar a la caja y se hiere voluntariamente para hacer creer que ha sido atacado por unos ladrones... El herido se confía a un médico y le hace saber la verdad... La justicia toma informes: adopta una pista falsa y detiene a un inocente» (1). Puesto que el empleado infiel no interviene para

ción *criminal,* y en caso necesario denunciarla a la sociedad para salvaguardar a un inocente, me parece constituir un deber social al que no tengo el derecho, aun siendo médico, de substraerme.»

Este sujeto, odiosamente calumniado, ha salido bien librado: de haber caído en manos de un partidario de la inviolabilidad del secreto *absoluto* estaría marcado de infamia a perpetuidad» *(Le devoir du médecin,* núm. 78, págs. 78 y sig.).

Voluntariamente diremos con el Dr. Hubert, respecto a otro caso que resolvió menos felizmente (núm. 9, pág. 9). «¿Dejaréis que la justicia ataque a un inocente? Por el resto de vuestros días, como Pilatos, estarías molestos con vuestras manos, o, como el jurado de Edmond Picard, obsesionados por el espectro imborrable del condenado inocente.»

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 171.

He aquí por qué J. Salsmans mantiene el rigor del secreto *en el caso siguiente,* y rechaza, según los principios del derecho natural, la solución que tiene todas las preferencias del Dr. *E. Hubert.*

«En el curso de una afección benigna, uno de vuestros enfermos se encuentra de repente presa de accidentes coleriformes. Os confía que acaba de tomar voluntariamente una fuerte dosis de arsénico y muere. Esta muerte súbita parece sospechosa al juzgado. El heredero principal, un sobrino si queréis, está acribillado de deudas, y para salvarse tenía necesidad absoluta de la herencia; muy a menudo ha bromeado sobre los tíos ricos que no saben morirse a tiempo y a los que sería necesario empujar un poco. Para colmo de desdichas, el juez descubre arsénico en un cajón de su casa. En el juicio oral el acusador público agrupará sabiamente todos estos hechos y de su concurso derivará elementos de convicción para el jurado. Unicamente vosotros conocéis el secreto de la muerte y podéis establecer

nada en el arresto del inocente, y puede callar sin *injusticia real,* el médico no se considerará relevado del secreto profesional.

2. INJUSTICIA POR COMETER. — Un médico recibe la confesión de un marido que manifiesta haber sido tratado por accidentes sifilíticos antes de su matrimonio. Algunos días después el médico comprueba la sífilis en la esposa, cuya perfecta honestidad conoce. No hay duda sobre el origen del mal. ¿Está relevado del secreto profesional y tiene el *derecho* de decir a su cliente que ha sido contaminada por su marido? No ciertamente, puesto que se trata, cuanto más, de una *injusticia ya cometida.*

¿Qué hará, por lo tanto? Si para salvarguardar la unión conyugal juzga a propósito ocultar a la esposa la naturaleza de su enfermedad, la prevendrá por lo menos de que la afección que sufre exige un tratamiento prolongado y una larga vigilancia; le indicará «la manera de tratarse y durante cuánto tiempo»; le remitirá incluso «la prescripción *escrita,* precisando la necesidad de hacer tal o cual tratamiento durante tantos años y de comunicar siempre esta prescripción a los médicos que fueren consultados ulteriormente» (1).

Además será útil con frecuencia que el médico tenga una conversación con el marido con el consentimiento de su cliente; de ordinario hallará a un sujeto que le agradecerá su discreción y con el que podrá explicarse más libremente; así estará más en condiciones de tratar eficazmente a los dos cónyuges.

La prudencia, ya que no el secreto médico, exigiría una conducta idéntica por parte del médico que no hubiera recibido las confidencias del marido.

Más adelante diremos lo que conviene hacer si uno de los dos cónyuges está todavía, o por lo menos parece estar, indemne del horrible mal (número 495).

3. INJUSTICIA MUY PERJUDICIAL. — El médico de una joven no está autorizado por el derecho natural a revelar al futuro marido que su prometida, cuya vida vuelve a ser muy digna, ha tenido en otro tiempo, dentro del mayor secreto, relaciones ilícitas con un joven, actualmente fallecido, y que sin saberlo nadie fué madre de un hijo que murió a los pocos días de existencia. Seguramente la culpable no puede, sin cierta injusticia, disimular por completo a su prometido, muy cuidadoso de la honestidad, una dolorosa verdad que después del matrimonio se descubrirá fatalmente, por lo menos en parte. Pero, puesto que el hijo sucumbió y que el secreto de su nacimiento puede ser guardado para siempre, no hay en ello un disimulo *muy perjudicial* para el pretendiente. Nada permite, pues, al médico renunciar al secreto profesional.

que ha habido suicidio y no asesinato. ¿Dejaréis que la justicia condene a un inocente?» *(Le devoir du médecin,* núm. 79, pág. 79).

J. Salsmans escribe (pág. 79, nota 21): «Aquí mantenemos más bien el rigor del secreto. El error judicial no es causado intencionalmente por el suicida, el cual tiene derecho a su reputación. Pero, salvado el secreto, el médico debe emplear todos los medios posibles para salvar al inocente».

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 339 y sig., 1931.

4. Caso que debe examinarse. — Los casos que originan más dificultades y reclaman un examen más atento se relacionan, en su casi totalidad, con el matrimonio. Investigaremos cuál debe ser la conducta del médico si sabe, a causa del ejercicio de su profesión, que uno de sus clientes, en vísperas de matrimonio o ya casado, está afecto de impotencia perpetua o de enfermedad contagiosa, y especialmente de sífilis. Trataremos igualmente las dificultades que, respecto al secreto, originan la sífilis de los niños de pecho, de las nodrizas, de los sirvientes.

492. III. Impotencia perpetua. — Conviene distinguir la impotencia que precede y la impotencia ulterior a la celebración del matrimonio. La primera es *mucho más perjudicial* para el cónyuge, puesto que se opone para siempre a la validez de la unión conyugal.

1. Antes del matrimonio. — Para razonar sobre un ejemplo concreto, recordemos «lo que le aconteción al Dr. J. M. Delpech, de Montpellier. Había extirpado a un joven ambos testículos. A pesar de la ablación de estos órganos, el mencionado joven trató de casarse, pero después de algunas entrevistas la familia de la joven rompió las relaciones. El joven, persuadido de que este rechazo provenía de una indiscreción de su médico, le esperó a la salida de un teatro y le mató de un pistoletazo. La encuesta reveló que el médico no había tenido la menor parte en la causa de la ruptura, y que nunca había violado el secreto médico» (1).

En este caso el médico tenía la *certidumbre absoluta* de que la impotencia antecedente era irremediable, y por lo tanto perpetua. ¿Qué debía hacer para impedir una unión inválida, y por consiguiente una injusticia real, una injusticia inminente, una injusticia muy perjudicial para la joven? En el caso de que fracasaran sus diligencias, *¿podía considerarse desligado* del secreto profesional? *¿Estaba obligado* a considerarse relevado del secreto y a obrar en consecuencia?

1.° *Ante todo el médico debe,* si es posible, emplear toda su influencia para disuadir al joven afecto de impotencia de una unión que, ciertamente inválida y perjudicial para la joven, será declarada nula finalmente por la autoridad competente y redundará así en una vergüenza para el culpable.

2.° Si sus observaciones y reproches *no tienen éxito, puede,* según juicio de *algunos* moralistas, considerarse desligado del secreto médico y decir a los padres si no toda la verdad, por lo menos lo que baste para impedir el matrimonio.

No obstante estimamos *más fundada* en razón la opinión de los *numerosos* autores que mantienen, *en este caso,* la obligación del secreto profesional e imponen al médico el deber de callar. Sin duda se trata de prevenir, por parte del joven, una injusticia real, una injusticia que no se ha cometido todavía, pero que está a punto de cometerse, una injusticia muy perjudicial para la joven y su familia. Es cierto, no obstante, que el perjuicio injustamente ocasionado *no es irreparable:* podrá ser reparado, y

(1) Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale,* pág. 73.

reparado con escándalo, por la sentencia de la autoridad competente, que declarará absolutamente nula la unión conyugal. En estas condiciones las ventajas sociales inherentes respecto al secreto médico *parecen* predominar sobre las ventajas de orden más bien privado que resultarían de una derogación de la ley tan rigurosa del secreto (1).

3.° *Por lo menos es cierto* que el médico *no está en absoluto obligado* a considerarse desligado del secreto profesional. Puede seguir la opinión *más común* que le prohibe hablar. Asimismo, aun cuando el derecho natural le revelara seguramente del secreto y le impusiera una revelación total, podría también, por el mismo derecho, guardar silencio si temiera justamente un grave daño: la caridad no obliga de ordinario a sufrir un notable perjuicio para ahorrar a los demás una injusticia debida únicamente a la malicia de un tercero.

2. Después del matrimonio. — Si después de la celebración del matrimonio, por lo demás perfectamente válido, la *ablación de los dos testículos* reduce al hombre a la impotencia perpetua, se comprende que no podría haber secreto que guardar, relativo a esta operación y sus consecuencias, *con respecto a la esposa:* ésta se dará cuenta muy pronto de que su marido es radicalmente incapaz de tener hijos y hasta de cumplir el acto conyugal.

Pero no ocurre así en *la ablación total de los ovarios* o en cualquier otra operación análoga que redujera a la esposa, si no a la impotencia propiamente dicha, por lo menos a la esterilidad absoluta.

Indudablemente la cuestión del secreto *no se plantea* si la operación, como ocurre de ordinario, se hace a sabiendas del marido, quien, de acuerdo con su mujer, consiente en una intervención exigida por el estado de los órganos, y se resigna, puesto que es preciso, a perder toda esperanza de una nueva paternidad. Entonces todo es normal, y el marido es informado como conviene en un asunto que, por afectar directamente a las relaciones conyugales, le toca de tan cerca.

Por el contrario, la cuestión del secreto *se propone* en dos casos muy distintos: *primero,* si la mujer casada, y no separada, pide al cirujano por una razón muy grave que la operación, *por lo demás necesaria* y por tanto legítima, se haga sin saberlo el marido, y que una vez terminada permanezca secreta para siempre, incluso para él; *luego,* si hace la misma petición cuando *nada exige* y justifica una intervención de esta naturaleza. En estos dos casos, tan diferentes el uno del otro, ¿está obligado el cirujano al secreto profesional incluso *respecto* al *marido,* o por el contrario es relevado de él a causa del perjuicio muy notable que sufriría el esposo si estuviera condenado a ignorar lo que tanto le importa saber?

(1) Gén.-Salsm., II, núm. 454; III, etc.

Si trazáramos una *doble lista* comparativa, la lista de los moralistas que *en este caso* relevan al médico del secreto profesional y la lista de los autores que no le relevan, veríamos que la primera lista se reduce, para los modernos, a dos nombres conocidos, *Ballerini-Palmieri,* VI, núm. 582 en la 3.ª edición; *Rosset,* II, núm. 1.149, que alega, para la obligación de manifestar el impedimento dirimente, buen número de autores antiguos.

También Palmieri, editor de Ballerini, declara en nota que varios autores moralistas eximen de toda revelación a los médicos, abogados, etc.

1.° *Operación necesaria.* — Si la operación es *indispensable,* según las reglas que hemos trazado anteriormente (núm. 351), una mujer, aunque esté casada, tiene el derecho de resolverse a ella y de solicitarla. *De ordinario,* o mejor dicho *casi siempre,* debe informar a su marido de la triste necesidad que se le impone, y concertarse con él: efectivamente, ella no es la única en causa, puesto que se trata de una intervención que la hará definitivamente estéril. Sin embargo, en un caso *excepcional* y *por una razón muy grave,* por ejemplo para evitar una separación de cuerpos, o por lo menos para no comprometer gravemente el buen acuerdo, puede proceder sin consultar a su marido, someterse a la operación sin que lo sepa éste y exigir al operador el secreto más absoluto, ora antes, ora después de la operación.

Se comprende por consiguiente cuáles son las *obligaciones* del cirujano. Le corresponde juzgar si la operación es *necesaria.* Sin embargo, en la mayoría de los casos no está en condiciones de apreciar por sí mismo si hay o no inconvenientes muy graves en poner al marido al corriente de la situación. *Sobre este punto* no puede por lo tanto, las más de las veces, sino confiar en la honradez de su cliente. Esto significa que por lo común está autorizado, ante una demanda expresa, a practicar la operación sin saberlo el marido (1); a prometer el silencio una vez terminada la operación; a mantener su promesa y a disimular la verdad si es interrogado por el marido. Al obrar así no se compromete a *nada ilícito,* puesto que su cliente asegura que no puede confiarse a su esposo *sin perjuicio real;* pero, como es justo, cuidará de evitar en sus respuestas al marido lo que sería mentira formal en razón de las circunstancias.

2.° *Operación injustificada.* — Si la operación no está justificada por una verdadera necesidad, o lo que es lo mismo, si sólo está motivada por el deseo de prevenir un futuro embarazo, el cirujano no podría emprenderla sin hacerse culpable de una grave falta, y de una grave injusticia respecto al marido.

Sin embargo, *después de la operación* no puede, al parecer, considerarse desligado del secreto profesional. Advertir al marido en estas circunstancias sería prevenirle, sin ningún provecho y a riesgo de los más graves inconvenientes, de que ha sufrido un daño *ya consumado e irreparable.* Ahora bien, el médico sólo es relevado del secreto médico cuando la manifestación de la verdad, mantenida secreta hasta entonces, es el único medio de evitar a un tercero, víctima inocente del cliente, una injusticia real *a punto de cometerse y muy perjudicial.* Puesto que el mal está hecho y no podría ser reparado, nada hay en esto semejante.

(1) Una vez más nos situamos *exclusivamente* en el punto de vista de la *ley natural.* Desde el punto de vista de la *ley civil* francesa, la cuestión «¿se *puede* operar a una mujer *sin el consentimiento de su marido?* ha sido la mayoría de las veces decidida *negativamente* por la jurisprudencia, a no ser que el marido esté ausente y la operación sea de urgencia; y los cirujanos que en la práctica urbana no se preocuparan de este consentimiento correrían el riesgo de que no se les pagaran sus honorarios y hasta de que se les hiciera responsables» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 454, 1931.

Las consideraciones que preceden permitirán al lector responder a las preguntas formuladas por M. Galland-Gleize en el Congreso internacional de medicina profesional el 26 de julio de 1900.

«¿Cuáles son en ciertas operaciones de ginecología, tales como *la histerectomía abdominal total o subtotal, la ablación bilateral de los anexos,* con o sin histerectomía, los deberes del cirujano: 1.°, para con la cliente misma, cuando ésta es una mujer casada que vive con su marido; 2.°, para con el marido de la cliente?

Explico y desarrollo mi pensamiento:

1.° ¿Tiene derecho un cirujano a permitir voluntariamente que el marido de una enferma, a la que practica una de las operaciones indicadas anteriormente, ignore la *naturaleza* y el *alcance exacto* de la operación? ¿Puede también, en caso necesario, hacer o dejar que se haga al marido una declaración de operación completamente inexacta y que tenga por objeto ocultarle, no solamente la gravedad inmediata del acto operatorio en sí mismo, sino más particularmente la naturaleza y las consecuencias de las mutilaciones inherentes a este acto?

2.° ¿Puede el cirujano, para justificar una conducta semejante, prevalerse del hecho de que le ha sido impuesta por su misma cliente, que ha puesto esta condición expresa a su consentimiento a la operación? ¿Tiene derecho a dejarse imponer una condición semejante?

3.° ¿No debe el cirujano estrictamente el secreto profesional a su operada si se adopta esta última hipótesis? ¿Y comete un acto censurable resultante de la violación misma del secreto profesioneal si después de la operación, e interrogado por el marido de la operada, revela a éste la operación exacta que ha ejecutado, contrariamente a los compromisos formalmente contraídos con su cliente antes de operarla?»

Las breves notas que siguen al término «*discusión*» no dicen con bastante claridad en qué sentido ha sido resuelta la cuestión (1).

493. IV. Enfermedades no contagiosas o contagiosas sin ser sifilíticas. — Si descartamos por el momento a la sífilis, nos encontramos frente a *dos grupos* de enfermedades que pueden crear alguna dificultad desde el punto de vista del secreto profesional. Hay en primer lugar las enfermedades que, como la escrófula y la epilepsia, *no son* contagiosas propiamente hablando, pero que tienden a hacer el matrimonio más o menos penoso para la parte sana. Hay luego y sobre todo las enfermedades *contagiosas,* de las cuales la más importante y común es sin disputa la tuberculosis.

La cuestión que se propone, y que se propone principalmente con motivo de un futuro matrimonio, es la siguiente: ¿puede el médico que conoce, a causa del ejercicio de su profesión, la existencia de una de estas enfermedades tenerse por relevado del secreto profesional y autorizado a

(1) Congreso... Comunicación de la 1.ª sesión, págs. 431 y sig.

hablar *con el objeto* de evitar a la parte sana, autor u objeto de una demanda de matrimonio, un grave perjuicio o por lo menos un justo disgusto?

Vamos a demostrar que queda ligado por el secreto médico y que no puede, ni espontáneamente ni por demanda expresa de la familia interesada, dar informes desfavorables.

ENFFERMEDADES NO CONTAGIOSAS. — En la cuestión que nos ocupa las enfermedades *no contagiosas* no ofrecen la menor dificultad. El médico no podría tener el derecho de manifestar lo que el enfermo, en instancia de matrimonio, no tiene, en justicia estricta, el *deber* de revelar. Ahora bien, según declaración de los grandes moralistas (1), el candidato al matrimonio no está rigurosamente obligado a decir a la otra parte que está afecto de una enfermedad, desagradable es cierto, pero no contagiosa: puede, por medios lícitos, *disimular un estado de salud* que, conocido después de la unión conyugal, entristecerá a su cónyuge, sin causarle no obstante un perjuicio real puesto que no hay peligro de contagio.

Nada impide sin embargo al médico desaconsejar insistentemente el matrimonio al enfermo, en especial si no hay la menor esperanza de curación, lo que es principalmente cierto de la epilepsia. Pero callará y mantendrá el secreto profesional si el cliente rehusa seguir su consejo.

2. ENFERMEDADES CONTAGIOSAS. — La dificultad es mayor si se trata de una enfermedad *contagiosa,* es decir, de una enfermedad que el pretendiente no puede con frecuencia, sin grave injusticia, ocultar a su futura familia.

No obstante, tampoco en este caso se desligará el médico del secreto profesional. En primer lugar las enfermedades contagiosas distintas de la sífilis no tienen nada de deshonroso. Luego el peligro de contagio es más lejano. Por esto el mal que el médico teme para la parte sana no es de *tal naturaleza* ni tan seguro que la ley del secreto deba o pueda ser transgredida.

Mantendrá, pues, el secreto médico, pero si es posible intervendrá cerca del enfermo. Si el cliente no ignora la enfermedad de que está afecto, y sabe por ejemplo que es *tuberculoso,* el médico está enteramente en su papel al insistir en los motivos que deben apartar del matrimonio, o por lo menos diferirlo. «Si se trata de una tisis incipiente o de otra enfermedad cuyas probabilidades no queremos exponer al cliente, se podrá hacer contemporizar: muy pronto lo que era un secreto dejará de serlo aun para las personas extrañas a la medicina, y el proyecto caerá por sí mismo», o se concluirá con conocimiento de causa (2).

Lo que acabamos de decir se aplica a los *sirvientes* tuberculosos. Al mismo tiempo que respeta su secreto, el médico se ingeniará para prevenir, por su parte, todo peligro grave de contagio. «Es preciso hacerles comprender que el mejor medio de curación para ellos es el reposo o la entrada en un hospital, o bien hay que adoptar precauciones antisépticas

(1) S. Alf., I, VI, núm. 864.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 144; J. Salsmans: *Cas. conse.,* cas. 216.

desde el punto de vista de la expectoración.» Especialmente «no hay que permitir nunca que personas tuberculosas presten sus cuidados a niños pequeños» (1).

La solución sería diferente, y no habría secreto profesional, si el médico fuera llamado por el dueño, no para cuidar al sirviente sometido a tratamiento médico, sino para examinarlo y desempeñar respecto a él *el papel de perito.*

494. V. Sífilis antes del matrimonio. — Un joven sifilítico, y que dista mucho de estar curado, se compromete personalmente, o se deja comprometer por su familia, en un proyecto de matrimonio. Solicita la mano de una joven muy pura a la que contaminará con el horrible mal tal vez al primer contacto o casi seguramente a continuación, y a la que reserva como único consuelo hijos infectados con la enfermedad paterna. El médico tratante que le ha cuidado podría, con una palabra dicha a los padres de la joven, impedir este matrimonio, e impedirlo ora por una revelación directa, ora a veces por un consejo que nada revela pero que alcanza directamente su objeto. ¿Tiene el *deber* de pronunciar esta palabra? ¿O por lo menos está *autorizado* a pronunciarla? «La cuestión — dice el Dr. Le Gendre — es tan *angustiosa,* desde el punto de vista de nuestra responsabilidad moral, que los médicos y sociológos no han cesado en sus intentos de resolverla» (2).

Vamos a *exponer las diversas soluciones,* que pueden reducirse a la teoría del silencio absoluto, del empleo del secreto sin revelación, de la revelación obligatoria, de la revelación lícita con respecto al derecho natural. Esta última solución, conforme con el derecho natural y con las enseñanzas de los moralistas más calificados, tendrá todas nuestras preferencias, e indicaremos cómo un médico, preocupado de evitar a un inocente una injusticia muy perjudicial y por lo demás irreparable, puede ponerla en práctica sin abrir una brecha demasiado grande en el secreto profesional.

1. SILENCIO ABSOLUTO. — La teoría del silencio absoluto se funda completamente en esta breve aserción: el interés general, que ordena mantener el secreto médico, predomina *en toda circunstancia* sobre los intereses particulares, aun los más considerables. Por consiguiente nunca está permitido al médico revelar el secreto profesional o servirse de él contra su cliente para preservar a un tercero de una infamia (3).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 334.

(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 337, 1931.

(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 190 y sig.

Este es también el pensamiento del Dr. Joseph Okinczyc, que tiene el mérito de presentar el argumento con gran vigor.

«Todas las razones que es posible dar de la limitación y de la relatividad del secreto médico *desaparecen ante la necesidad de confianza,* que es una condición esencial del ejercicio racional de la medicina. Para obrar con conocimiento de causa, con eficacia, el médico debe estar informado, directa o indirectamente, de todo lo que puede servir moral, física y materialmente a su enfermo. Ahora bien, el médico sólo se beneficiará de esta información completa e indispensable si el enfermo y su familia están seguros de su discreción absoluta. En esta información no hay más que los secretos confiados. La encuesta que hace el médico puede ser indirecta, muda y resultado de su observación, de lo que oye, de lo que

Claro es que el médico tiene más de un medio para evitar esta infamia. «Puede actuar sobre este presunto novio, demostrarle las consecuencias del matrimonio que medita, apelar, si es necesario, a los sentimientos más egoístas, predecirle los escándalos de los debates originados con motivo de la separación de cuerpos, de la infección de la nodriza y demás consecuencias», etc. (1).

Ya hemos respondido a esta argumentación (n. 490, 2). Sin embargo insistiremos en ella.

2. Uso del secreto. — El Dr. Brouardel niega al médico el derecho de revelar *nunca el secreto profesional,* pero le concede el derecho y el deber *de usar de este secreto,* sin comprometerlo, para «evitar que una joven, así como sus descendientes, sean contaminados». En consecuencia rehusará terminantemente una demanda de informes, declarando que «nunca da informe alguno» sobre la salud de sus enfermos; luego, en el curso de una conversación indiferente, insinuará, sin aparentar el menor interés, el consejo de exigir del pretendiente *un seguro de vida* (2).

Esta teoría motiva *algunas salvedades.*

El Dr. Le Gendre ha formulado la primera, que es *de orden médico:* «P. Brouardel ha dicho claramente — observa — que podemos aconsejar al futuro suegro que exija al candidato un seguro de vida, pero esto sólo sería eficaz si el pretendiente fuera portador de accidentes visibles» (3).

Moureau y Lavrand han enunciado la segunda salvedad, que es *de orden moral.* «Diremos que en estas circunstancias, y bajo ciertas condiciones, el médico no está obligado al secreto. Pero es cierto que *si estuviera obligado a él»,* como supone el Dr. Brouardel, *«lo violaría* al obrar como acabamos de decir. El derecho del cliente implica esencialmente, no sólo que su secreto no será revelado, sino también *que no nos serviremos de él* contra sus intereses...» (4).

En resumen, el Dr. Brouardel sólo se libraría del reproche de contradecirse si recomendara *siempre* al médico dar al futuro suegro el consejo de exigir del pretendiente un seguro de vida; en este caso sólo por casualidad resultarían perjudicados los intereses del cliente.

---

le revela su inteligencia. Todo esto pertenece al enfermo; y el médico que se identifica con su enfermo no tiene el derecho de usar otro modo sino en bien de este último, sin traicionarlo o robarlo. Si el bien común, si el bien de un tercero están complicados, el médico puede usar de su influencia para obtener del enfermo y de su familia que queden salvaguardados; pero no puede obrar por su propia iniciativa sin atacar la confianza, que es también el bien común de todos los enfermos.

Tales son las razones por las cuales, dígase lo que se quiera, soy partidario del secreto médico *absoluto.* Una profesión que se funda esencialmente en la libertad y la confianza implica una moral muy elevada y sin desfallecimientos» *(Etudes,* tomo 21, pág. 14 y sig., 1933).

Hemos querido citar esta página de ideas de gran elevación. Como veremos, supone erróneamente, y al contrario de la enseñanza unánime de los moralistas, que el secreto absoluto es el único medio de ganar y conservar la confianza de los enfermos.

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 144; Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 191 y sig.

(2) Dr. Brouardel, *loc. cit.,* págs. 145 y sig.

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 337, 1931.

(4) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 11; supra, núm. 480.

3. Revelación obligatoria. — Como el Dr. Brouardel, el Dr. Gaide ha sentido muy vivamente que el médico no pueda impedir que «se celebre el matrimonio. No obstante es más consecuente consigo mismo y encuentra vigorosos acentos para expresar su indignación.

«Que uno de nuestros clientes, roído por una de esas sífilis constitucionales que resisten a todo tratamiento, no vacila en solicitar la mano de una joven pura, que constituye la alegría de su familia; que el padre de esta joven viene confiadamente a preguntarnos si puede darla con toda seguridad a un hombre que la contaminará al primer contacto, y que, por todo consuelo, le dejará hijos infectados de su misma enfermedad. ¿Deberemos responder con un silencio que puede ser mal comprendido, y hacernos cómplices de un matrimonio cuyos frutos serán tan deplorables? No lo creo así, y declaro por mi parte que nunca me sentiría con valor para obedecer a la ley en circunstancias semejantes. Mi conciencia hablaría más alto que la ley, y sin vacilar diría: «No, no deis vuestra hija a este hombre.» No añadiría una palabra más y tendría la pretensión de no haber traicionado mi secreto; y si, caso imposible, me fuera aplicada por tal hecho la pena pronunciada por el artículo 378, apelaría a todos los padres de familia y, con la cabeza muy alta, compadecería al tribunal que se creyera autorizado a castigarme por haber preservado de una infección casi segura a una mujer y a toda su generación» (1).

Situándonos *únicamente* en el punto de vista del *derecho natural,* estimamos con el Dr. Gaide que el médico *puede, en conciencia,* tenerse por relevado del secreto profesional en este caso. Sin embargo añadimos que no está *en conciencia obligado* a hablar: queda prácticamente en libertad de seguir la opinión de los raros moralistas que defienden, aun en estas circunstancias, la ley del secreto médico (2).

(1) Citado por el Dr. Brouardel: *La respons. médic.,* etc., págs. 140 y sig.; 147.

(2) Mucho nos costaría citar un solo autor *conocido* de teología moral que mantuviera, *aun en este caso,* el rigor del secreto.

Respecto a los demás moralistas, que son la casi totalidad, unos proponen el principio sin aplicarlo a la sífilis; otros esteblecen el mismo principio, y, a propósito de la sífilis, lo aplican al médico, al que relevan en términos formales del secreto profesional; otros finalmente dejan al médico en libertad de callar o de hablar.

A. Primer grupo: El principio. — *Santo Tomás,* 2, 2, q. 0, art. I, ad. 2; *S. Alf.,* l. III, núm. 971, 4.°; *C. d'Annibale,* II, núm. 27, pág. 213; *Em. Berardi,* III, núm. 1.035 (con remisión a Lugo, disp. XIV, núm. 142); *Ballerini-Palmieri,* II, núm. 1.086 (con remisión a Lugo, disp. XIV, núm. 142, y a Laymann, l. III, cap. V, núm. 2); *J. Bucceroni,* edic. 6 de 1914, tomo II, núm. 1.542, 5.°; *Ojetti,* Synopsis, III, núm. 3.655; *Konings,* I, núm. 541, Quaer. 1.°; *Sabetti,* núm. 325, Quaer. 1.°; *A. Vermeersch,* II, núm. 699, 1; *Ad. Tanquerey,* III, núm. 392; véase también 389; nota 2, en la que el autor cita un pasaje de Fénelon; *Arregui,* núm. 433, 2.°, c.

B. Segundo grupo: Principio y aplicación. — *Lehmkuhl,* Th. Mor., n. 1.444, III, 3; Cas. cons., I, cas. 300, n. 9 5, R. 4; t. II, cas. 248, n. 866, R. 3; *Gén.-Salsm.,* Th. Mor., I, n. 432, III, 2.°; Cas. cons., cas. 21; *Noldins,* Th. Mor., edic. 1923, *De praeceptis,* n. 670, 2, a; *D. Prümmer,* Th. Mor., II, n. 180; 2, b; *Marc-Gestermann,* Th. Mor., a. 1927, I. n. 1.187, 1.°; *J. Ubach,* Th. Mor., a. 1924, I, n. 353, 2.°; *J.-B Ferreres,* Th. Mor., a. 1.928, I, n. 573, III; Cas. consc., I, cas. VII, n. 548; *Al. de Smet,* De Spons. et de Matrim., a. 1927, n. 68, 2.°; *L. Wouters,* Th. M., a. 1931, I, n. 1.089, 3, Quid, Resp. 2.

C. Tercer grupo: Libertad. — *Aertnys-Damen,* Th. Mor., 1928, I, n. 1.235, III, 3.°.

4. Revelación lícita. — El médico *puede hablar,* pero en la práctica no está *obligado* a ello.

1.° *Puede hablar.* — Puede decir a los padres de la joven lo que es *necesario* para impedir el matrimonio proyectado, y por tanto para prevenir, por parte del cliente afecto de sífilis, una injusticia muy real a punto de consumarse, extremadamente perjudicial, *casi irreparable.* No hacemos más que aplicar los principios ya sentados y extensamente explicados (números **490** y **491**).

Por esto nos contentaremos con una *doble observación.*

Suponemos a «un sifilítico en el período contagioso, insensible a todos los medios de persuasión o de amenaza empleados para desviarle de su criminal proyecto» (1).

Aun en estas condiciones, el médico sólo puede servirse del secreto para hacer una *advertencia eficaz* e impedir la unión proyectada. Por lo tanto, si basta con aconsejar al futuro suegro que exija un seguro de vida, se limitará a este consejo. Si es preciso desaconsejar categóricamente el matrimonio, lo desaconsejará sin otra explicación. Si en un caso extraordinario es indispensable que especifique la naturaleza de la enfermedad, la especificará, pero este caso es casi quimérico.

2.° *No está obligado a hablar.* — A menos de inconveniente grave debería sin duda hablar libremente si existiera *pleno* acuerdo entre los moralistas con respecto a la interpretación del derecho natural. Pero este *pleno* acuerdo no existe, y varios moralistas, que constituyen una ínfima minoría, defienden en nombre del interés público, y aun en este caso, la inviolabilidad del secreto médico. El médico conserva, pues, la libertad de seguir esta opinión, que resulta probable considerando la ciencia de sus defensores. Sólo estaría obligado a hablar si la ley civil, como ocurre en Alemania, le obligara a ello (2).

Asimismo está permitido no considerar *tan fuertes como se pretende* las objeciones de los partidarios del secreto a todo trance y en toda circunstancia. Si el secreto profesional estuviera suspendido en este caso, «buen número de sifilíticos — dice el Dr. Le Gendre — *no se atreverían ya a confiarse a los médicos:* resultarían de ello contaminaciones inconscientes, aumento de célibes, disminución de la natalidad, compromisos impuros, chantajes» (3). Al parecer sería más cierto decir que se atreverían a confiarse al médico, pero que no osarían escudarse con el secreto para pedir la mano de una joven honesta. Por lo demás es preferible permanecer soltero que casarse en estas condiciones. Los hijos que nacieran de semejantes uniones no serían precisamente una riqueza para un país.

5. Conducta práctica. — 1.° *En la práctica, el médico podrá* considerarse desligado del secreto profesional

2.° *Por lo común no hablará* al futuro suegro sino después de haber agotado todos los medios de inducir al candidato sifilítico a desistir de su infamia. No obstante, si supiera a su cliente absolutamente decidido a no tener en cuenta ninguna consideración, estaría autorizado para omitir esta advertencia previa. Incluso con frecuencia no podría hacerla sin exponerse a la venganza de su cliente, si osara, en caso de fracaso, advertir a los padres.

3.° *Ya hemos dicho de qué manera puede,* en este caso, responder a una demanda de informes, o incluso tomar la iniciativa y prevenir a la familia sin esperar a que ésta le consulte (*ibid.,* 4; revelación lícita).

Sin embargo, para no ser víctima de su caridad, sólo se resolverá a hablar si puede contar prudentemente con la discreción de los interesados.

495. VI. Sífilis en el matrimonio. — El médico comprueba que el *marido* está afecto de enfermedad sifilítica y que el contagio es de temer. Por lo demás sabe, o cree saber, que la esposa está todavía indemne. ¿Qué debe y qué puede hacer?

1. *Debe prescribir la suspensión de las relaciones conyugales.* — Advertirá muy seriamente al enfermo «del peligro que presenta su afección y del deber que tiene de impedir que se transmita»; le representará «las probabilidades que existen, si contamina a su mujer, de que ésta se dé cuenta del verdadero origen de su mal, y las consecuencias que de ello resultarán para él» (1).

Si el marido se rinde a la voz de la razón, no hay más que hacerle observar un tratamiento enérgico y vigilar muy de cerca el estado de salud de la esposa.

2. *Si el enfermo se obstina en no interrumpir* las relaciones conyugales, el médico *puede* en teoría advertir a la esposa, sana por lo menos

---

La mayoría de los autores ya citados se reducen fácilmente a este tercer grupo. *Aloysius de Smet (loc. cit.,* núm. 68) interpreta exactamente su pensamiento cuando escribe: «No faltan autores a cuyo juicio el médico *puede* revelar discretamente el secreto a la novia o a sus padres, y aun más, estiman que el médico está *obligado* a esta revelación cuando la ley civil le libra en este caso del secreto profesional.» Sin embargo, si el médico no puede, sin perjuicio grave, prevenir a los interesados, ni la caridad ni la ley civil le obligan a hablar.

Conclusión. — Estamos, pues, en buena compañía cuando afirmamos que la revelación es lícita sin ser siempre obligatoria. Esta es la opinión de *casi todos* los moralistas que se sitúan en el punto de vista de la *ley natural.*

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 127.
(2) Lehmkuhl: *Cas. conse.,* I, cas. 300, núm. 975, R. 4.
(3) Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 338, 1931.

Lo que no impide que el mismo autor escriba, pág. 352: En este caso «no me dejaría acusar de una acción deshonrosa o criminal, como tampoco dejaría cometer este crimen que es el matrimonio de un cliente sifilítico en período contagioso sin decir a los padres o a la interesada: «*No hagáis este matrimonio*». Obrando así, aceptaría orgullosamente la penalidad prevista por el artículo 378...».

En realidad, el bien común no requiere que *todo* cliente pueda, sin temor alguno de revelación, confiarse al médico. Todos o casi todos los moralistas están de acuerdo para exceptuar *al* cliente que, injusto agresor, se esconde a la sombra del secreto profesional para cometer con toda seguridad una infamia y causar a una inocente un perjuicio de gravedad excepcional casi irreparable, fecundo en consecuencias desastrosas. Excepciones *de este género* no podrían en modo alguno perjudicar la confianza pública (Gén.-Salsm.: *Cas. cons.,* cas. 217; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 109, págs. 112 y sig., con notas de J. Salsmans, nota 32, pág. 113, y nota 20, pág. 77).

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 133.

en apariencia. Pero de ordinario *callará* para no asestar un golpe muy sensible a la unión de los esposos. «En estos casos difíciles, el buen sentido indica que entre dos males hay que elegir el menor...» Por consiguiente, «lo mejor será en general guardar silencio para con la parte indemne, pues se correría el riesgo de desunir casi ciertamente un matrimonio sin beneficio cierto». Pero, «¿sabemos acaso si el cónyuge al parecer indemne lo está verdaderamente? ¿No es de temer que haya recibido ya el germen del mal, y que si éste no se revela todavía por ninguna manifestación perceptible, no dejará de hacerlo menos seguramente una vez terminado el período de incubación?» (1).

Ya hemos indicado antes (núm. **491**, 2) la conducta que debe seguirse si el médico, después de haber cuidado a un marido sifilítico, se da cuenta de que la esposa está contaminada (2).

496. VII. Sífilis de los niños de pecho. — La sífilis congénita de un niño de pecho crea al médico, y especialmente al médico de familia que prevé o comprueba en el niño una afección sifilítica hereditaria, el *triple deber* de impedir la elección de una nodriza sana, de evitar la infección de una nodriza elegida por los padres y todavía indemne, de proteger contra nuevas injusticias a una nodriza ya contaminada por el pequeño sifilítico.

Conviene examinar este triple deber de elección, de advertencia en tiempo oportuno y de protección. El objeto de este examen es, ante todo, el de investigar si el deber de prevenir la infección de una nodriza sana exige, y en qué medida, la derogación de la ley del secreto profesional.

Ahora bien, el *principio fundamental* que domina toda esta cuestión es el siguiente: no se podría, *sin grave injusticia,* confiar a una nodriza sana y no prevenida del peligro que corre un niño de pecho afecto o seriamente amenazado de sífilis hereditaria. La nodriza «tendría las mayores probabilidades de ser contaminada y de infectar luego a su marido..., o a cualquier persona, a su hijo sobre todo», y «de convertirse en nuevo foco de propagación» (3). Estas razones son tan graves que se opondrían incluso a todo contrato con una nodriza sana, aunque estuviera advertida del peligro muy grande a que se expone (4).

Con la ayuda de este principio vamos a tratar de los deberes del médico respecto a la ley natural.

1. Elección de una nodriza. — Si antes o después del nacimiento de un hijo afecto o amenazado de sífilis, el médico es consultado sobre la elección de una nodriza, o incluso si se le ruega que la elija por sí mismo,

(1) Moureau y Lavrand, pág. 132 y sig.

(2) Otro caso. El médico no ha cuidado al marido. La señora viene a encontrarlo. «Ella ha recibido el mal de su marido... o de otro» (Véase el Dr. E. Hubert: *Le droit du médecin,* núm. 110, págs. 114 y sig.

(3) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 238.

(4) La moral no condenaría sin embargo a una nodriza que, debidamente advertida, se ofreciera por caridad y afecto a la familia a amamantar a un recién nacido sifilítico al que fuera moralmente imposible salvar por otro medio.

no solamente *no elegirá* una nodriza sana, sino que *no contribuirá* a esta elección, por ejemplo aceptando, después de haberla visitado, a una nodriza indemne a la que la familia tuviera en perspectiva.

Más aun *disuadirá* a los padres del contrato que intentan llevar a cabo con una nodriza exenta del terrible mal, y a este efecto les representará el peligro de contagio, así como el temor de una acción judicial por parte de la nodriza, con el escándalo que de ella resultaría. Faltaría a la *justicia* y sería responsable de todas las consecuencias, aun pecuniarias, si eligiera o contribuyera a elegir a una nodriza sana, condenada a una infección casi segura. Faltaría a la *caridad* si no se opusiera con toda su influencia, cuando puede hacerlo sin grave inconveniente, a la elección de una nodriza en buen estado (1).

Lo mejor es que un recién nacido sifilítico sea amamantado por su madre. «quien, en virtud de la ley patológica de Colles y Baumés (1840), no puede contraer la sífilis de su hijo, habiendo sido inmunizada durante el embarazo» (2). Por consiguiente, «*antes del nacimiento* del hijo, cuando se sabe que los padres están en potencia de infección, hay que decidir a la madre a criar a su hijo, tanto si se sabe sifilítica como si no (3).

Si la madre no quiere o no puede amamantar a su hijo, afecto de sífilis sin duda alguna, el Dr. Le Gendre estima que no hay ningún inconveniente en tomar una *nodriza sifilítica.* Debemos hacer observar, no obstante, que el Dr. Morache combate esta opinión «por mil razones, de las que una parece capital: dos sífilis distan de ser siempre equivalentes en intensidad de infección» (4).

Por esto será necesario a menudo, a falta de la lactancia materna, recurrir «*a la leche esterilizada,* que da excelentes resultados cuando el método es inteligentemente dirigido» (5), pero por el contrario «amenaza comprometer la vida de un hijo debilitado por la sífilis» (6).

2. Advertencia oportuna. — Si el médico comprueba que un niño es sifilítico y que la nodriza elegida por los padres está *todavía sana,* o por lo *menos parece estarlo,* no descuidará nada para *prevenir la infección.*

Asimismo, tanto si la nodriza vive en casa de los padres como si el hijo es amamantado en casa de la nodriza, seguirá sensiblemente, si es po-

(1) Un *caso de conciencia* bastante delicado puede sobrevenir aquí.

La madre ha contraído la sífilis al principio de su embarazo. El médico estima que la sífilis es *inevitable en el hijo.* En su opinión el niño nacerá tal vez en estado de salud aparente, pero seis semanas o dos meses después estallarán los primeros síntomas del mal. Prohibe, pues, todo contrato con una nodriza sana. Pero la criatura viene al mundo y parece un crío soberbio. Por lo que los padres se deciden a elegir una nodriza exenta de toda lesión.

¿Puede el médico, que conserva su convicción, considerarse como relevado del secreto médico, y, sin pronunciar el término sífilis, advertir a la nodriza que corre el riesgo de contraer una enfermedad contagiosa? Al aconsejar a la nodriza que no acepte el ofrecimiento de los padres, el médico al parecer sólo aplicaría los principios propuestos antes (núm. **494**). Tendría una *causa justa* para no callar; tendría por objeto *prevenir* un perjuicio *muy grave y casi cierto.*

(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 341, 1931.

(3) *Ibid.,* pág. 341.

(4) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 238.

(5) *Ibid.,* pág. 238.

(6) Dr. P. Le Gendre, *loc. cit.,* pág. 341.

sible, la misma línea de conducta: comenzará por actuar sobre los padres, y no se considerará desligado del secreto profesional sino en caso de urgencia o de fracaso.

1.° *Nodriza en casa de los padres.* — Lo primero que hay que hacer es *advertir a los padres* e insistir en que la lactancia cese sin demora y en que el niño sea a continuación criado con biberón. Sin pronunciar la palabra sífilis, los padres informarán a la nodriza de que el estado del niño exige el destete inmediato, o bien, si así lo prefieren, encargarán al médico de este cuidado.

Pero hay que prever *resistencias* por parte de la familia. Si los padres *se niegan* al destete inmediato, el Dr. Le Gendre da los consejos siguientes: «formular una receta que prescriba el tratamiento del hijo, la suspensión de la lactancia, firmar y retirarse. Confirmar su retirada por carta certificada con envío de la factura de honorarios» (1). Conforme a los principios ya sentados (núm. 494), creemos que si nada puede convencer a los padres, sordos a toda recriminación y hasta al temor de una acción judicial por parte de la nodriza, el médico *puede,* sin estar *estrictamente obligado* a ello, considerarse desligado del secreto profesional. «Tiene el recurso de advertir a la nodriza de que contraería una grave enfermedad contagiosa si continuara amamantando al niño» (2).

Por otra parte será posible que la familia ceda a la persuasión o a las amenazas y acepte suspender inmediatamente la lactancia. En este caso el médico insistirá para que los padres tengan a la nodriza «en observación seis o siete semanas, conservándole su leche, si es posible, por medio del sacaleches»: este plazo es indispensable para asegurarse de que se ha librado del contagio. «Si permanece sana en apariencia, deberá evitar colocarse en otra casa», por lo menos en seguida: «la familia hará bien en conservarla como ama seca» (3).

2.° *Niño de pecho en casa de la nodriza.* — Cuando el médico descubre en casa de la nodriza a un niño de pecho sifilítico y no puede entenderse con los padres sino después de cierto tiempo, sigue una línea de conducta *algo diferente:* se encarga de hacer cesar la lactancia que amenaza ser tan perjudicial para la nodriza, sana todavía, por lo menos en apariencia; luego hace llamar a los padres y los pone en la obligación de retirar a su retoño; en caso de negativa persistente advertirá a la nodriza del grave peligro a que se expone.

«En el servicio de *hospicios* y *maternidades...,* la situación del médico es mucho más fácil: es *perito* de la administración más bien que médico tratante... Si por tanto el médico encuentra en casa de una nodriza a un niño de la Asistencia pública contaminado de sífilis, debe prevenir a la administración, y en el caso en que la nodriza esté sana todavía, hacer cesar la lactancia» y advertirla de la necesidad en que se halla de cuidarse y hacerse examinar de nuevo por un médico algunas semanas después (1).

3. Protección después de la infección. — Si el médico reconoce que la nodriza, sana al principio, *ha sido contaminada* por el crío, instituirá inmediatamente el tratamiento específico y dejará continuar la lactancia, ya inofensiva.

Hecho esto, no considerará como terminada su tarea. Indudablemente no está obligado a nada más *en justicia,* puesto que de ninguna manera ha elegido o contribuído a elegir a la nodriza. No obstante, la *caridad* exige más y le impone un deber de protección.

Se esforzará en conseguir que los padres no se substraigan a la *doble obligación* nacida de su culpable imprudencia: *obligación de advertir* a la nodriza de su estado de salud para que se someta a seguir durante varios años el tratamiento necesario; *obligación de indemnizarla* generosamente, puesto que desde entonces le será imposible tomar niños de pecho.

Si el padre del niño enfermo acepta cumplir esta doble obligación de estricta justicia, el médico no llevará más lejos su intervención: dejará a los interesados que discutan entre ellos el importe de la indemnización.

Si por el contrario el padre se substrae a su doble obligación, si se niega a advertir a la nodriza de la enfermedad contagiosa que ha contraído y a darle una justa indemnización como reparación del perjuicio causado, ¿puede considerarse el médico desligado del secreto profesional? Habría motivo para examinar la cuestión, puesto que se trata de impedir una *nueva* y muy grave injusticia. Cuando menos podemos concluir que el médico está autorizado a remitir la nodriza a un colega que la informe exactamente y ponga en sus manos las armas que necesita para intentar, si le parece bien, una acción civil: al hacer esto el médico *se sirve del secreto* contra los intereses de su cliente, pero estimamos que existe una causa justa para obrar así. Esta es igualmente la opinión del Dr. P. Le Gendre (2).

497. VIII. Sífilis de las nodrizas. — Si conviene no confiar a una nodriza sana un niño de pecho sifilítico, conviene igualmente no dar una nodriza sifilítica a un niño de pecho nacido en un estado de salud real. Por consiguiente, cuando una nodriza se presenta al examen médico

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 341, 1931; iguales consejos en el Dr. E. Hubert *(Le devoir du médecin,* núm. 111, pág. 116).

(2) Moureau y Lavrand, pág. 136.

En estas circunstancias, el médico francés estaría al parecer a cubierto por la jurisprudencia que, en ciertas sentencias, ha hecho en este punto *quebrar la ley del secreto,* y hasta se ha mostrado más severa que el derecho natural.

«De diversas sentencias resulta — declara Dechambre — que un médico es responsable de los daños y perjuicios de una nodriza a la que ha dejado ignorar que el niño amamantado por ella estaba afecto de sífilis hereditaria o congénita, si el perjuicio causado ha sido la consecuencia de su resistencia» (Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 193, nota 1; véase Moureaud y Lavrand, págs. 134 y sig.).

Esto es suponer que el médico está obligado *en justicia* a prevenir a la nodriza para impedir el contagio. Desde el punto de vista del derecho natural, sólo está obligado a *título de justicia* en el caso de que él haya escogido la nodriza o contribuído a la elección.

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 341, 1931.

(1) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 239.

(2) «Si el padre se niega a declarar a la nodriza el daño que se le hace y a repararlo, debemos cesar en nuestros cuidados.

Si la nodriza nos pregunta la causa de nuestra retirada debemos enviarla a un colega que la informará» (Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 341, 1931).

por su cuenta o a petición de los padres, «el primer deber del médico es el de asegurarse de que no está afecta de sífilis en absoluto» (1). «Nuestra responsabilidad — dice el Dr. Le Gendre — es muy grande en la elección de una nodriza...: debemos hacer siempre, por nosotros mismos, un examen completo de la nodriza *y de su hijo* en tanto sea posible» (2).

Hasta aquí no hay dificultad alguna desde el punto de vista moral, pero se presentan *tres cuestiones*. Dos conciernen al secreto profesional y se resuelven algo diferentemente, según que la nodriza de hecho contaminada se someta al examen a petición de los padres o por el contrario por su propia iniciativa. La tercera tiene por objeto la conducta que debe seguir el médico que ha aceptado a la nodriza si a pesar de todas las precauciones sobrevienen accidentes sifilíticos después del comienzo de la lactancia.

1. Secreto médico en caso de examen solicitado por los padres. — No hay el menor secreto médico *para con los padres* cuando la nodriza se presta al examen exigido por ellos. Sabe que el examinador desempeña el papel *de perito*, y consiente por consiguiente en los informes, favorables o desfavorables, que suministrará sobre su estado.

Si está contaminada, el médico se lo dirá y advertirá a la familia de que no la acepte. Es mejor no obstante, en la relación, no mencionar la sífilis, que podría dar lugar a revelaciones indiscretas. Basta para el objeto que el médico recomienda a los padres, de palabra o por escrito, no confiar a la tal nodriza su recién nacido.

Si la nodriza parece perfectamente sana, el médico emitirá un veredicto favorable. No obstante, para evitar a los padres sorpresas desagradables, añadirá que el examen más serio no podría ser una *garantía infalible*.

2. Secreto médico en caso de examen solicitado por la nodriza. — Si una nodriza *sifilítica* se presenta *por su propia iniciativa* al examen médico, el médico tratante no le ocultará ni la naturaleza de su mal ni las graves responsabilidades en que incurriría al tomar un niño de pecho.

Por lo demás le debe, con la indicación del tratamiento apropiado, un silencio absoluto.

Pero supongamos que algunos días más tarde la encuentra de nuevo en el seno de una familia honrada en la que ha conseguido introducirse y en la que se apresta a contaminar *conscientemente* al recién nacido que esperan los padres. ¿*Puede* en este caso considerarse desligado del secreto profesional y aconsejar que no se acepte definitivamente a la nodriza antes de haberla sometido a una visita médica? Los principios que hemos expuesto más de una vez exigen una respuesta afirmativa: se trata de impedir que una cliente cometa conscientemente una injusticia muy grave.

3. Conducta en caso de infección. — Es posible que el examen médico haya sido descuidado o que no haya revelado en la nodriza una sífilis real, pero latente y sin accidentes visibles. El mal se manifiesta algún

(1) Dr. Morache: *La profession médicale*, págs. 238 y sig.
(2) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 342.

tiempo después del principio de la lactancia. ¿Qué hacer? El Dr. Le Gendre responde a esta pregunta.

«Si el niño de pecho está *aún sano en apariencia*, emplear la leche esterilizada o utilizar una cabra durante seis semanas por los menos (1).

Si aparecen las lesiones, aconsejar a los padres que conserven a la nodriza, a pesar de su repugnancia habitual, haciéndoles comprender que al niño le conviene más ser criado al pecho y que se exponen, al despedir a la nodriza, a ser acusados de haberla contaminado.

Como precaución *contra un posible chantaje:* tener una consulta con un colega y redactar con él una especie de observación en forma de carta a los padres, precisando la evolución y la anterioridad probable o indiscutible de la sífilis en la nodriza, y prevenir a ésta obligándola a continuar sus servicios» (2).

498. IX. Sífilis de los sirvientes. — La solución es también la misma en este caso, y es inútil insistir más en ella.

Si todos los esfuerzos para obtener que un sirviente sifilítico, empleado al servicio inmediato de los amos o de los hijos, se aleje por su propia voluntad tropiezan con una voluntad decidida a no ceder, y la denuncia resulta *el único medio* de atajar un peligro muy grave de contagio, el médico *puede*, sobre todo si se trata de una sirvienta encargada de los niños, decir al padre de familia lo que es indispensable para su seguridad y la de los suyos.

Sin embargo, está *tanto menos obligado a ello* cuanto que, si bien autorizado a prevalerse del derecho natural, no ganaría tal vez la causa ante los tribunales.

Si juzga oportuno hablar, debe tomar sus medidas y hacer imposible de antemano toda acusación: con un poco de habilidad no le será difícil al dueño hallar un pretexto plausible para un despido exigido por las circunstancias. En caso necesario podría obligar al sirviente contaminado a someterse a la visita médica de *otro* médico que desempeñaría en ello el papel de perito.

Si el peligro de contagio proviene de una enfermedad diferente de la sífilis, será de ordinario más lejano o más aparente, caso en el que el médico no dejaría de estar obligado al secreto médico.

4.ª Bien del cliente

499. Verdadera causa excusante. — El consentimiento *formal* o *presumido* del enfermo es, como ya hemos dicho (núm. 482), una causa excusante respecto a la ley moral. Por lo tanto el médico puede, con res-

(1) No es posible, antes de este tiempo, confiarlo a una nodriza sana, a la que tal vez contaminaría.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 342. 1931. — En todas estas cuestiones de sífilis se leerá con gran provecho al Dr. Georges Thibierge: *Syphilis et déontologie*, 1903. En la solución de los casos el autor, partidario del secreto absoluto, es mucho más severo que el derecho natural.

pecto a esta misma ley, considerarse desligado del secreto profesional siempre que la revelación sea el medio y el único medio de procurar al cliente un gran bien sin causar a nadie un perjuicio injusto: en estas condiciones el médico está autorizado *para presumir* el consentimiento del interesado.

Por esto no hay motivo para insistir más en una verdad que ya hemos expuesto e ilustrado con un ejemplo derivado precisamente del secreto médico (núm. **461**, 4).

5.ª Interés personal del médico

500. I. Verdadera causa excusante. — Llegamos finalmente a la última de las causas excusantes, que es el *interés personal* del médico, con tal, sin embargo, que este interés sea de primera gravedad y no pueda realmente ser salvaguardado por otro medio.

Por lo demás, no hay necesidad de insistir en una demostración que ya ha sido hecha.

Tal como lo hemos establecido (núm. **461**, 5), el interés del médico puede ser de tal naturaleza que la ley del secreto no pueda mantenerse sin imponer una carga demasiado pesada y hasta sin convertirse indirectamente en perjudicial para el bien general (1).

Es preferible explicar con un ejemplo, procedente del cobro de los honorarios, que el interés personal no constituye siempre una causa suficiente: no basta sino cuando este interés personal, a causa de su extrema gravedad, es *proporcional al mal* que resulta de la violación aparente del secreto.

501. II. Cobro de honorarios. — Obligado por la mala voluntad de un cliente a reclamar en justicia sus honorarios, el médico no está nunca autorizado por el derecho civil francés ni para justificar una factura particularmente elevada, y en manera alguna parece autorizarle el derecho natural, en los casos ordinarios, a revelar lo que es propiamente *el objeto del secreto profesional*, es decir, lo que puede causar al cliente un perjuicio real o un justo disgusto. «Si la revelación — escribe P. Brouardel — debe referirse a un acto culpable imputable a vuestro cliente, y si se hace público por vuestra reclamación o incluso si denuncia una afección cuyo conocimiento estimule las lenguas maliciosas, vuestro silencio debe ser absoluto. Debéis renunciar a este beneficio, por legítimamente adquirido que sea» (1).

(1) Puede ocurir que el interés *real* del enfermo se una al interés personal del médico para autorizar a este último a servirse del secreto profesional contra los intereses *aparentes* del enfermo. Esto es lo que ocurrió en un caso bastante raro sobre el que fué consultado el Dr. Morache.

«Un joven médico, invitado a auscultar a su novia, reconoció que el resfriado por motivo del cual se le consultaba, como riendo y casi por complacencia, evolucionaba en un pulmón netamente tuberculoso. ¿Qué hacer entonces? Hablar, decir la verdad, era muy cruel. Callar y sacrificarse al deber profesional era peligroso, *aun para la enferma*, y más que penoso para el novio. En este caso hemos aconsejado romper el matrimonio haciendo surgir un incidente a última hora. Así se hizo. La familia consideró al médico como un personaje singular; pero la infeliz novia comprendió la causa, no pudo soportar su pena y murió algunos meses después de tuberculosis aguda» (Dr. Morache: *La prof. médic.*, págs. 236 y sig.). Hubiera sido mejor decir la verdad con todo el cuidado posible y esforzarse en detener el mal agotando todos los medios físicos y morales, sin exceptuar la esperanza de una unión próxima. Pero ¿era esto obligatorio?

1. Derecho civil francés. — Los Parlamentos de la vieja Francia reprobaban ya como una violación del secreto médico toda reclamación de honorarios acompañada de revelaciones desagradables.

En 1747 un cirujano de Evreux había tratado a cierto dignatario por una enfermedad venérea.

«Como fuera que este último se hiciera rogar para el pago de su factura de honorarios, el cirujano se la envió indicando claramente la enfermedad de que le había cuidado (2). El Parlamento de Ruán condenó al cirujano a seis años de interdicción, a 12 libras de multa y a 1.000 libras de indemnización. Además tuvo que dar públicamente excusas honorables» (3).

En la Francia contemporánea, la jurisprudencia «ha sido fijada por un juicio del tribunal del Sena, del 11 de marzo de 1864, confirmado en apelación y que aplicó una condena severa contra un médico que se había permitido explicar su factura de honorarios violando gravemente el secreto» (4).

2. Derecho natural. — El derecho natural concuerda en este punto con el derecho civil. Indudablemente el interés personal del médico está en juego; pero no es ni un interés muy grave, puesto que se trata de un beneficio pecuniario relativamente mediano, ni un interés que exija la *revelación* de un diagnóstico, propio para causar un perjuicio muy real o producir un justo disgusto (5). «Sin violar el secreto pueden indicarse las bases principales de los honorarios pedidos, es decir, el número de visitas, si ha habido o no una operación, etc.» (6).

Asimismo, si no especifica la naturaleza de la enfermedad, el médico podrá recurrir al *carnet de visitas*, el cual *podrá* sin inconveniente ser exhibido en justicia y pondrá fin a toda duda. De ahí el consejo del doctor Le Gendre: «Nunca recomendaré demasiado a mis jóvenes colegas que tengan el mayor cuidado con la *contabilidad* de sus visitas,

(1) Citado en el Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 332, 1931.

(2) *Desde el punto de vista del derecho natural* no habría violación del secreto si la nota se hubiese dirigido bajo sobre cerrado y *sólo* al enfermo. No habría entonces *revelación ni peligro* de revelación.

(3) E. Martin: *Précis de déontologie*, pág. 71.

(4) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 142.

(5) *Supongamos sin embargo* que se trata de una suma *importante*, que la indicación de la enfermedad sea, por excepción, *necesaria* para percibir los honorarios, que esta indicación sea desagradable al enfermo sin serle en modo alguno *perjudicial*, puesto que únicamente él recibirá y leerá la nota. En estas circunstancias, *que excluyen toda revelación* y por tanto la violación del secreto ¿prohibiría *el derecho natural* al médico especificar el daño? No lo creemos.

Y en el texto tratamos un caso muy diferente: el caso en que hay revelación o por lo menos peligro de revelación *hecha a terceros*.

(6) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 143.

indicando en su *fecha exacta los cuidados excepcionales,* intervenciones, asistencias nocturnas, etc., pero *sin inscribir nunca* en el carnet de visitas o consultas la *naturaleza de la enfermedad,* pues cuando en caso de duda el carnet debe ser manifestado ante la justicia, no hay que exponerse a parecer que se viola el secreto profesional» (1).

CONCLUSION GENERAL

502. ¿Qué se debe retener? — Lamentaríamos sobremanera una interpretación errónea de la importancia del derecho moral, de la opinión de los moralistas, de nuestro pensamiento. Nos engañaríamos singularmente si consideráramos al secreto médico como bastante benigno, abundante sin duda en aplicaciones, pero casi igualmente rico en excepciones. La verdad es muy otra y quisiéramos para concluir demostrarla brevemente.

1. Límites. — El secreto médico no es absoluto. Tiene sus límites. No obstante, las causas excusantes, aunque numerosas en apariencia, se presentan muy pocas veces.

Es raro que el consentimiento, *formal* o *legítimamente presumido* del enfermo, releve al médico del secreto profesional.

Es raro que el bien común, o la autoridad de la ley civil, obliguen o por lo menos autoricen al médico a hablar.

Es más raro todavía darse el caso de que el cliente, prudentemente advertido, se obstiene en abusar del silencio a que está reducido el médico para cometer una de esas infamias irreparables que el depositario del secreto profesional puede, y algunas veces debe, prevenir con un informe oportuno.

Finalmente es superlativamente raro que el interés del médico, y un interés de primera gravedad, no pueda ser salvaguardado sin la violación aparente del secreto médico.

2. Rigor real. — Resulta, pues, que el secreto médico, a despecho de sus límites, es *muy estricto y riguroso*. Lo que releva del secreto natural, del secreto prometido, del secreto confiado a un amigo o a un pariente, no releva necesariamente del secreto profesional. La *regla* casi invariable es que el médico está obligado a callar, y obligado en justicia. La *rara excepción* es que pueda o incluso que deba hablar. En suma, todo se reduce a examinar lealmente si hay en la revelación un bien social notablemente mayor que en el silencio.

3. Práctica. — Por lo tanto, hacemos nuestra la línea práctica de conducta que J. Salsmans traza al abogado.

«En general *evitemos escrupulosamente toda laxitud*... Es muy laudable, por un sentimiento bien entendido de honor y de honradez mantener sistemáticamente el rigor y la santidad de este secreto, y rechazar

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 392, 1931.

a priori todo uso, aun con el consentimiento *explícito* del cliente. Por esto, en los casos extremadamente raros en los que parece obligatorio hablar, nos impondremos el deber de pesar primero con una extremada prudencia todas las circunstancias y de consultar a personas sabias muy versadas en estas materias.

No hay violación alguna del secreto en *la consulta a un colega,* o a un sacerdote, cuando éstos no pueden sospechar absolutamente de quién se trata.

Para evitar precisamente que reconozcan a la persona en cuestión es preferible presentar el caso bajo un aspecto teórico, suprimir o modificar los detalles demasiado particulares que no interesen a la solución. En una consulta semejante toda prudencia es poca» (1).

(1) J. Salsmans: *Droit et morale, Déontologie juridique,* págs. 180 y sigs., 1925.

CAPITULO XXIII

DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA

503. Objeto y división. — I. OBJETO. — *No trataremos* en este capítulo de la responsabilidad del médico en su vida privada, en su vida pública, y, si hay motivo, en su vida política. Nada especial hay que decir de la responsabilidad del hombre, del marido, del padre de familia, del ciudadano, del político. Basta recordar la verdad de buen sentido de que las faltas de la vida privada, o incluso de la vida política, pueden *ocasionar más de una falta* de los deberes profesionles, y por consiguiente agravar la responsabilidad *médica,* la responsabilidad del médico *como tal,* la responsabilidad *en el ejercicio de la profesión,* único objeto de nuestro estudio.

Pero la responsabilidad *médica* o profesional no puede ser *real* sin estar ligada muy estrechamente con la responsabilidad en general. De este hecho indiscutible derivamos la *división* de este capítulo, que comprende tres artículos.

II. DIVISIÓN. — Después de haber definido en el *artículo I* la responsabilidad en general e indicado sus diferentes especies, estudiaremos en los *artículos II y III* la responsabilidad *moral* del médico en su vida profesional, y su responsabilidad *legal,* civil por lo demás o penal.

1. *El artículo I* expondrá las nociones que nos son necesarias para establecer, y particularmente para determinar, la responsabilidad médica.

2. *El artículo II* enseñará *la medida* en que el médico, como tal, es responsable *moralmente,* y por tanto ante Dios y su conciencia, con respecto a los enfermos, con respecto a los colegas, y, en cierto modo, con respecto al cuerpo médico entero.

1.° No habrá que insistir extensamente sobre la responsabilidad moral con respecto a los *enfermos:* en la primera y segunda parte de esta obra no hemos hecho más que demostrar su existencia y precisar su extensión.

2.° La responsabilidad moral respecto a los *colegas* y hasta al *cuerpo médico* entero derivará de la tercera parte, que examinará las relaciones de los médicos entre sí. Bastará por consiguiente proponer aquí el principio general, para deducir más tarde sus conclusiones.

3. *El artículo III* no podría omitir ciertas cuestiones que surgen de modo espontáneo y no son enteramente extrañas al derecho natural. Hay motivo para examinar si es oportuno y hasta *necesario* que el médico sea, en cierto modo, responsable *legalmente* de sus actos profesionales; cuál

debe ser el *objeto* y en consecuencia cuáles deben ser los *límites* de esta responsabilidad legal que no puede ser indefinida; si es deseable que el médico, llamado para rendir cuentas de sus ignorancias, de sus descuidos, de sus torpezas, pretendidas o reales, dependa de los *tribunales* de derecho común, o por el contrario de una jurisdicción de excepción.

Hecho esto, diremos *cuál es* según la ley civil francesa la responsabilidad médica, y cuál debe ser la conducta de los médicos llamados a título de peritos para concurrir al juicio de un colega.

Así pues, la *responsabilidad* — la responsabilidad *moral* — la responsabilidad *legal:* tal es el triple objeto de este capítulo.

ARTICULO PRIMERO

NATURALEZA Y DIVISION DE LA RESPONSABILIDAD

504. I. Naturaleza de la responsabilidad. — De un modo general la *responsabilidad* es, como indica el término, la obligación que incumbe a todo agente dotado de libertad de responder de sus actos *ante la autoridad competente,* es decir, de responder *ante Dios y ante la conciencia* de todos sus actos libres en sí mismos o por lo menos en su causa; *ante el poder civil,* de ciertos actos exteriores, tal vez involuntarios, pero contrarios a las justas leyes o perjudiciales para el prójimo (1).

No tenemos que justificar ni explicar esta definición. Recordamos solamente que la sana filosofía y hasta el más vulgar sentido común sitúan en la base de la responsabilidad al libre albedrío y al conocimiento del deber. Unicamente el agente *libre* es responsable, y *moralmente* no es responsable sino de sus actos libres: en conciencia sólo debe reconocerse autor y sufrir las consecuencias de sus determinaciones libres y de los frutos de éstas. Asimismo, si a los ojos de la ley es declarado responsable de ciertos actos *involutarios,* es porque en sí podía y debía legalmente poner más atención, cuidado y prudencia en su conducta: todo lo que supone también el libre albedrío y proclama su necesidad.

505. II. División de la responsabilidad. — Según la definición que acabamos de dar, hay que distinguir una *doble responsabilidad:* la responsabilidad moral y la responsabilidad legal, que se subdivide en civil y penal.

1. *La responsabilidad moral* es la obligación en que se encuentra todo hombre y por consiguiente todo médico, de responder algún día de todos sus actos conscientes y libres *ante el tribunal de Dios,* que lo ve todo, no olvida nada y que después de la muerte recompensa todos los méritos y castiga todas las faltas, pero que, a diferencia de la justicia humana, se deja conmover en este mundo por un arrepentimiento perfecto y sincero.

(1) Sobre la imputabilidad a falta, véase aquí mismo, núms. **373** y sigs.

La *conciencia* moral *previene* en cierto modo los futuros juicios de Dios. Cuando es honrada y prácticamente cierta no se contenta con mostrar de modo seguro la vía algunas veces estrecha del deber: después del acto, bueno o malo, sostiene con sus goces tan puros al hombre de bien que ha emprendido resueltamente el rudo sendero de la obligación y lo pisa con pie firme; se esfuerza en llevar a ese camino, mediante el aguijón de los remordimientos, al culpable que de él se desvía y que hallará tal vez su más temible castigo en una paz engañosa.

2. *La responsabilidad legal* es la necesidad en que se halla todo ciudadano de responder ante esta autoridad legítima, denominada *poder civil,* de sus actos exteriores, perjudiciales para el prójimo, o por lo menos contrarios a las justas leyes del país.

Se subdivide en responsabilidad civil y responsabilidad penal.

La responsabilidad *civil* es la necesidad de reparar, indemnizando a la víctima después de una justa condena, el daño real pero tal vez involuntario causado a una tercera persona.

La responsabilidad *penal* es la necesidad de reparar con respeto a la sociedad, y sufriendo la pena infligida por el juez, las infracciones a las leyes.

506. III. Comparación. — Si comparamos una con otra la responsabilidad *moral* y la responsabilidad *legal,* vemos que la responsabilidad moral es mucho más extensa y por tanto mucho más temible, mucho más eficaz, o mejor, si se trata del médico, única eficaz y única inofensiva.

1. Más EXTENSA. — La responsabilidad moral no comprende sin duda, como la responsabilidad civil o penal, ciertos actos exteriores que en realidad no han sido voluntarios ni en sí mismos ni en su causa. Pero en cambio se extiende *a todos los actos libres,* tanto si se han exteriorizado como si han permanecido en el santuario del alma. Esto significa que ningún acto *verdaderamente humano* se libra ni se substrae a su imperio.

2. Más TEMIBLE. — Por el hecho mismo de ser más extensa es la responsabilidad moral *más pesada* y *más temible.* Se sabe, por lo demás, que el juez está a salvo de toda ignorancia, de todo error, de todo desfallecimiento, y que una conciencia *voluntariamente* errónea o endurecida no protege a nadie contra las divinas sanciones. Si bien «el tribunal de la conciencia humana lleva de ordinario la indulgencia hasta el máximo, y aplica fácilmente a su propio individuo una ley de sobreseimiento llena de mansuetud», no ocurre así con la ciencia divina, que descubre las intenciones más complejas y aprecia en su justo valor la responsabilidad personal (1).

3. Más EFICAZ. — La responsabilidad moral no podría ser más extensa y más temible sin tener en sí misma *más dominio* sobre todos los que, creyendo en las recompensas sin fin y en las penas eternas del más allá, tienen al mismo tiempo y por el mismo hecho una idea muy elevada del deber, cuyo origen es tan santo y cuya sanción es tan formidable.

(1) Dr. Morache: *La profession médicale,* pág. 194.

4. UNICA EFICAZ. — En el curso de esta obra hemos tenido más de una vez ocasión de recordar que el médico debe ante todo ser *hombre de deber* y *de conciencia.*

Ahora bien, no será ni quedará hombre de deber y de conciencia si no tiene un sentimiento muy vivo de su responsabilidad moral y de su dignidad profesional. He aquí por qué únicamente la responsabilidad moral puede mantener al médico a la altura de su tarea y preservarle de extrañas caídas.

La responsabilidad *legal* no podría ser suficiente. Asimismo, según la observación del Dr. Dechambre, «la más vulgar *habilidad* burlará con seguridad», o por lo menos a menudo, «las prescripciones combinadas del Código civil y del Código penal, y así es cómo la profesión médica puede convertirse en una especie de asilo prohibido a las leyes protectoras de la vida humana» (1). Mantened, agravad y extended la responsabilidad civil y legal, pero suprimid la responsabilidad moral, y aseguraréis la impunidad a tantos errores culpables que tendréis derecho a repetir la frase satírica de Nicoclès, citada por Montaigne, con respecto a los médicos: «Tienen la fortuna de que el sol ilumine sus éxitos y de que la tierra oculte sus faltas» (2).

5. UNICA INOFENSIVA. — La responsabilidad *moral* nunca pone trabas a las libertades legítimas, y en esto difiere de la responsabilidad *legal,* que sería o mal aplicada o demasiado extensa (3).

ARTICULO II

RESPONSABILIDAD MORAL DEL MEDICO

507. Idea general. — División. — El médico sólo es responsable *moralmente* de sus *actos libres:* tal la conclusión de todo lo que precede. No es pues, moralmente responsable del *mal cometido,* por acción u omisión, sino lo ha querido *libremente,* ora en sí mismo y directamente, ora en la causa que podía y debía evitar para impedir que se produjera el efecto malo. Responsable moralmente del mal cometido, es igualmente responsa-

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 205.

(2) *Essais,* l. II, cap. 37.

(3) *El Dr. Okinczyc* muestra en las siguientes líneas que la responsabilidad moral, extendida a todos los actos, es la *única eficaz e inofensiva.*

«La profesión médica bajo el control de la conciencia es esencialmente una acción constante de justicia, de caridad y de prudencia. El ejercicio de estas virtudes puede ir desde el grado de justa suficiencia hasta el heroísmo. Esto es lo que diferencia a los tibios, los perfectos y los santos. Pero habrá siempre una variedad peligrosa y contra la cual ni la clarividencia del público ni el aparato judicial ofrecen ninguna garantía; me refiero a los *hábiles.*

Entre la responsabilidad legal, que tiene sus límites, y la responsabilidad moral, que no los tiene; entre ésta, que salvaguarda la libertad de que es corolario, y aquélla, que obstaculiza las libertades legítimas sin alcanzar como convendría las licencias culpables, para el médico digno de este nombre la elección está hecha y la adhesión consentida de antemano» (*La profession médicale,* en *Etudes,* tomo 217, págs. 13 y sigs., 1933).

ble de las *consecuencias* que había previsto, por lo menos confusamente, y está obligado a reparar, incluso con dinero, si no sus faltas a la caridad, por lo menos sus *injusticias*, siempre que éstas hayan causado pérdidas pecuniarias.

Por el contrario, no tiene la menor responsabilidad *moral* de todo cuanto es error *involuntario*, imprudencia *involuntaria*, torpeza *involuntaria*, si no ha descuidado nada para prevenir, desde que ha advertido su falta, las desagradables consecuencias de sus errores, de sus imprudencias, de sus torpezas.

A la luz de este principio, que conviene precisar, vamos a examinar la responsabilidad *moral* del médico respecto a sus clientes, a sus colegas, y, en cierto modo, a todo el cuerpo médico.

§ 1. — Para con los clientes

508. I. Faltas voluntarias a la caridad o a la justicia. — Ya hemos visto que todos los deberes del médico se reducen, bajo la dirección de la prudencia, a obligaciones de caridad y particularmente de justicia (núm. **10**).

Es responsable *moralmente* de sus faltas voluntarias a una u otra de esta doble serie de obligaciones. En las primeras páginas de este tratado hemos trazado ya la lista de las principales faltas que puede cometer (n. **10**).

Mas, si se considera el deber de *reparar* el mal voluntariamente cometido la responsabilidad moral no es la misma: es enteramente distinta según que la caridad, o por el contrario la estricta justicia, hayan sido *deliberadamente* violadas.

1. Caridad. — El médico que falta gravemente a la *caridad* no lesiona ningún *derecho* perteneciente al prójimo, y no comete, hablando con propiedad, injusticia alguna. Por consiguiente no podría *estar obligado* a reparar *en justicia* los daños que hubiera acarreado su negativa de buenos oficios, o, en otros términos, sus faltas de caridad.

Mas para evitar toda mala interpretación conviene observar que el médico puede *faltar gravemente a la justicia* al cumplir mal sus deberes de caridad. Es lo que ocurriría si en los cuidados gratuitos que presta a los pobres prescribiera, por ignorancia, imprudencia o torpeza grandemente culpables, remedios gravemente nocivos o si practicara operaciones muy perjudiciales (n. **190**).

Habría asimismo violación de la justicia si el médico, después de haber cuidado gratuitamente a un pobre, no guardara con respecto a él el secreto profesional (n. **468**). La razón se comprende en seguida: un enfermo no tiene derecho a cuidados médicos gratuitos, pero tiene derecho a que el médico no le perjudique al cuidarle gratuitamente.

2. Justicia. — Como todo ser humano, el médico está obligado, *antes de sentencia judicial*, a compensar con dinero los daños pecuniarios de que ha sido causa real, causa injusta, causa culpable en conciencia.

Por lo demás basta con aplicar en este caso los principios que hemos sentado al tratar de los remedios nocivos (n. **190**). Poco importa que el daño pecuniario provenga de una injusta abstención o de una intervención injusta: la obligación de reparar el tuerto hecho a conciencia y voluntariamente es la misma.

Sólo habría excepción si el médico hubiera perjudicado deliberadamente la salud de su cliente sin afectar de contragolpe a su bolsa. En este caso únicamente *después de sentencia del juez* estaría obligado a una indemnización en dinero. Se admite efectivamente con bastante frecuencia que antes de la condena judicial no hay obligación, en justicia, de compensar los bienes de tal o cual orden con bienes de orden enteramente diferente: por ejemplo la reputación o la vida por una suma de dinero, suma que no restablecería en absoluto la igualdad comprometida, objeto de la justicia conmutativa (1).

509. II. Faltas involuntarias a la justicia. — La definición de la responsabilidad moral (n. **505**, 1) demuestra por sí sola que el médico no es responsable *moralmente* de sus faltas *involuntarias* a la justicia: es decir, de sus errores involuntarios, de sus descuidos involuntarios, de sus torpezas involuntarias, con tal sin embargo que no haya querido *en su causa ni en sí mismo* uno u otro de estos desfallecimientos tan naturales a la debilidad humana, y con tal que después de haberse dado cuenta de su error haya hecho todo lo que debía para prevenir, en tiempo oportuno, sus fatales consecuencias.

Al hablar de los errores plenamente involuntarios (n. **190**), hemos dicho que en este caso el médico no está obligado, antes de sentencia judicial, a compensar con dinero las pérdidas pecuniarias infligidas de tal modo al cliente. La misma observación se aplica a toda *injusticia involuntaria*, cualquiera que sea: antes de condena el médico no tiene la menor obligación de responder de las consecuencias de que es causa real indudablemente, y causa materialmente injusta, pero de las que no es en modo alguno *causa culpable:* él no las ha querido libremente.

Pero si es condenado deberá, como lo hemos hecho observar, una justa indemnización a la parte lesionada (n. **190**), a menos, desde luego, que la condena haya sido *ciertamente ilegítima*.

510. III. Conducta práctica. — Las diversas cuestiones que hemos tratado en el curso de esta obra, y especialmente lo que hemos dicho de la formación del médico, de las visitas médicas, de las consultas, remedios, consejos morales, operaciones, secreto profesional, dan a entender de modo suficiente cuál debe ser la *conducta práctica* del hombre de arte que quiere *evitar*, en el ejercicio de su profesión, toda falta voluntaria y *disminuir*, en cuanto sea posible, el número de las faltas involuntarias propias de la fragilidad humana.

(1) Gén.-Salsm., I, núm. 560.

Nos bastará, pues, citar las líneas siguientes del Dr. Le Gendre:

«*¿Cómo disminuir nuestras responsabilidades?* No descuidando ocasión alguna de instruirnos; reflexionando sobre las consecuencias posibles de todos nuestros actos y de todas nuestras palabras; examinando siempre atentamente a todos los enfermos; advirtiendo cada vez que convenga a los enfermos y a su familia de lo que es útil que sepan del presente y del porvenir probable; escribiendo legiblemente y releyéndo siempre lo que hemos escrito; permaneciendo el menor tiempo posible bajo la duda de un diagnóstico incierto, sobre todo cuando la terapéutica puede depender de él, si podemos pedir que se comparta nuestra responsabilidad; teniendo siempre en cuenta las inquietudes y las quejas del paciente y de sus parientes; finalmente, acudiendo siempre lo más pronto posible» (1).

Es evidente que estos consejos nos llevan nuevamente a las primeras páginas de este tratado. Sea el médico *constantemente* hombre de ciencia, de deber, de celo, de verdadera humildad, de discreción, y la responsabilidad médica será para él tan ligera como pueda serlo.

§ 2. — Para con los colegas

511. Principio general. — Acabamos de decir que la responsabilidad moral para con los enfermos dejaría de ser pesada para el médico cuya divisa eficaz e inspiradora de todos los actos fuera *justicia y caridad,* bajo la dirección de la *prudencia.* Lo que es cierto de los clientes no lo es menos de los colegas. El médico que practicara incansablemente la *justicia* y la *caridad* con respecto a sus colegas habría liberado su alma: habría cumplido todas sus obligaciones.

Las *aplicaciones* se tratarán en la tercera parte de esta obra, dedicada a las relaciones de los médicos entre sí.

Por el momento limitémonos a notar que en la práctica de la justicia entre colegas lo más importante, así como lo más difícil, consiste en evitar la *detracción* bajo sus dos formas, que son la *calumnia,* siempre prohibida por la moral, y la *maledicencia,* igualmente prohibida, a no ser que en un caso excepcional una causa justa autorice a revelar las faltas o los defectos del prójimo.

1. Nada más importante que callar los defectos de un colega, a menos que la necesidad de evitar a la sociedad o a un tercero un grave daño obligue en cierto modo a hablar.

Indudablemente «no estamos obligados a decir bien si pensamos mal, pero no debemos decir mal, aun cuando lo pensemos; ni tampoco susurrarlo, insinuarlo, ya que no proclamarlo» (2).

«Rebajar el mérito de los colegas, denigrarlos o revelar sus faltas es *a la vez* violar las leyes de la moral, deslucir la profesión, suministrar gratuitamente un nuevo pábulo a la malicia pública, despreciarse a sí mismo... y exponerse a su vez a una crítica implacable y legítima» (1).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 463, 1931.
(2) Dr. Grasset en Congreso internacional de 1900, pág. 304.

2. Nada más difícil de adquirir que el hábito de no denigrar a los demás, y sobre todo a los émulos o rivales: es necesario a cada momento mantenerse en guardia contra la intemperancia de la lengua, la envidia, los celos y esta inclinación natural que nos impulsa a engrandecernos rebajando a los demás.

Por esto la manía de denigrar está arraigada de tal modo que uno se denigra a sí mismo sin quererlo. Recuérdese esta *sabrosa desventura* «que ocurrió a un médico del Hôpital des Enfants Malades», contada por el doctor Brouardel después de la muerte del protagonista.

«Llamado fuera de la ciudad, había prestado sus cuidados a una joven afecta de disentería, la cual al volver a París fué a verle acompañada de su madre. El médico no la reconoció; la madre le explicaba el tratamiento seguido por su hija, cuando de pronto profirió, interrumpiéndola: «¿Quién es el asno que le ha ordenado todo esto?» ¡La madre le enseñó su propia receta!» (2). La historia no dice si el médico aprovechó la lección que involuntariamente se había dado a sí mismo.

Pero lo que dice, de acuerdo con la experiencia, es que únicamente se aseguran contra ridículos semejantes los que practican *habitualmente* el doble precepto de justicia y caridad: da a cada uno lo que se le debe; no digas de otros y no les hagas lo que razonablemente no querrías que se dijera de ti o se hiciera contigo.

ARTICULO III

RESPONSABILIDAD LEGAL DEL MEDICO

512. División. — Diremos en *cinco párrafos* que la responsabilidad legal del médico es por desgracia casi necesaria (§ 1); pero no podría ser absoluta (§ 2); que los tribunales de derecho común, con nombramiento de médicos peritos, parecen preferibles a una jurisdicción de excepción (§ 3); que la responsabilidad legal de los médicos franceses está encerrada en límites muy estrechos (§ 4); que el papel del médico perito encargado de apreciar los actos de un colega requiere mucha imparcialidad y prudencia, así como cierta independencia de carácter (§ 5). Algunas conclusiones terminarán este artículo (§ 6).

(1) *Société des médecins de l'Aveyron* en Congreso internac. de 1900, págs. 305 y sigs. El Prof. E. Forgue escribe muy acertadamente: «Nuestras mutuas críticas, nuestras oposiciones de personas y de escuelas, nuestros conflictos profesionales, a veces sin miramientos, la publicidad enfadosa de nuestras discusiones, son los que dan al público, en lo que concierne a los médicos, la lección de falta de respeto y de la duda» *(Au seuil de la chirurgie,* pág. 156).
(2) Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 16.

§ 1. — Necesidad de la responsabilidad legal

513. I. Posición de la cuestión. — Cuando se trata del médico, es posible, con bastante comodidad, dividir *en cuatro clases* las acciones u omisiones reprensibles, y distinguir: los actos siempre criminales o delictuosos, sea cual fuere su autor; las infracciones de las leyes relativas al ejercicio de la medicina; los errores, imprudencias, negligencias, torpezas médicas, voluntarias por lo demás, por lo menos en su causa, o involuntarias; las faltas a la honorabilidad profesional.

Claro está que el médico *debe* ser legalmente responsable de *dos clases* de actos: *primero,* de crímenes o delitos por los cuales todo ciudadano puede ser perseguido ante los tribunales; *luego,* por infracciones a las leyes relativas al ejercicio de la medicina.

En cambio, las faltas a la honorabilidad médica, sin que haya injusticia propiamente dicha, no motivan una acción civil o penal.

La única cuestión que se propone es, pues, ésta: ¿es muy deseable y hasta necesario que el médico sea legalmente responsable de sus faltas, voluntarias o involuntarias, *contra el arte médica,* por lo menos de las más groseras y más perjudiciales a los clientes?

514. II. Necesidad de cierta responsabilidad civil y penal. — La recta razón, la práctica universal de los pueblos civilizados y la debilidad de los argumentos que se invocan en favor de la irresponsabilidad absoluta concuerdan en establecer la oportunidad y hasta la casi necesidad de *cierta* responsabilidad legal.

1. Recta razón. — La gravedad sin par de los intereses confiados al médico, en cuyas manos el cliente pone su vida material, su reputación y a veces su vida moral, no permitiría asegurarle, desde el punto de vista legal, una *impunidad* absoluta en el ejercicio de su profesión más que si la responsabilidad moral *tuviera bastante imperio* sobre *todos* los prácticos para prevenir constantemente, por su parte, todo error y todo desfallecimiento grandemente prjudiciales a los enfermos (1). Ahora bien, el conocimiento aun superficial que tenemos de la naturaleza humana nos dice claramente que esta condición *no siempre se realiza;* ha habido, hay y habrá en todo tiempo médicos poco cuidadosos de su deber moral, y más sensibles al temor de una acción civil o penal ante los tribunales (2). Por consiguiente es necesario que el médico sea responsable de algunos de sus actos delante de los tribunales.

(1) «Si el sentimiento de esta responsabilidad *moral* fuera bastante poderoso y bastante general para hablar alto y claro *en todas las conciencias médicas,* podríamos desde este punto de vista absoluto defender el principio de la irresponsabilidad *legal* y de la impunidad absoluta del médico. En principio, esto es lo que debiera ser; de hecho no es posible, pues hay que tener en cuenta la imperfección de la naturaleza humana, y, por vía de consecuencia, la oportunidad de una responsabilidad *legal*» (Dr. J. Okinczyc: *La profession médicale* en *Etudes,* tomo 217, pág. 13, 1933).

(2) Dr. Morache: *La profession médicale,* págs. 192 y sigs.

Por esto en 1829, en su respuesta al tribunal de Domfront que le había consultado sobre el caso del Dr. Hélie, acusado de haber amputado en el curso de un *parto* los dos brazos a un recién nacido, la Academia de Medicina de París sólo reclamó *la irresponsabilidad legal* de los médicos para los errores, imprudencias y torpezas «*involuntarios* fuera de previsión o cálculo». Aprobando las conclusiones del relator Double, escribía: «No hay duda de que los médicos son legalmente responsables de los perjuicios que causan a otros por la *culpable aplicación* de los medios del arte, hecha a sabiendas, con premeditación y con designios pérfidos o intenciones criminales; pero la responsabilidad de los médicos en el ejercicio concienzudo de su profesión no podría ser justiciable. Los errores *involuntarios,* las faltas *fuera de previsión,* los resultados desfavorables *fuera de cálculo,* sólo deben depender de la opinión pública. Si se quisiera que fuese de otro modo, se acabaría con la medicina» (1).

De este modo la Academia de Medicina pretendía substraer de la responsabilidad legal todo acto médico realizado «*de buena fe*» y sin mala intención. Era olvidar *dos cosas:* primero, que un tribunal compuesto de hombres es a menudo incapaz de comprender los secretos móviles de las acciones, y debe atenerse al *hecho exterior;* luego, que la sociedad no estaría suficientemente protegida por las leyes si el médico fuera legalmente irresponsable de acciones o de omisiones, *involuntarias* tal vez, pero *en sí mismas de todo punto inexcusables.*

Concluyamos, pues, que la *recta razón* establece la necesidad de la responsabilidad legal, aunque se trate de faltas *involuntarias,* pero *imperdonables.*

2. Práctica universal. — Aunque diste de ser siempre idéntica en todas partes, la práctica universal, o por lo menos bastante general, de las naciones civilizadas proclama la necesidad de *cierta* reponsabilidad legal.

Así, en la legislación *romana* la ley Aquilia castiga la falta grave. La jurisprudencia *francesa del siglo* XV definía esta falta grave cuando, por la voz del jurisconsulto Papon, no perdona «bajo la cubierta de nuestra fragilidad» al médico «ignorante o demasiado atrevido». *En Inglaterra,* el 7 de mayo de 1886, el primer Lord justicia definía de nuevo la *falta grave* cuando declaraba legalmente responsable de sus actos médicos, aun involuntarios, al médico que no aporta al cumplimiento de su deber «la habilidad *normal* de un hombre competente»: en este caso, y en este caso únicamente, «debe ser considerado como culpable de negligencia». *Otras legislaciones* son más severas; pero se ocupan por lo menos de investigar si el médico ha cometido una falta grave (2).

(1) Citado en Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 22.

(2) Citado en Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 2 y sigs. «No hace mucho tiempo, en Alemania, contrajo un herido una *septicemia* y murió. La familia intentó un proceso, en el curso del cual se demostró que no se habían tomado las precauciones antisépticas hoy en uso. Visto que el médico dió pruebas de negligencia o de ignorancia, y de que era culpable tanto en un caso como en otro, el tribunal le condenó a pasar una pensión a la viuda.

Este juicio nos parece absolutamente fundado tanto en derecho como en equidad» (Doctor Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 73, pág. 72; véase también E. Forgue: *Au seuil de*

3. DEBILIDAD DE LAS OBJECIONES. — Lo que acabamos de decir se confirma por la *debilidad de los argumentos* invocados a favor de la irresponsabilidad absoluta para las faltas *involuntarias* a las reglas del arte médica.

1.° *Se objeta* en primer lugar que la capacidad del médico está *legalmente* establecida por el *título* otorgado después de numerosos y serios exámenes. Estas pruebas legales, y el título que las ha coronado, deben librar al médico *de toda persecución* legal por errores o imprudencias involuntarios.

Respondemos que el título no puede conferir la impunidad. Establece una *presunción* de ciencia y de habilidad; pero esta presunción «puede ser destruída por los *hechos*». Tanto más cuanto que el licenciado ha podido, después de un trabajo insuficiente, beneficiarse de una feliz casualidad o de una incansable perseverancia en presentarse a exámenes hasta ser aprobado, descuidar a continuación mantenerse al corriente de los descubrimientos recientes, o cometer, por defecto de vigilancia y a pesar de su saber, una falta inexcusable.

2.° *Se insiste* en repetir el argumento del Parlamento de París en 1696: «*El cliente es el responsable de la mala elección que ha hecho.*» Si hubiese recurrido a un médico más hábil no tendría que deplorar los accidentes sobrevenidos en el curso del tratamiento.

Estamos tentados a *responder* que este argumento, el más débil de todos, es una *broma pesada*. No siempre el cliente se halla en estado de escoger, y raramente de distinguir al buen médico del mediano o del malo. Además, y sobre todo, la elección del enfermo no confiere al médico el derecho legal de ignorar, por ejemplo, lo que necesariamente debe saber (1).

3.° En el fondo la *verdadera, o mejor la única objeción,* es la que en 1829 hacía valer la Academia de Medicina, la que Me Crémieux recordaba en 1835 ante el tribunal de casación en el asunto Thouret-Noroy, la que en el mismo asunto el procurador general Dupin exponía en algunas palabras incisivas y refutaba extensamente.

Se reduce a esto: si el médico mejor intencionado tiene que responder legalmente de sus faltas involuntarias, «SE ACABA CON LA MEDICINA», que es un arte de conjeturas: con gran detrimento de los intereses públicos y privados, «nadie se atreverá a emprender una cura, una operación» (2).

Después de haber relatado la objeción, Dupin distingue con muy buen sentido *dos clases* de hechos médicos: los que más o menos están sometidos y los que no están en modo alguno sometidos «a las discusiones científicas de los doctores»: los primeros nunca pueden, pero los segundos pueden algunas veces constituir casos de reponsabilidad legal.

la chirurgie, pág. 176. Parece que habla del mismo juicio, que se habría pronunciado en 3 de julio de 1884).

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 37.

(2) *Ibid.*, págs. 22 y 37.

«Desde el momento — dice — que los hechos reprochados al médico salen de la clase de aquellos que por su naturaleza están exclusivamente reservados a las dudas y a las discusiones de la ciencia; desde el momento que se complican de negligencia, de ligereza o de ignorancia de lo *que necesariamente se debe saber,* se incurre en la responsabilidad de derecho común y queda abierta la competencia de la justicia.

Que un médico ordene una poción, que proporcione los elementos de que se compone de una manera más o menos conveniente, más o menos en armonía con el mal o el temperamento del enfermo: hasta aquí sólo puede haber un hecho sometido a las discusiones científicas de los doctores.

Pero que prescriba una dosis tal que constituya infaliblemente un veneno, por ejemplo treinta gramos de emetina en lugar de cinco centigramos: toda la responsabilidad del hecho recae sobre él sin que sea necesario, respecto a la responsabilidad civil, investigar si hay por su parte intención culpable; basta con que haya habido negligencia, ligereza o equivocación grosera, y por lo tanto inexcusable.

Seguramente sería injusto y absurdo pretender que un médico o un cirujano respondieran *indefinidamente* de los resultados que se quisieran atribuir a la ignorancia o a la impericia. Pero recíprocamente sería injusto y peligroso para la sociedad proclamar como principio absoluto que en *ningún caso* son responsables en el ejercicio de su arte... No, el médico, el cirujano no son *indefinidamente* culpables, pero lo son *algunas veces;* no lo son siempre, pero no se puede decir que no lo sean nunca» (1).

§ 2. — LÍMITES DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL

515. Límites naturales. — Acabamos de demostrar que la responsabilidad legal de los médicos es *conforme al derecho natural;* el derecho natural aprueba y en cierto modo exige para la común seguridad de los miembros de la sociedad que el médico sea legalmente responsable de *algunos* de sus actos, aunque fueran involuntarios.

Nos falta precisar la extensión, o, lo que viene a ser lo mismo, los *límites* de esta responsabilidad legal, que no podría ser indefinida y extenderse a todas las faltas contra el arte médica. Igualmente no hemos podido establecer la responsabilidad legal del médico, y sobre todo responder a las objeciones sin esbozar lo que *no debe* ser y lo que *debe* ser el *objeto* de esta responsabilidad. Basta, pues, *completar* lo que se ha dicho más o menos explícitamente.

1. MEDIDA INACEPTABLE. — Si el arte de curar estuviera, como el de edificar, *sujeto a reglas fijas,* científicamente demostradas y fáciles de acomodar a los diversos temperamentos, se podría, mitigando y graduando las sanciones, adoptar sobre este punto el código civil de los egipcios.

(1) Citado en Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 38.

«Los egipcios, dice Diodoro Sículo, tenían un libro que contenía las reglas de la ciencia médica a las que el médico estaba obligado a conformarse puntualmente: estas reglas habían sido trazadas por los sucesores más inmediatos y más célebres de Hermes. Cuando los médicos las seguían con exactitud, estaban libres de toda persecución, aun cuando el enfermo pereciera. Pero en cuanto las transgredían se les castigaba con la muerte, cualquiera que fuese por otra parte el desenlace de la enfermedad» (1).

Así, en aquel tiempo, si las informaciones que nos han sido transmitidas son exactas, el médico pagaba con su cabeza la vida de un enfermo al que había tenido la impudencia audaz de salvar contrariamente a reglas pretendidas inmutables y adecuadas a cada caso: era la muerte de todo progreso médico (2).

2. Unico recurso. — Aunque la terapéutica, y sobre todo la cirugía, hayan progresado singularmente, nadie ignora que la medicina es en teoría y más aún en la práctica, un *arte algo conjetural*. Además la ciencia médica es tan vasta que el cerebro mejor organizado no podría penetrar todos sus secretos.

El único recurso de las leyes y de los tribunales es, pues, atenerse a un *principio general* que hemos ya formulado. El médico no podría ser legalmente responsable de *todos* sus errores y equivocaciones involuntarios. Sería hasta excesivo hacerle responsable de ciertas faltas que no ha querido en sí mismas ni, propiamente hablando, en su causa, pero que habría podido evitar con una vigilancia *extrema* sobre sí mismo y sobre sus actos. Pero, obligado por estado a poseer una ciencia y una habilidad *ordinarias*, obligado igualmente por estado a una atención proporcionada a la gravedad del caso, el médico no puede dejar de ser responsable de las faltas grandemente perjudiciales a otro y debidas a una imprudencia, a una negligencia, a una ligereza imperdonables, o también a la ignorancia crasa de cosas que debía saber necesariamente y practicar en su profesión (3).

Consultando el buen sentido, y hasta el derecho natural, vanamente se defendería otro criterio (4).

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 2.

(2) «Si el arte de curar estuviera sujeto a reglas fijas, en otros términos, si la medicina fuese una ciencia exacta, matemática, se podría concebir un límite a la libertad del médico y sanciones para errores que necesariamente serían faltas. Pero, a pesar de todos sus progresos, la medicina es una ciencia en perpetuo desarrollo, con sus tanteos, sus experimentos, sus éxitos y sus errores : todo puede ser en esta materia origen de progreso para un espíritu consciente de sus responsabilidades, prudente en su acción y observador juicioso y severo de los resultados. Dificultar esta libertad de acción, *limitarla a los datos adquiridos*, es detener todo impulso, todo perfeccionamiento, toda iniciativa, y el daño por esta limitación puede ser mucho mayor que un error aislado, rico de experimentos y de consecuencias felices para un número mayor» (Dr. Okinczyc: *La profession médicale* en *Etudes*, tomo 217, pág. 12, 1933).

(3) Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., págs. 38 y 39.

(4) *Una sentencia del tribunal de Besançon* ha formulado en términos muy felices este criterio.

Recordando la argumentación del procurador general *Dupin* en 1835 ante el tribunal de casación, contiene las *conclusiones siguientes:*

§ 3. — De la mejor jurisdicción

516. I. Cuestión por resolver. — No hablamos de *todas* las faltas de los médicos. Es *necesario* que los actos criminales cometidos *a sabiendas* por el médico, culpable, por ejemplo, de un aborto, de un atentado a las costumbres, de un robo, dependan de los tribunales ordinarios. Y es *natural* que estos mismos tribunales conozcan las infracciones a las leyes destinadas a reglamentar, para bien del interés público, el ejercicio de la medicina, y por lo tanto a asegurar, por ejemplo, el secreto médico, las declaraciones de nacimiento, las inhumaciones, etc. En cambio es *deseable* que las cuestiones de honorabilidad y de dignidad profesionales sean diferidas a un Consejo de médicos, particularmente destinado a decidir lo que es y lo que no es conforme al honor médico.

Así pues, *la única cuestión* por resolver es ésta: ¿cuál es en la práctica el *mejor juez* de los errores, imprudencias, negligencias y torpezas del médico, voluntarios o involuntarios por otra parte, pero *gravemente* perjudiciales a los enfermos?

Cuando un práctico es acusado de una de estas *faltas graves* que acabamos de describir (núms. 514 y 515), ¿es preferible llevarle ante los tribunales de *derecho común* asistidos por médicos peritos o vale más procurarle una *jurisdicción de excepción* y hacerle comparecer ante sus iguales? Se podría, con ciertos autores, proponer la misma cuestión con motivo de las diferencias profesionales que demasiado a menudo surgen entre los médicos; mas para simplificar la restringiremos a los errores de diagnóstico o de tratamiento, etc., de que son víctimas los clientes.

517. II. Principio de solución. — Ante todo parece bastante fácil ponerse de acuerdo sobre el *principio de solución*.

Si nos tomamos el trabajo de reflexionar, admitiremos fácilmente que conviene en esto, como en todo, preferir la jurisdicción a la vez más competente, más imparcial, más propia para inspirar confianza al público, la más exenta de inconvenientes, no solamente en primera instancia, sino en todos sus grados y especialmente en la apelación.

«Los tribunales *no pueden apreciar* la oportunidad, la exactitud más o menos perfecta, de una operación quirúrgica, el valor de un procedimiento comparado con los resultados de otro procedimiento, porque no podrían convertirse en consejos médicos superiores que distribuyen la censura con la pena.

Su acción comienza allí donde, para toda persona de buen sentido e independientemente de las teorías sujetas a discusión, ha habido *falta grave*, negligencia, impericia o ignorancia de lo que todo hombre de arte debe saber» (Citado por el Dr. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie*, pág. 184).

El Prof. E. Forgue añade algunas páginas antes: «Esta argumentación de Dupin es un modelo de rigor lógico y de forma precisa. Y nosotros, médicos, no podríamos dar de nuestra responsabilidad una fórmula más exacta ni más honorable. Nuestro derecho y nuestra garantía son guardar este terreno, reservado, *fuera de la apreciación del tribunal*, a las cuestiones puramente médicas, a las discusiones de doctrinas y a las controversias de terapéutica» (*Ibid.*, pág. 168).

Falta aplicar este principio a la cuestión presente e investigar si un Consejo de médicos tendría más competencia que los tribunales ordinarios, más imparcialidad, más prestigio a los ojos del público y no apoyaría su decisión sobre consideraciones que sería peligroso someter en apelación a una jurisdicción de derecho común.

518. III. Solución.—Espíritus rectos, y en particular el Dr. Brouardel, estiman que, considerándolo todo, los *tribunales ordinarios* son preferibles a una jurisdicción de excepción. Sin ser mucho más competente en el caso y con relación al objeto perseguido, un Consejo de médicos tendría el riesgo de ser menos imparcial, de inspirar menos confianza al público y de fundar su sentencia en consideraciones de orden médico que no podrían, sin muy graves inconvenientes, ser examinados en apelación por la magistratura.

1. COMPETENCIA. — Si para establecer la culpabilidad o la inocencia del acusado fuese necesario discutir científicamente tal modo de tratamiento o tal método operatorio, un Consejo de médicos tendría seguramente *más competencia* que un tribunal de derecho común, aun asistido de varios peritos. Pero hemos visto (núm. 514) que los jueces pueden y deben mantenerse *apartados de las disputas de escuela*. Los hechos médicos «sometidos a las discusiones científicas de los doctores» no constituyen casos de responsabilidad legal. Un práctico sólo es legalmente responsable si ignora prácticamente lo que *necesariamente debe saber*, o si muestra en el ejercicio de sus funciones una imprudencia, una negligencia o una ligereza *imperdonables*, todo lo cual no excede de la competencia de un tribunal ordinario guiado por un buen perito, y en caso necesario, como algunos lo desean, por un peritaje contradictorio (1).

2. IMPARCIALIDAD. — Un Consejo de médicos no ofrece, con igualdad o desigualdad de competencia, las mismas garantías de *imparcialidad real* que los tribunales ordinarios. «¿Estáis seguros — dice el Dr. Brouardel — de que las enemistades personales, las rivalidades anteriores, las opiniones médicas de los diferentes miembros del Consejo no influirían en los resultados de las deliberacions? Así lo quisiera, pero no lo creo» (2).

(1) E. Martin: *Précis de déontologie*, pág. 255.

Sin preconizar una jurisdicción de excepción, el *Dr. J. Okinczyc* se queja de la *incompetencia* de los tribunales ordinarios.

«Esta responsabilidad legal, de la que tenemos que responder la mayoría de las veces delante de una autoridad *incompetente*, tiene siempre el riesgo de constituir un obstáculo al progreso y al libre y legítimo ejercicio de nuestra profesión.

Cuando por casualidad interviene la justicia humana, y llama al médico, y sobre todo al cirujano, ante el tribunal, es generalmente con una torpeza tan evidente, una ignorancia tan completa de las contingencias, y un desconocimiento tan ingenuo de los verdaderos móviles, que el sentimiento de nuestra responsabilidad legal se embota y no podría influir sobre decisiones que, en realidad sin apelación, sólo dependen de nuestra conciencia» (*La profession médicale* en *Etudes*, tomo 217, pág. 13, 1933).

¿No sería posible concebir un sistema *mixto*? El asunto se trataría primero delante de un Consejo de médicos o de cirujanos que tendrían solamente *vía consultiva*, darían su *opinión motivada*, y prepararían, ilustrando al tribunal, la sentencia de los jueces ordinarios.

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, pág. 49. — También parece mal conducir el asunto de suerte que el Consejo ignore el nombre del interesado.

3. PRESTIGIO. — Supongamos que un Consejo de médicos reúna, a una competencia indiscutible, una absoluta imparcialidad. Ocurrirá fácilmente que esta imparcialidad distará mucho de imponerse a la opinión pública. «Este Consejo médico sería un tribunal de excepción, y un juicio emitido por un tribunal semejante no inspiraría al público la *confianza deseable*. Si el médico llamado ante el Consejo es absuelto, ¿qué dirá el público? «Entre médicos no se condenan.» Por el contrario, si el culpable es castigado, el mismo público dirá: «No es de extrañar: envidia, celos, *pessima invidia medicorum*» (1).

4. TRIBUNALES DE APELACIÓN. — «Por último, lo que principalmente reprocho a este proyecto de jurisprudencia médica es que la magistratura debería intervenir en un momento determinado, ora para confirmar, ora para anular *en apelación* la sentencia dada. Ahora bien, en el Consejo del orden las cuestiones de doctrina médica se suscitarían a cada momento. Aparecerían en los considerandos de la sentencia. Esta será o podrá ser sometida por la parte al tribunal de apelación. Este último *deberá apoderarse de ella*, y perderemos el beneficio de un terreno reservado a las disputas de escuela por la jurisprudencia actual. Ahora bien, las cuestiones puramente médicas deben quedar siempre *fuera de la apreciación del tribunal*, que ya tiende demasiado a invadir el terreno médico. A ningún precio quisiera ver discutir ante los jueces los métodos operatorios y los diversos medios de tratamiento de las enfermedades: sería un sistema detestable y peligroso»; pues en este caso los tribunales de derecho común saldrían de su competencia y se encargarían de una tarea superior a sus fuerzas (2).

§ 4. — RESPONSABILIDAD LEGAL EN FRANCIA

519. I. Estado actual. — El Código francés no contiene ninguna disposición que en materia de responsabilidad concierna *exclusivamente* al médico. Pero el médico es afectado por los artículos del Código civil y del Código penal, que determinan la responsabilidad civil y penal de *cualquier cuidadano*.

1. *Código civil:*

ART. 1382. — Todo *hecho cualquiera* que cause perjuicio a otro obliga a repararlo.

ART. 1383. — Cada uno es responsable del daño que ha causado, no solamente por su hecho, sino también por su *negligencia* o *imprudencia*» (3).

(1) Dr. P. Brouardel: *La responsabilité médicale*, pág. 48.

(2) *Ibíd.*, págs. 49 y sigs.

(3) Paul Appleton y Marcel Salama: *Le droit médical*, pág. 69. *Ibíd.*, pág. 687, se encontrarán los artículos 319 y 320 del Código penal.

«Así pues, por una parte, un *daño* imputable a nuestra falta nos expone a la *reparación civil* y a un recurso de indemnización.

Por otra parte, una *falta grave* de imprudencia o de impericia asimilable a una herida u homicidio involuntarios constituye el hecho punible que merece una *represión penal*.

2. *Código penal:*

ART. 319. — Quien por torpeza, imprudencia, inatención, negligencia o inobservancia de los reglamentos cometa involuntariamente un homicidio o haya sido involuntariamente su causa, será castigado con prisión de tres meses a dos años y una multa de 50 a 600 francos.

ART. 320. — Si del defecto de habilidad o de precaución sólo resultaren heridas o golpes, el culpable será castigado con seis días a dos meses de cárcel y una multa de 16 a 100 francos, o con una de estas dos penas solamente.

Añadamos que el artículo 317 del Código penal castiga a cualquiera que provoque el aborto, y que el artículo 378 del mismo Código considera el secreto profesional.

520. II. Interpretación de la jurisprudencia. — Hemos dicho ya (núm. **514**) según qué principios y con cuán prudente moderación *deben* aplicar y *aplican* de ordinario los tribunales a los médicos estos artículos del Código civil y del Código penal.

«*Los tribunales* — escribe H. Ribadeau-Dumas — deben *mostrarse muy prudentes* en la aplicación de los textos, so pena de incurrir en el riesgo de impedir la iniciativa privada y paralizar el *progreso de la ciencia,* poniendo en peligro la salud humana en lugar de salvaguardarla. Sólo en el caso de negligencia caracterizada, de impericia grave o de *falta grosera* deben decidirse a castigar al médico. Fuera de una falta de esta naturaleza, el médico no incurre en responsabilidad. Los tribunales no tienen que intervenir cuando se trata de la aplicación de métodos serios que pertenecen al dominio de la ciencia y de la enseñanza» (1).

Basta leer las principales sentencias de los tribunales y los considerandos para convencerse de que las condenas recaídas sobre los médicos han sido en realidad, *salvo excepciones* (2), pronunciadas por *faltas graves,*

He aquí la doble acción, civil y correccional, admitida contra nosotros por la jurisprudencia.

Pero tanto en derecho civil como en derecho penal lo que constituye la dificultad, la gravedad de aplicación de estos textos generales, es su *imprecisión* misma, es la incertidumbre de apreciación de la falta quirúrgica» (Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* página 164).

Sobre las otras leyes que el médico debe conocer, véase: *Droit médical,* por Paul Appleton y Marcel Salama, 1931; 1.ª parte: Exposición sintética, págs. 1 y sigs.; 2.ª parte: Textos, págs. 329 y sigs.

(1) Dr. P. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas: *Déontologie et jurisprudence médicales,* página 570, 1920.

(2) «La ley deja al juez, en ausencia de textos especiales y en una materia que no tiene la sencillez de los asuntos ordinarios, *pleno poder* para calificar la falta, para tarifar su gravedad, para apreciar si el acto que se le ha denunciado tiene los caracteres de la ignorancia, de la impericia o de la imprudencia. Sin duda el magistrado no se pronuncia sino con circunspección, rodeándose de las garantías de un peritaje escrupuloso y competente, dejando una parte para el inevitable error humano. Pero, sin embargo, su juicio es falible. A veces puede sufrir el peso de la opinión pública, atenerse a un peritaje insuficiente o exceder las conclusiones del perito; tomar posición en una controversia científica y desplegar, en nuestro respecto, un exceso de severidad» (Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 166 y sigs.).

por imprudencia o por negligencia en el ejercicio de la profesión, o también por ligereza, ignorancia o torpeza en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (1).

§ 5. — PAPEL DEL MÉDICO PERITO

521. I. Principio. — Llamado por el tribunal para juzgar los actos de uno de sus colegas, el médico perito no olvidará ni el *objeto* que debe alcanzarse, ni las *cualidades* que hay que poner en acción, ni los *medios prácticos* que conviene emplear.

Como hemos dicho (núm. **514** y sig.), el *objeto perseguido* es decidir si en aquel caso hay ignorancia de lo que todo médico en la actualidad debe conocer necesariamente, o también negligencia imperdonable, torpeza insigne. Tal es el sentido de las palabras ya citadas: «Un hombre no está obligado a poseer en su tarea una habilidad extraordinaria, sino solamente un grado de habilidad normal.» Al expresarse de esta suerte el Lord justicia de Londres ha enunciado un criterio de perfecta lucidez (núm. **514**, 2).

Si tal es el objeto que debe alcanzarse, las *cualidades que se despliegan* son, con una competencia real, una absoluta imparcialidad y una gran prudencia unidas a una completa independencia de carácter.

Se ve, por consiguiente, cuáles son los *medios prácticos que hay que emplear.* Los resumiremos en el *principio siguiente* (2):

El médico perito examinará, sin acepción de personas y sin prevención, el *hecho incriminado.* Lo apreciará en sí mismo y en todas sus circunstancias concretas — por las solas luces que un inculpado de *habilidad normal* podía y debía tener en el mismo momento en que obraba — sin emocionarse exageradamente por un error de diagnóstico considerado en sí mismo, sino investigando más bien si el médico tratante no se ha pronunciado más que después de un serio examen, conducido según los

(1) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* págs. 253 y sigs.; Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* págs. 169 y sigs.; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs 455 y siguientes, 1931; Appleton Salama: *Droit médical,* págs. 69 y sigs.; *Ibid.,* pág. 462, el Dr. P. Le Gendre investiga «cuál puede ser la responsabilidad del médico que ha publicado una obra en la que se ha deslizado *un error de imprenta*».

(2) *El Profesor E. Forgue,* que examina principalmente la responsabilidad del cirujano, expone de la manera siguiente el papel del médico perito.

«Deber es del perito tener en cuenta juiciosamente todas las *condiciones* en las que se ha producido la falta profesional; las *dificultades* en que se ha encontrado el médico acusado y las *contingencias* de la clínica y de la práctica, que no siempre entran en las fórmulas absolutas de los libros.

Para apreciar con toda exactitud estas *indicaciones de urgencia,* que pueden surgir de manera imprevista en el curso de una intervención y modificar el plan primitivo, para juzgar el modo según el cual el operador ha hecho frente a los incidentes, es necesario que el experto sea *competente,* esté versado en la práctica de esta cirugía especial e instruído por experiencia personal de sus dificultades y de las soluciones técnicas que comporta.

Por lo tanto, *competencia* de los peritos: he aquí la primera salvaguardia de nuestra profesión. *Peritaje contradictorio* desde el comienzo de toda instrucción contra un médico: he aquí otra garantía indispensable que exigimos todos y que *Pinard* ha formulado elocuentemente» (*Au seuil de la chirurgie,* págs. 169, 188 y sigs.).

buenos métodos, y ha provocado, si podía y no estaba absolutamente seguro de sí mismo, una consulta en tiempo oportuno — sin preguntarse lo que habría hecho él mismo a la cabecera del enfermo ni si habría adoptado la terapéutica que ha sido escogida, sino contentarse con ver si la medicación empleada es clásica, aunque pudiera ser desusada, y en el caso en que la medicación puesta en obra fuera nueva, si está aconsejada en Francia o fuera de Francia por prácticos autorizados, o por lo menos si ha sido aplicada con la mayor circunspección y conforme a las reglas bien conocidas que regulan el ensayo de los medios nuevos y no experimentados todavía en el hombre —, finalmente, sin dejarse impresionar más de lo razonable por las apreciaciones de la familia, que imputa la muerte al tratamiento, sino ingeniándose en discernir cuál ha sido o por lo menos cuál ha podido ser, independientemente de la medicación, la causa de la terminación fatal, debida tal vez, como ocurre bastante a menudo en la fiebre tifoidea, a la evolución natural de la afección morbosa, o simplemente a las imprudencias de enfermo rebelde a los consejos del médico: la muerte, en efecto, no debe ser atribuída a la terapéutica seguida sino por pruebas moralmente ciertas.

522. II. Explicación. — 1. *El perito* examinará el hecho incriminado *sin acepción de personas,* es decir, sin tener en cuenta la persona del inculpado, que puede ser un amigo, un indiferente, o algunas veces un enemigo, y siempre un colega. No se dejará cegar por el espíritu de cuerpo (1), ni por la amistad, ni por el recuerdo de procedimientos malévolos o injustos.

Además apreciará sin prevención el hecho en cuestión. No se dejará imponer un juicio hecho ya por los antecedentes poco honorables del acusado. Como observa Brouardel, «no basta que un hombre sea, por sus antecedentes, juzgado *capaz* de cometer tal acción para admitir que la ha cometido *realmente*» (2). Los antecedentes, buenos o malos, sólo constituyen una *presunción* favorable o desfavorable. No dispensan, sobre todo si son poco gloriosos, de examinar en sí mismo el hecho incriminado. El médico inglés *Palmer* fué condenado y ejecutado porque se le creyó capaz de haber envenenado, por causa de robo, a un amigo con estricnina, y no porque se demostrara realmente el envenenamiento: en esto hubo, pues, abuso de la autoridad judicial (3).

2. *Para apreciar sanamente* el hecho incriminado, el médico perito se situará *en las mismas condiciones* en que se encontraba el acusado en el momento preciso en que redactó la receta, practicó tal operación, en

(1) «*El verdadero espíritu de cuerpo* consiste menos en absolver a uno de nosotros *contra todos* que en salvaguardar ante todos los miembros de una corporación la *dignidad de una profesión* que es el patrimonio común» (Dr. Okinczyc, Conferencia Laennec, página 34, 1919-1920).

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 52.

(3) Taylor estaba encargado del peritaje. En su relación dijo, por desgracia, que era imposible reconocer la presencia de estricnina en un cadáver; y, sin embargo, ya en aquella época era uno de los raros alcaloides que se podían encontrar» (P. Brouardel: *loc. cit.,* pág. 52).

una palabra, al realizar el hecho médico que se le reprocha; se preguntará lo que en aquel momento el inculpado podía y debía normalmente saber.

Por consiguiente no se fundará principalmente, *para establecer sus conclusiones,* en las fases ulteriores de la enfermedad, ni en la opinión de un especialista que tiene el riesgo de estimar imperdonable un error excusable a los ojos de cualquier otro, ni siquiera sobre la autopsia que aclara puntos tal vez obscuros en el momento en que el médico tratante, hoy puesto en causa, fué llamado a la cabecera del enfermo.

Las aserciones que siguen en el principio enunciado antes (núm. **521**) son tan claras y conformes a la recta razón que no requieren ninguna explicación.

Concluyamos que un médico perito puede, con mucha ciencia, prudencia y espíritu práctico, mostrarse *imparcial* y cumplir su delicada misión del mejor modo exigido por la *justicia* y la *caridad.* Igualmente, tiene sobre un Consejo de médicos la ventaja de no poder substraerse a una responsabilidad *enteramente personal,* y de saber «que si se equivoca en sus apreciaciones, esta falta le seguirá durante toda su carrera» (1).

Si no se equivoca, mas por bondad de corazón o por espíritu de cuerpo *se guarda de decir toda la verdad,* falta a su estricto deber. Esto es lo que ocurrió en el *siguiente caso* narrado y apreciado por el doctor *E. Hubert.*

«Uno de mis antiguos discípulos, médico legista, *me escribe:* Acabo de encontrarme inmiscuído en un triste y sucio asunto. El Dr. X., al que usted ya conoce, fué llamado para asistir a una idiota de veinticinco años, afecta de oftalmía. Algunos días más tarde la idiota caía enferma y sus padres depositaban una denuncia en el juzgado. Comisionado por el juez de instrucción, comprobé, además de los indicios de una desfloración reciente, una *vaginitis blenorrágica* de las mejor caracterizadas. Podía demostrar que el Dr. X. estaba repleto de gonococos y que fué él quien los transmitió a la idiota; pero se trataba de un antiguo condiscípulo, y lo he salvado de una pena infamante *dejando que las pruebas se me escurrieran de los dedos.* Después me han asaltado algunas dudas. ¿He hecho bien?

He respondido: No, no habéis hecho bien; no habéis reflexionado. Vuestro deber era muy claro, pero vuestro buen corazón ha impedido el discernimiento. Delegado por el juez, debíais ayudar a vengar a la víctima y a castigar al mal sujeto, que ya no es un condiscípulo ni un colega, y al que no daréis más la mano si queréis conservarla limpia» (2).

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 59 y sigs.

(2) Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 28, págs. 27 y sigs., con la nota 4 de J. Salsmans.

§ 6. — Conclusiones generales

De nuestro estudio sobre la responsabilidad legal se desprenden *dos conclusiones* que es útil aclarar con buena luz.

La *primera conclusión* es la de que importa grandemente a la justa libertad del arte médica, y por consiguiente al bien de los enfermos, mantener en los límites definidos antes esta responsabilidad.

Por lo tanto, y es la *segunda conclusión,* conviene reaccionar vigorosamente contra lo que con gran detrimento de todo progreso y del bien público tiende a extender indebidamente la responsabilidad civil o penal. Al exponer esta doble conclusión tenemos *principalmente* en cuenta a la cirugía.

523. I. Responsabilidad mínima: condición de progreso y de utilidad pública. — La responsabilidad legal no podría ampliarse sin dañar gravemente a los progresos del arte médica, y por consiguiente a los verdaderos intereses de la humanidad doliente. Tomamos del Profesor *E. Forgue* la exposición de estas dos verdades.

1. Condición de progreso. — Una responsabilidad legal *demasiado extensa* paralizaría «los actos audaces, las iniciativas necesarias, las infracciones laudables a los preceptos clásicos», en una palabra, la investigación y descubrimiento de *vías nuevas.*

«Es un deber para nosotros buscar vías nuevas. ¡ Y cuán perjudicial sería condenar estas tentativas por sus resultados iniciales! *Astley Cooper* fracasó en su primera ligadura de la carótida primitiva, lo que no le impidió intentarla una segunda vez y lograr el éxito. *Dupuytren* fracasó en su primera operación de ano contra natura. Pero, convencido de que este fracaso se debía a causas extrañas a la misma intervención, comenzó de nuevo y enriqueció a la práctica con un nuevo procedimiento de curación. ¿No veis el magnífico impulso de la cirugía gástrica detenido en absoluto por la muerte del primer operado de *Péan*? ¡Cuántos millares de mujeres estarían condenadas a sucumbir si los tribunales hubiesen consagrado por la sanción legal el veto operatorio que la Academia de Medicina, hace apenas medio siglo (1), imponía la ovariotomía! ¿Y la prostatectomía transvesical no es acaso un ejemplo actual de estas innovaciones atrevidas y fuera de reglas que inesperadamente alteran todo un capítulo de la terapéutica?» (2).

2. Condición de salvación para muchos. — «Si sobre nuestras decisiones, tomadas y ejecutadas con toda conciencia, pesaran el control hostil de los espíritus y la amenaza de la vigilancia legal, forzosamente en los casos difíciles, en el límite de la operabilidad, el cirujano se vería obligado a practicar esta abstención que Me Henri Robert, en el asunto Laporte, ha definido como la teoría del *dejar morir.* Ahora bien, enseñamos por el contrario que en tanto persista una *probabilidad* racional de éxito nuestro deber es arriesgarnos, conforme al viejo precepto de Hufeland: «Cuando el enfermo esté en peligro, arriésgalo todo para salvarle, incluso tu reputación» (1).

(1) El discurso que citamos es del 5 de octubre de 1908.
(2) *Au seuil de la chirurgie,* págs. 189 y sigs.

Y para citar un hecho reciente, sería contrario a la utilidad pública e injusto considerar como falta la iniciativa de un médico en las circunstancias siguientes:

M. B... de C... del M... había sido mordido en la parte superior del muslo por una víbora. Después de haber tratado vanamente de encontrar un médico se le condujo al hospital Saint-Antoine, del que se le dirigió sin demora al Instituto Pasteur, adonde llegó al cabo de varias horas de la mordedura, en plena crisis y en estado desesperado. Fueron necesarios seis hombres para sujetarle sobre la mesa en que le habían dejado.

Sin embargo, el Dr. *Roger Fioconni* asumió la responsabilidad de una operación que habría podido costar la vida al enfermo, pero que era la *única esperanza de salvarle.* Le administró una abundante inyección intravenosa de suero antiponzoñoso del Instituto Pasteur. La intervención tuvo pleno éxito. Al cabo de ocho días de observación el paciente, fuera de peligro, salía del hospital (2).

Si hubiese temido persecusiones ¿habría tomado el médico una decisión tan atrevida? Y en el caso de fracaso, ¿habrían estado justificadas estas persecuciones? Aunque el paciente hubiese sucumbido, habría sido contrario a la equidad y al bien común incriminar al operador.

Se podrían multiplicar estos ejemplos y sacarlos de la terapéutica medicamentosa. El Dr. Fr. Guermonprez ha comunicado algunos en su brevísimo opúsculo *Avoir droit au remède le meilleur* (1912).

524. II. Reaccionar contra toda tendencia a ampliar la responsabilidad legal. — Es oportuno reaccionar fuertemente contra todas las causas que tendieran a ampliar la responsabilidad civil y penal más allá de las reglas tan prudentemente trazadas por Dupin. Las principales de estas causas son la *opinión pública,* tan pronta en caso de fracaso a acusar al cirujano; la *acción de la Prensa,* en busca siempre de noticias sensacionales; las *críticas mutuas* de los médicos, que tanto contribuyen a desacreditar la profesión; en algunos países, especialmente en Francia, *ciertas condenas* de los tribunales de justicia, que amplían singularmente la responsabilidad civil del médico y las atribuciones de los tribunales.

Remitiendo al profesor E. Forgue para las demás causas (3), hablaremos brevemente de algunas decisiones recientes.

(1) *Au seuil de la chirurgie,* pág. 189.
(2) *La terapéutica moderna del práctico,* págs. 431 y sigs., agosto-septiembre 1933. Remite a un artículo aparecido en *Le Temps,* 3 septiembre 1933.
(3) *Au seuil de la chirurgie,* págs. 154 y sigs.

1. SENTENCIAS QUE EXTIENDEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL. — Muchos médicos deben manejar *instrumentos científicos* que, al igual que un automóvil, pueden estropearse en el curso de su uso sin culpa alguna por parte del operador, y como consecuencia perjudicar al paciente. En este caso, sentencias recientes aplican al médiço que maneja estos aparatos de tratamiento el artículo 1348, apartado 1.º del Código civil: «Se es responsable no solamente del daño que se causa *por el propio hecho*, sino también del producido por el *hecho de las cosas* que se tienen bajo guardia.» Así, por lo que concierne al médico, la responsabilidad civil por el hecho «*de las cosas*» proviene de los accidentes que puede causar involuntariamente y sin torpeza alguna al servirse de aparatos de tratamiento que la ciencia pone a su disposición. «Incluso no es necesario, según la nueva orientación del tribunal de casación..., que la cosa... haya sido o no accionada por la mano del hombre.» Basta con que la cosa sea peligrosa por sí misma para que motive responsabilidad civil en caso de accidente» (1).

Los autores de *Derecho médico* que relatan estas decisiones añaden: «Esta interpretación *extensiva* del tribunal supremo no ha sido adoptada todavía por todos los tribunales de apelación...» (2).

¿No es abusivo que el médico, en estas circunstancias, sea considerado responsable por el mismo motivo que el automovilista, cuya dirección se ha roto y que por este hecho causa involuntariamente accidentes materiales y hasta accidentes de personas? ¿No cabe esperar que el temor de persecusiones realmente injustificadas venga a paralizar las iniciativas bienhechoras y por lo mismo a impedir el progreso del arte de curar? El médico que sepa manejar la pluma tiene derecho a reaccionar contra esto por todos los medios lícitos, y por lo tanto a demostrar los inconvenientes de semejante extensión de la responsabilidad civil. ¿No serían acaso ciertamente los enfermos las primeras víctimas de semejante jurisprudencia?

2. SENTENCIAS QUE EXTIENDEN LAS ATRIBUCIONES DE LOS TRIBUNALES.— Aquí cabe citar las sentencias recientes que reservan a los tribunales la apreciación de las «*indicaciones*»; los juicios que asimilan el radiógrafo al industrial ordinario; las decisiones que autorizan a los jueces a prescindir de los peritos.

1.º *Apreciación de las indicaciones.* — «Decisiones recientes (1913, 1914, 1918, 1929) en materia de cirugía *estética* han juzgado que una operación que no ofrezca para el sujeto ninguna utilidad seria», como sería un tratamiento radiológico depilatorio, «sino únicamente peligroso», especialmente el riesgo de quemaduras en la cara, «constituye *por sí sola* una falta que implica la responsabilidad del cirujano sin que haya lugar a investigar si se ha cometido o no una falta profesional, tanto en el curso de la operación como en los cuidados que la han seguido, y sean cuales fueren la conciencia, el valor profesional y el desinterés del práctico» (3).

(1) Appleton-Salama: *Droit médical*, pág. 82.
(2) *Ibid.*, pág. 82.
(3) Appleton-Salama: *Droit médical*, pág. 77: faltas de intención; Henri Verger: *Précis de déontologie médicale*, pág. 31, 1921.

La primera en fecha de estas decisiones, la sentencia del tribunal de París de 22 de enero de 1913, fué motivada por quemaduras de la cara consecutivas a un tratamiento depilatorio por los rayos X.

La sentencia condenaba en estos términos la indicación, y por tanto la radiodermitis con objeto de practicar la depilación de la cara:

«Si a pesar del inconveniente temible» de la radiodermitis «el médico no debe vacilar en aplicar este tratamiento cuando la salud del enfermo lo exija, no es así cuando, como en este caso, el médico se encuentra en presencia, no de un mal que debe curar, sino de una simple imperfección física... En este caso ni el interés de la ciencia ni el interés del enfermo exigen que *para un mínimo resultado* se arriesgue, si no la muerte, por lo menos el cambio de una imperfección en un mal verdadero o una agravación» (1).

No negamos el buen fundamento de estas consideraciones si, a pesar de la habilidad del operador, hay *peligro grave* de quemaduras. Ciertamente, en este caso es preferible que el paciente conserve su natural semejanza con Esaú. Pero lo que nos parece lamentable es que el tribunal se arrogue el derecho de *juzgar la indicación*, tal vez fundada en graves motivos de orden moral, por ejemplo en el deseo del cliente de contraer matrimonio. Si la jurisprudencia entra en esta vía, se expone a condenar «intervenciones de otra naturaleza, el carácter patológico o simplemente antiestético de ciertas deformidades que se presta algunas veces a discusión» (2).

2.º *Asimilación a un industrial.* — Otra tendencia de la jurisprudencia es la de asimilar al médico *radiógrafo* con un industrial de orden particular, y condenarle por perjuicio causado al cliente, *sin investigar* si por parte del operador ha habido o no *alguna falta*.

Así un juicio del tribunal del Sena de 8 de marzo de 1901 funda su condena «por radiodermitis consecutiva a sesiones de radiografía» en el considerando siguiente:

«La falta grave, y hasta la falta simple, no es necesaria para implicar la responsabilidad del doctor X... En efecto, éste ha obrado *no como médico*, sino como *industrial* de orden particular, responsable no solamente de la falta ligera, sino, según los principios generales del derecho, de todo hecho que cause a otro un perjuicio» (3).

«Es posible en buen derecho — dice Henri Verger — encontrar singular una doctrina que asimila a una fotografía vulgar un medio de exploración médica tan extendido y útil como la radiografía» (4).

3.º *Libertad de consulta a los peritos.* — Si creemos a *La thérapeutique moderne du praticien* (5), que no suministra ninguna fecha, el Tribunal

(1) Citado en Henri Verger: *Précis de déontologie médicale*, págs. 81 y sigs.
(2) Henri Verger: *Précis de déontologie médicale*, pág. 32; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 455, 1931, hace observar cómo indigna a los cirujanos un considerando de este género y es estimado «inatendido» por ellos.
(3) Citado en Henri Verger: *Précis de déontologie médicale*, pág. 32.
(4) *Ibid.*, pág. 32.
(5) Páginas 431 y 432, agosto-septiembre 1923.

de casación ha estimado, en la aplicación del art. 1382 del Código civil, que no era necesaria la opinión de los *peritos* para aclarar la conciencia del tribunal. Aun sin peritos, los jueces son suficientemente competentes para apreciar la responsabilidad del médico. En efecto, desde el momento en que el error médico constituye una falta grave, es necesario y basta que esta falta sea evidente.

¿Quién no advierte el peligro de *generalizar* semejante principio? Sin duda hay casos en que la falta grave es tan manifiesta que una persona de buen sentido, aun extraña a la medicina, no dejará de percibirla. Pero hay otros en que la misma persona creerá evidente algo que a los ojos del médico experimentado no lo será. Suprimir el peritaje o declararle facultativo es quitar toda garantía al acusado.

CAPITULO XXIV

DE LOS HONORARIOS MEDICOS

525. Objeto y división. — Se pueden considerar los honorarios médicos desde un *doble punto de vista;* desde el punto de vista de la *ley civil,* que varía con los países, y desde el único punto de vista del *derecho natural,* que es el mismo en todas partes.

Las cuestiones por estudiar son bastante *diferentes* en uno y otro caso: el derecho civil supone, en efecto, el derecho natural, y se esfuerza en completarlo para el bien general.

Así la ley francesa decreta que los médicos diplomados por el Gobierno francés y doctores son los únicos con derecho a reclamar honorarios; precisa quién es deudor de los honorarios en el caso de cuidados prestados al marido, a la mujer, a los hijos, a los criados, a una persona herida por un tercero, a un obrero víctima de un accidente en el curso de su trabajo; cuando hay duda sobre la cantidad de honorarios, deja a los tribunales un poder soberano de apreciación; en lo que respecta a la prueba, admite que el interesado establezca por sus libros el número de sus visitas, de sus consultas, etc.; declara que los honorarios médicos por visitas y operaciones prescriben a los dos años, y, en caso de convención de abono anual, a los cinco años; reconoce como privilegiados los gastos de la última enfermedad, «cualquiera que haya sido su terminación;» fija la tarifa de los gastos médicos y farmacéuticos en materia de accidentes del trabajo y limita en este caso a un año la prescripción de los honorarios; determina la tasa de los honorarios, por lo demás insuficientes, para los médicos peritos en materia criminal (1).

En este capítulo dejaremos a un lado a la ley civil para situarnos exclusivamente en el punto de vista del *derecho natural* y de la *dignidad profesional.* Desde este punto de vista, las cuestiones que merecen un examen son menos numerosas, pero *fundamentales.* Serán el objeto de *tres artículos.*

Trataremos en el *primer artículo* de la legitimidad de los honorarios; en el *segundo,* de la fijación de la cifra de honorarios, o más bien de los principios que concurren a determinar el precio justo con respecto al de-

(1) Dr. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas: *Déontologie et jurisprudence médicale,* páginas 544 y sigs., 1920; Etienne Martin: *Précis de déontologie,* págs. 234 y sigs.; doctor Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 299 y sigs.; Appleton-Salama: *Droit médical,* págs. 13 y sigs., 1931.

recho natural; en el *tercero,* de las ganancias ilícitas, o cuando menos peligrosas e incompatibles con la dignidad de la profesión.

Se comprende fácilmente que la *dificultad* de estas tres cuestiones es *desigual.*

1. Es *fácil* establecer el *derecho* del médico a percibir justos honorarios.

Sin embargo, esta primera cuestión, a pesar de su claridad aparente, presenta, como casi todas las cuestiones de moral, facetas obscuras o menos luminosas que debe aclarar la reflexión.

2. Es *más difícil* comprender en su complejidad y exponer con precisión los principios que, según el derecho natural, presiden la *fijación* de honorarios justos.

3. Finalmente la cuestión de las ganancias ilícitas, peligrosas o poco honorables supone, para ser bien comprendida, una *elevada idea de la profesión médica,* que, celosa de su honor y consciente de su dignidad, excluye toda combinación de orden comercial. Esto lo comprenderá quien al justo cuidado de sus intereses materiales sepa unir una verdadera nobleza de alma.

ARTICULO PRIMERO

LEGITIMIDAD DE LOS HONORARIOS MEDICOS

526. I. Definición. — Como todos sabemos, se designa con el nombre de *honorarios* la «retribución que se da por sus servicios a los que ejercen una profesión calificada de *honorable*», o mejor de especialmente honorable y *liberal,* «como los sacerdotes, abogados, médicos» (Littré, *Dict.*)

Esta simple definición nos guiará con rectitud en el curso de este estudio: en realidad contiene una *doble enseñanza,* una referente al enfermo y otra relativa al médico.

1. ENFERMO. — La distinción entre *honorario* y *salario* recuerda al enfermo que no hay por lo general *plena y entera equivalencia* entre el servicio recibido y el dinero con que «*honra*» al médico. El restablecimiento de la salud y con mayor razón la prolongación de la vida, a costa algunas veces de peligros muy graves corridos por el médico expuesto al contagio, no podrían compensarse con algunas monedas. Por esto el cliente debe a la verdad y se debe a sí mismo: *primero,* no regatear esta justa retribución que es la primera manera de honrar al médico: *luego,* no creerse «*absolutamente desobligado*» con el médico después de la compensación pecuniaria: al «honrarle» debe tener conciencia de quedarle *obligado* todavía en cierto modo (1).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 385 y 386, 1931; Dr. Morache: *La profession médicale,* págs. 174 y sigs.

Así, según la bella definición que de ellos se ha dado, los «*honorarios*» honran al que los da y al que los recibe. Algunos ejemplos serán más elocuentes. Pondrán en parangón

2. MÉDICO. — Por lo demás, el término *honorarios,* que significa una señal de honor, pero inferior al servicio prestado, dará al médico una lección constante de *noble orgullo,* de *dignidad profesional* y en cierto modo de *desinterés.* Si ejerce una profesión *liberal,* y *no un negocio,* debe mantenerse en guardia constantemente contra la tendencia demasiado común de «asimilar la profesión médica con un comercio, renunciando a las ventajas morales anexas a una carrera liberal, para beneficiarse de las ganancias pecuniarias que gozan el comercio y la industria» (1).

En una palabra, la definición misma de los honorarios recuerda al *cliente* y al *práctico* el principio siguiente: «Entre el cliente y el médico existe un contrato que nada tiene que ver con un tráfico. El médico no vende su ciencia y su experiencia. Los cuidados que prodiga, los consejos que da, la devoción y el valor de que debe dar pruebas en todo momento y en todas las circunstancias, *merecen más que una remuneración material,* si bien ésta, justamente denominada *honorario*», o marca de honor, «le es debida por sus clientes y por los poderes públicos» (2).

Bueno es elevarse algunas veces a estas alturas: desde ellas se descubre mejor la verdad. Nada es, por el contrario, menos formador que una serie de consejos, tal vez prácticos, pero carentes de toda elevación moral.

527. II. Derecho del médico. — Si bien por dignidad profesional debe el médico librarse de todo espíritu comercial, si bien halla en la satisfacción del deber cumplido y a veces en el reconocimiento de los

dos clases de enfermos: los que mantienen y los que no mantienen al término honorarios su elevada significación.

1.° *Nobleza de corazón.* — «He conservado un buen recuerdo de dos clientes de excepción, delicadamente generosos.

Un sacerdote bastante rico, que ocupaba una situación elevada en la clerecía metropolitana, me hizo llamar en una casa de salud laica para un voluminoso ántrax del dorso. Incisión de urgencia con el termo, seguida de curas diarias y de buena curación. Mi nota de honorarios, pedida inmediatamente después, me fué pagada *doble.* Y al darle yo las gracias, me respondió: «*Honora medicum:* esto está en la Escritura. Me habéis cuidado como buen cirujano y buena persona. Estoy obligado a «honraros» y aun me creo deudor vuestro.»

En el segundo caso se trataba de un príncipe de la casa de Francia, cerca del cual substituí únicamente a su cirujano, que era el más querido de mis amigos. Los cuidados que se debían prestar tenían poca importancia; pero debían ser diarios y a hora fija, y su duración dependía de la voluntad del cliente. Fatigado por antiguas campañas coloniales, aquel digno anciano, que sufría del hígado y era sensible al viento del Este, tenía la necesidad de explicar cada mañana las dolencias de la noche, y pedía algunos consejos sobre el régimen que debía seguir durante el día. Su afable gentileza se complacía en largas charlas cordiales en las cuales daba rienda suelta a sus viejos recuerdos, que eran copiosos. Así pasaba el tiempo, y la etiqueta exigía esperar de él el despido. A fecha fija, dos veces al año, pedía la nota de honorarios. Y al día siguiente venía el secretario, encargado de «hacer» una visita oficial de gracias. La nota, siempre pagada *doble,* iba acompañada de una *amable carta* autógrafa del príncipe.»

2.° *Bajeza de corazón.* — «Algunos nobles de nuevo cuño, los del siglo XIX entre otros, son a veces clientes muy mezquinos. Unos regatean; otros prefieren no pagar, creyendo haber honrado bastante al médico al escogerle. Hay otros que envían a su conserje a preguntar lo que vale la visita» (Dr. Noël Hallé: *De l'éducation médicale,* págs. 192 y sigs.).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 383, 1931.

(2) *Ibid.,* pág. 307, 1920.

clientes, sobre todo de los pequeños y de los humildes, la más preciosa de las recompensas, tiene en justicia el *derecho estricto* de vivir de su profesión, el derecho de vivir conforme a su condición, y por lo tanto, honorablemente, el derecho de hacer vivir de ella a su familia: es decir, que el *derecho natural* le autoriza a percibir, y en caso necesario a reclamar, el pago de justos honorarios (1).

Nada más evidente, «pues a fin de cuentas todos los seres humanos son iguales por naturaleza; nadie está, pues, obligado a trabajar gratuitamente por el bien de los demás, y si alguien presta un servicio al prójimo, la equidad y la igualdad exigen que un bien equivalente al servicio prestado», o equivalente en cierto modo, «restablezca el equilibrio (2). El derecho de un médico a su salario es, por tanto, un *derecho natural,* y el enfermo tiene el deber de pagarle: no pagar al médico sería un verdadero robo» (3). «Es de toda justicia... que el cliente pague lo que ha recibido efectivamente, y que el práctico reclame la retribución de la inteligencia y devoción que ha desplegado en servicio de su enfermo, así como del tiempo y dinero gastados en la obtención de su diploma. Por otra parte la medicina no podría ser una excepción de la regla de *justicia* que exige que una profesión procure a quien la ejerce, si no la fortuna, por lo menos una posición desahogada con el pan cotidiano, situación a la que están reducidos la mayoría de los médicos en la hora presente» (4).

Es inútil insistir, pues la supresión del derecho a los honorarios significaría la supresión de los médicos, con gran detrimento de los enfermos y de la sociedad entera (5).

(1) *Es bastante chocante* observar, con Ch. Coppens, que hasta 1858 la ley inglesa no reconocía a los *médicos* ni a los *abogados* el derecho de *reclamar honorarios.* Este privilegio estaba reservado a los *cirujanos* y a los farmacéuticos, que sólo prestaban servicios al público con la condición de recibir un honorario o un presente como marca de honor (*Morale et médecine,* pág. 112).

(2) *Se encuentra ya* este argumento en *Santo Tomás:* «Todo hombre puede exigir una justa retribución por los servicios que presta a otro sin estar obligado a ello» (2, 2, q. 71, 4).

(3) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* pág. 113. Podría añadir: «el pago insuficiente constituye un dolo del que la dicotomía no es más que una consecuencia» (Dr. Okinczyc en *Etudes,* tomo 217, pág. 15, 1933).

(4) Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 307.

(5) Una *excepción,* introducida por el *uso* y muy legítima, se refiere a los cuidados que un médico presta *a uno de sus colegas* o a su familia.

«Debéis a vuestros colegas, dice el Dr. Hubert, a sus esposas y a sus hijos todos los cuidados médicos que os hagan el honor de pediros. Es el primero de los deberes de fraternidad. Entre médicos no entra *en las conveniencias ni en las costumbres* enviarse notas de honorarios: las gracias afectuosas bastan como expresión de reconocimiento» (Citado en Grasset: *Cong. intern. de médec. prof.,* pág. 306, 1900; *Le devoir du médecin,* núm. 44, página 142).

«Uno de nuestros viejos maestros, de humor divertido, hizo uso de esta costumbre para dar a un especialista, a quien consultaba, una graciosa *lección de cosas.* Durante los pocos minutos que tuvo que aguardar en el salón había admirado un delicioso y pequeño bronce antiguo, extrañándose de la imprudente confianza de su dueño. Después que su rinofaringe hubo sido *examinada* de modo irreprochable por el especialista, dijo poco más o menos lo siguiente: «No puedo darle de mejor modo las gracias que rogándole acepte este admirable pisapapeles.» Y, sonriendo con malicia, sacó del bolsillo el bronce que había tomado. Su reconocimiento se manifestó más tarde de otro modo; pero esta lección de prudencia no la perdió el colega que me la ha contado, ni yo tampoco en la época lejana en que ambos comenzábamos.» Desde entonces no puso en la sala de espera sino objetos de arte de dimensiones respetables (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 262, 1931).

527. III. Derecho independiente del resultado. — Hemos tenido ocasión de decir a menudo que el médico está obligado a procurar, por todos los medios en su poder, el *resultado posible* en el estado actual de la ciencia, y por tanto la curación del enfermo, o por lo menos el mejoramiento de su estado y el alivio de sus padecimientos.

¿Tiene no obstante *derecho* a percibir y hasta a exigir honorarios *si no obtiene ningún buen resultado?* Aunque el médico tenga seguramente el derecho estricto de ser remunerado *en razón de sus cuidados* e independientemente del éxito, la cuestión que acabamos de plantear es *más compleja* de lo que parece a primera vista, y para estudiarla conviene *distinguir* varios casos: el de una enfermedad incurable, de un error involuntario y sin falta grave, de una falta grave pero no culpable, de un error práctico, voluntario en sí mismo o en su causa.

1. ENFERMEDAD INCURABLE. — El médico no ha curado al enfermo, pues la enfermedad era incurable. No ha mejorado su estado, pues toda mejoría seria y duradera era imposible. No ha atenuado sus sufrimientos, pues, excepción muy rara, no podía hacerlo en el estado actual de la ciencia. ¿Tiene un *derecho estricto* a los honorarios a causa de sus cuidados y de los consuelos morales que ha aportado al paciente?

Sí, indudablemente, con la *doble condición,* sin embargo, de que no haya *engañado* a su cliente sobre la inutilidad de sus esfuerzos, y de que haya advertido lealmente a la familia de la situación.

Esta es la conclusión de los principios que rigen las visitas (Supra, número **100**). Y podemos añadir que esta conclusión deriva de la naturaleza misma del arte médica. El mismo enfermo sabe muy bien que el médico no puede de ordinario responder del resultado. Por esto el *derecho* a una justa retribución estriba menos en el *servicio efectivamente prestado* que en los *cuidados prodigados.* «Es evidente — dice en otros términos Ch. Coppens — que la compensación debida al médico supone un alivio, un servicio prestado al enfermo. ¿Dónde estaría de otro modo el título de la compensación? Mas, para establecer este título, *no siempre es necesario el éxito:* basta con que el médico haya *tomado medidas con miras al mejor resultado,* incluso cuando lo mejor es imposible. El consuelo que la visita proporciona al enfermo basta para que la familia acepte los cuidados y el médico reclame sus honorarios. Basta con que el médico *no haya engañado* a quienes le han llamado sobre la inutilidad de los esfuerzos. *Volenti et scienti non fit injuria*» (1).

2. ERROR INVOLUNTARIO. — El enfermo podía curar. No obstante el médico tratante, de una ciencia y habilidad ordinarias, ha cometido *involuntariamente* un error de diagnóstico o de terapéutica, error excusable, es cierto, pero que de hecho *ha agravado el mal,* y hasta ha *ocasionado la*

(1) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* págs. 115 y sigs.; Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 280; Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 186.

muerte, de suerte que la intervención del médico no ha sido simplemente inútil: ha sido *positivamente nociva.*

¿En este caso, más delicado que el precedente, está el médico autorizado por el *derecho natural* a reclamar sus honorarios, aunque se haya dado cuenta plenamente, si bien demasiado tarde, de haber seguido un camino equivocado?

Estimamos que se impone una *respuesta afirmativa: por el hecho de haber sido funesto para el enfermo,* un error involuntario no podría privar de todo derecho a la retribución a un médico que ha instituído un examen serio, no ha cometido falta grave y tal vez ha disputado largo tiempo a la muerte a un cliente gravemente enfermo. El paciente y su familia sólo pueden pedir una cosa al práctico: que intente *concienzudamente* la curación.

3. FALTA GRAVE PERO INVOLUNTARIA. — El médico ha cometido una *falta imperdonable* desde el punto de vista médico. Si el asunto se llevara a los tribunales, *sería condenado* no solamente a perder sus honorarios, sino a pagar a la víctima o a su familia daños y perjuicios. No obstante ocurre, por excepción bastante rara, *que no ha querido* ni en sí mismo ni en su causa su descuido o imprudencia.

En estas condiciones, el honor y la delicadeza le invitan a sacrificar sus honorarios si después del hecho está convencido de haberse equivocado groseramente. ¿Pero se hace culpable de *injusticia* si los reclama antes de condena judicial?

Aunque la solución parezca bastante discutible, no lo creemos así. Puesto que no es culpable, no está obligado *ciertamente,* antes de sentencia judicial, a entregar a los interesados una indemnización pecuniaria. *Parece* también que puede, por la misma razón, reclamar el precio de sus *trabajos y cuidados.* En definitiva ha mantenido su palabra después de haberse comprometido, bajo promesa de retribución, a obrar del mejor modo posible.

4. ERROR, DESCUIDO O IMPRUDENCIA VOLUNTARIOS. — El médico es moralmente culpable de un error, de una imprudencia o de un descuido, *voluntarios en sí mismos o en su causa:* por acción o por omisión queridas, por lo menos *indirectamente,* ha agravado de manera singular el mal o incluso ha causado la muerte del paciente.

Es bien claro que en este caso *no puede* reclamar sus honorarios sin injusticia. Incluso hemos expuesto antes (núm. 508) las condiciones en que no podría negarse a una compensación pecuniaria antes de toda condena.

Concluyamos que el derecho del médico a una retribución justa es independiente del resultado, *con tal que* no haya alentado en el enfermo esperanzas engañosas si la enfermedad era seguramente incurable, que haya advertido a la familia de la imposibilidad de curación, y que no haya querido el fracaso directa ni indirectamente. La naturaleza misma del arte médica exige esta conclusión.

528. IV. Derecho a los honorarios en casos de cuidados debidos a título de caridad. — Después de los cuidados, *debidos* a título de *caridad,* prestados a un pobre reducido a una necesidad muy grave, un médico tiene el triste valor de reclamar honorarios a este menesteroso.

No hay duda de que comete una *falta,* puesto que en semejantes circunstancias su deber es el de prestar cuidados gratuitos. ¿Pero se hace culpable de una *verdadera injusticia* al exigir el precio de lo que debía a título de caridad?

No nos atreveríamos a afirmarlo: solamente habría injusticia cierta si reclamara honorarios por cuidados pagados por ejemplo de antemano, o retribuídos por una asociación caritativa, y debidos por el mismo hecho a título de justicia rigurosa (1).

529. V. Reclamación de honorarios. — El derecho a percibir justos honorarios implica el derecho a *reclamarlos* a los clientes que no toman la iniciativa. Sin embargo, conviene que las *formas de reclamación* destinadas a salvaguardar la justicia no hieran a la caridad y no empañen la dignidad profesional. A este efecto, el médico enviará pronto su factura de honorarios, la cual, sin indicar detalladamente los servicios médicos prestados, estará redactada según sus libros y gracias a una conta-

(1) Lehmkühl: *Th. Mor.,* I, núm. 1.324, 3. Para corresponder a un servicio por un servicio, o a una galantería por otra galantería, el médico, por invitación de su huésped, visita a un enfermo. Terminada la visita exige honorarios. ¿Falta a la justicia? Sí, si explícita o implícitamente ha *renunciado* a su derecho. No, *en el caso contrario,* a costa sin embargo de cometer una bajeza y, en ciertas circunstancias, una villanía. Por lo menos no es posible leer sin indignación los dos rasgos siguientes:

«S., médico de los hospitales de París, es además médico jefe de una Compañía de ferrocarriles. Utiliza con frecuencia su recorrido gratuito y es muy conocido por los empleados. En el curso de uno de estos viajes de recreo es detenido por una falta de correspondencia en una estación de bifurcación. Es la hora del almuerzo, y la fonda de la estación tiene gran fama. Mientras aguarda el tren, S. es reconocido y bien acogido, se instala en el restaurante, donde come confortablemente. Después del café, al iniciar el gesto de pagar el almuerzo, el fondista protesta: no aceptará nada, y aun es demasiado feliz si el Sr. médico jefe está satisfecho del trato. Luego: «Si no fuera abusar de la bondad del Sr. médico jefe, le pediría un pequeño favor — dice el hombre —. Mi esposa está muy enferma, el médico de la Compañía que la ve cada día no me tranquiliza. Si el Sr. consintiera en subir a mi piso para verla, le estaría muy agradecido.» «Cómo no, mi buen amigo; esto es lo menos que puedo hacer por Vd.» y sube. Visita tranquilizadora. Al partir el tren, el fondista se confunde en agradecimiento. «Son 100 francos por la visita», dice el médico jefe. En el lugar del explotado, creo yo que habría respondido por una nota: «un almuerzo, 100 francos».

T., profesor distinguido, no goza sin embargo en el mundo médico de la estima universal. En el mundo de la clientela ilusiona. Al final del verano, de regreso de las vacaciones más pronto que de costumbre, es invitado a comer en las afueras de París por una antigua clienta que le considera su amigo. Acude a la invitación y es muy bien tratado. En la velada, la dueña de la casa, después de varios pequeños cuidados para el maestro, se arriesga: «Mi antiguo conserje, a quien Vd., doctor, conoce bien, me inquieta. Si no le ha visto esta tarde, es porque está en cama desde hace algunos días con fiebre. Y nuestro médico de campo no está muy seguro de su diagnóstico. Le quedaría muy agradecida si le viera un momento.» «A sus órdenes, señora; encantado de prestarle este pequeño servicio.» Después de ver al enfermo, el maestro es acompañado a la estación con las protestas de reconocimiento más calurosas.

Al día siguiente, la dama recibe la nota: «una consulta fuera de París, 1.000 francos». Desde entonces ha evitado invitar a T. a comer en el campo» (Noël Hallé: *De l'éducation médicale,* pág. 189).

bilidad muy bien llevada. Si el cliente no responde a esta primera llamada, el médico le enviará su factura por segunda vez, previniéndole de que la hará percibir a domicilio por el cobrador o por correo. Si es discutida la exactitud de la factura, establecerá amablemente que no hay ningún error, grande o pequeño. Si el cliente persiste en negar el importe de la factura, que según su parecer es exagerada, y particularmente si se niega claramente, por uno u otro motivo, a saldar una deuda que está ciertamente en condiciones de liquidar, el práctico conserva un *doble recurso:* hacer intervenir, a título de árbitro, a la oficina del sindicato médico, si las circunstancias lo permiten, y si tampoco esto da resultado, llevar el asunto al juzgado, de resultados también muy inciertos.

A este principio sumariamente enunciado conviene añadir algunas *explicaciones.*

1. MÉTODO PREFERIBLE. — El mejor modo de retribución, el más digno del práctico y del enfermo, deseoso de demostrar su estimación y reconocimiento, es, sin discusión, el que *evita al médico* la preocupación y, digámoslo así, la ligera humillación de *reclamar* sus honorarios.

Como ya hemos hecho observar, los *ingleses* han resuelto el problema de una forma original y muy práctica. En una visita el cliente paga por *adelantado* la visita siguiente. Por consiguiente paga doble la primera visita si es que desea una segunda, y no da nada en la última visita, o en la que él considera como última. Ante esta actitud de mano cerrada comprende el médico sin más explicaciones que no debe volver, a no ser que se le llame nuevamente. El Dr. E. Hubert ve en esta moda «dos inconvenientes bastante graves: en que el enfermo tase sus visitas por sí mismo y sea el único que determine el momento en que pueden cesar» (1).

En *Francia* se suelen pagar al contado las consultas *en el gabinete* del médico, sobre todo si las da a personas extrañas a su clientela; por lo común se satisfacen también inmediatamente los honorarios de los médicos llamados *en consulta* a la cabecera del enfermo (2). Además, el enfermo toma con bastante frecuencia la iniciativa en los medios algo educados: pregunta al médico cuánto le debe o le ruega que envíe su factura por las visitas a domicilio (3).

(1) Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 134, pág. 135.

(2) Pero la costumbre de pagar *de antemano* cada visita no se ha introducido todavía y será difícil que se introduzca. «Se está siempre mejor dispuesto a un gasto *futuro* que a un *gasto actual,* en el que por otra parte pueden hacer falta los medios» (Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 272 y sigs.).

(3) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* págs. 179 y sigs.

Si el cliente después de curado viene por sí mismo a daros las gracias y a «honraros», no hagáis el ridículo de engañaros encontrando incompleta la suma muy exacta que os remite. Es la *pequeña desventura* que se atribuye a *Dupuytren...*

Recibió un día la visita de una bella duquesa, viuda de un mariscal del Imperio, a la que cuatro o cinco meses antes había operado felizmente. «Mi querido doctor — dijo al sentarse —. Para atestiguarle mejor mi gratitud he bordado con mis propias manos este bolso, que estoy muy contenta de ofreceros.» La bolsa parecía ligera, y el viejo maestro disimulaba muy mal su afición al dinero. Malhumorado, replicó que sin duda los pequeños regalos mantenían la amistad, pero que en cambio las buenas cuentas hacían los buenos amigos, que su operación había salvado la vida a la duquesa y que en suma le debía 250 luises.

2. PROCEDIMIENTOS INCOMPATIBLES O POCO COMPATIBLES CON LA DIGNIDAD PROFESIONAL. — No hay que confundir con la costumbre que acabamos de recordar, y en la que la iniciativa corresponde al *cliente,* un *doble procedimiento* poco compatible, si no deshonroso, con la dignidad profesional.

1.° El *primero,* muy peligroso y que «oculta a menudo malos designios», consiste «en *exigir* el pago *anticipado* de los honorarios (1). De tal suerte tendríamos al enfermo a nuestra merced y nos sería muy fácil no cumplir las promesas anteriores al trato... He escuchado las quejas de uno de nuestros más honorables y distinguidos colegas respecto a un cliente afecto de una enfermedad incurable, quien, atraído por el renombre de un práctico, tuvo que entregarle una fuerte suma de buenas a primeras y fué abandonado por él después de algunas consultas» (2). Si queremos llamar a las cosas por su nombre, hay en esto abuso de confianza y villanía.

2.° El *segundo* procedimiento no concuerda con la *dignidad profesional.* Consiste en *exigir,* al principio de una enfermedad aguda, la *garantía escrita* de una retribución por los cuidados futuros (3).

Sin embargo, no quisiéramos, si no son necesarios socorros urgentes, condenar absolutamente y *en todos los casos* esta manera de obrar. En esta cuestión, como en muchas otras, el recto Dechambre parece habernos dado la *solución justa:* «Un médico que exige», aun por escrito, «una garantía de pago de sus honorarios de un enfermo que, *pudiendo hacerlo,* no ha liquidado con él una deuda por cuidados anteriores, comete una acción de gusto discutible, pero muy legítima» (4).

Entonces la dama, con una sonrisa, abrió el bolso de terciopelo, sacó muy ostensiblemente de él cinco billetes de mil francos, que puso en su portamonedas, y replicó: «Mi querido doctor, es Vd. demasiado modesto, y me cree muy fútil. Esta bolsa, naturalmente, no estaba vacía: contiene ahora la suma que Vd. me pide» (Maurice de Fleury: *Le médecin,* pág. 59).

(1) Se trata del pago *anticipado* de *todo* el futuro tratamiento, y no solamente, conforme a la moda inglesa, de la próxima visita.

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 281 y sigs.

(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 163. El procedimiento sería más odioso y podría acarrear graves consecuencias si el médico exigiera esta garantía escrita *en el curso* de una enfermedad aguda.

(4) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 282, nota 1; Moureau y Lavrand, págs. 164 y siguientes.

«*Se ha recomendado igualmente,* como medida preventiva y de sanción respecto a estos clientes desvergonzados que van de médico en médico sin pagar a ninguno, ponerlos en el índice e inscribirles en el *libro negro.* Así se llama el libro en que cada médico inscribe, para darlos a conocer a sus colegas, a los malos pagadores de su clientela. Observamos simplemente que esta medida, legítima en sí misma, degeneraría en abuso manifiesto si en él se inscribieran *verdaderos pobres,* o si una inscripción, aun legítima, sirviera de pretexto para rehusar a cualquiera *servicios de urgencia*» (Moureau: *Le médecin...,* págs. 165 y siguientes; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 132, pág. 134). En respuesta al Dr. Stouffs, que había combatido sus prevenciones respecto al libro negro, el doctor E. Hubert escribe: «Mi querido colega, tanto me dirá Vd. que tendré que ser de su opinión. Lo hago tanto más voluntariamente cuanto que tengo la seguridad de que no dejará morir sin socorro a ninguno de sus *negros*» (*loc. cit.,* pág. 134).

3. PROCEDIMIENTOS HONORABLES. — Los procedimientos honorables son el envío de la factura, el arbitraje, y, si es necesario, la demanda ante los tribunales.

Pero no olvidemos que estos tres modos de reclamación suponen una *buena contabilidad:* una buena contabilidad es la salvaguardia del práctico, la legitimación, día por día, de las visitas hechas, de las consultas dadas, de las pequeñas intervenciones practicadas. Hará uso de esta contabilidad si es necesario; no está obligado a reclamar los honorarios a cuantos haya inscrito en ella, pero tendrá en todos los casos un punto de partida seguro» (1). «La contabilidad médica debe comprender por tanto: un libro Diario, un libro Mayor con índice» (2).

1.° *Envío de la factura.* — Conviene que una vez terminados los cuidados *no tarde* el médico *demasiado* en enviar su nota: se evitará con ello muchas dificultades y ahorrará una desagradable sorpresa a los clientes que la hubieran olvidado. «No permitáis nunca — dice A. Petit — que el reconocimiento se acumule en largas deudas: al igual que la memoria, se pierde con los años» (3). «Consideramos el *envío trimestral* como un sistema que debiera desarrollarse por varias razones: menor elevación de la suma debida y por consiguiente más facilidad para el que debe pagar; recuerdo menos lejano de los servicios prestados; y, finalmente, ventaja manifiesta para el práctico, que viéndose obligado a vivir, él y los suyos, del producto de su trabajo, no puede evidentemente satisfacer sus propias deudas sino cuando le han sido satisfechas las ajenas» (4). No obstante, las familias se acomodan difícilmente al envío trimestral. «Apenas se acepta de buena gana el período de seis meses: casi siempre se adopta el de un año» (5). Conviene cuando menos no pasar de este último.

Inútil es decir que la factura de honorarios no debe contener indicación alguna contraria al *secreto profesional,* o mejor que pueda implicar una violación del secreto *si la nota va a parar a manos de algún extraño.* «Pueden indicarse en su totalidad el número de las visitas hechas, el número de consultas, las pequeñas operaciones, tales como las exploraciones con el espéculo, vendajes, etc., pero sin precisar la naturaleza de la intervención» (1).

2.° *Arbitraje.* — Cuando hay discusión de honorarios, «un primer medio de éxito posible consistiría en hacer intervenir a la oficina del sindicato médico. El cliente y el médico serían llamados ante el tribunal del sindicato, que escucharía las explicaciones de uno y otro y actuaría de árbitro» (2).

3.° *Acción ante los tribunales.* — Es indiscutible que el médico tiene el derecho de *perseguir en justicia* el cobro de sus honorarios. Sin embargo, en la práctica, sólo debe llegar a este desagradable extremo «cuando se trata de pícaros», obstinados en substraerse a sus obligaciones a pesar de hallarse *enteramente en condiciones* de hacer honor a ellas. En este caso conserva todo su valor la frase del Dr. Le Gendre: «Aconsejo también a mis jóvenes colegas que *no renuncian nunca a una factura discutida:* esto sería alentar la ingratitud de los clientes sin escrúpulos (3).

De todas maneras, la primera *precaución que debe adoptarse* para no verse obligado a intentar persecuciones, «es la de no hacer esperar demasiado tiempo la factura a los clientes» (4). Ya hemos hablado de ello suficientemente.

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 179. «Nunca recomendaré bastante a mis jóvenes colegas que tengan el mayor cuidado con la contabilidad de sus visitas, *indicando en su fecha exacta los cuidados excepcionales,* intervenciones, llamadas de noche, etc., pero *sin inscribir nunca* en el carnet de las visitas o consultas *la naturaleza de la enfermedad*»... (Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 392, 1931; supra, núm. **501**).

(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 232; Henri Verger: *Précis de déontologie médicale,* pág. 85. «Hay que llevar una buena contabilidad en partida doble: con un diario y libro mayor. En el primero inscribirá el médico cada día las visitas de la jornada con el nombre de los clientes y el precio de la visita simple o aumentada. En el segundo dedica una página a la cuenta particular de cada cliente, página cuya simple copia constituirá la nota enviada a fin de año» (H. Verger, pág. 85).

(3) Citado en Dechambre: *Le médecin,* pág. 272.

(4) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 180.

(5) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 271.

ARTICULO II

FIJACION DE JUSTOS HONORARIOS

530. Triple cuestión. — El médico tiene el derecho estricto de exigir *justos* honorarios después de haber prestado sus cuidados.

Pero es indispensable *distinguir* en esta materia lo que es justo de lo que sería injusto y merecería llamarse una indigna explotación del cliente.

1. *¿A quién corresponde* determinar la cifra, el importe, la tasa de los honorarios justos: al Estado, a un sindicato de médicos, al práctico que se ha dedicado en cuerpo y alma a la curación o al alivio del enfermo?

2. *¿Según qué principios,* elementos y factores se hará esta determinación de justos honorarios si el médico tratante es el único en causa?

(1) Dr. G. Morache: *loc. cit.,* pág. 180.

En su *Proyecto de codificación,* artículo 67, el *Dr. Dignat* aconseja una nota *aun más sumaria:*

«Toda nota de honorarios enviada por un médico mencionará únicamente, además de la suma reclamada, el período de tiempo durante el cual se prestaron los cuidados que son objeto de la nota; y sólo en el caso de reclamación o de comprobación suministrará el médico un estado detallado sobre el número, naturaleza y fecha de las visitas o consultas (Citado en el Dr. Le Gendre: *Déontologie,* pág. 310, 1920).

(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 235; H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* págs. 90 y sigs., donde hay observaciones útiles sobre el papel de los árbitros.

(3) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 392, 1931; Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 187.

(4) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 165.

3. *¿Según qué consideraciones* deben fijarse los honorarios de los consultantes, de los especialistas, de los cirujanos, con concurso del médico tratante o sin él?

En los tres párrafos siguientes examinaremos esta triple cuestión, eminentemente práctica y de una solución muy delicada. Tanto más cuanto que ha habido, hay y habrá siempre «algunas dificultades entre clientes y prácticos con respecto a la fijación de los honorarios. Curados o no, los enfermos censuran a menudo el importe de los honorarios, excesivamente elevados en su opinión. «Los satíricos han dicho que sólo demuestran una discreción sin igual aquellos a quienes el médico ha sabido reducir al silencio» (1).

§ 1. — Justo apreciador

531. I. Fijación por la autoridad pública. — Puesto que es muy difícil y hasta imposible asimilar completamente un caso a otro, la *autoridad pública,* por ejemplo una municipalidad, no está en condiciones de tasar las visitas médicas y «hacer variar la tasa de acuerdo con ciertas particularidades de la visita, como la duración de ésta y la hora a que ha sido hecha», sin tener en cuenta la intensidad del trabajo intelectual a que el médico debe entregarse a veces para establecer un diagnóstico prudente y una terapéutica razonada (2).

Es preciso reprobar con mucha más energía lo que se ha denominado «*socialización de la medicina*». Se habló mucho de ello en 1904, «a raíz de una tentativa hecha por la municipalidad de Zurich para *transformar en funcionarios* a cuarenta médicos de aquella ciudad, que habrían aceptado cuidar *gratuitamente* a todo enfermo que hubiera satisfecho un importe anual de 4,35 francos. El producto de esta tasa individual suministraba una suma anual de 500.000 francos, que, divididos entre los médicos adheridos al sistema, aseguraba a cada uno una constante de 12.500 francos» (3).

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 178.

Desde el comienzo de este artículo importa notar que tenemos en cuenta la fijación de los honorarios y en modo alguno su *fijeza.*

Sobre este punto estamos plenamente de acuerdo con *Noël Hallé,* que escribe:

«He combatido el principio de la *fijeza* de los honorarios como doblemente defectuoso estimando que nuestra moral profesional lo condena, como también la moral común.

Por una parte, en efecto, este modo de *tasación fija* prescinde de nuestro deber de asistencia; por otra parte, se opone a la equidad... vulgar.

Al rehusar sus cuidados al enfermo que no puede pagarlos en la tasa generalmente elevada que se ha fijado, el médico elimina de su práctica a todos los pobres. Los «fijistas» se atienen, pues, deliberadamente a una concepción estrecha, puramente utilitaria y baja de nuestra profesión.

Tasando con la misma tasa, sea cual fuere su valor infinitamente variable, todos los servicios que presta, el fijista contraviene la regla elemental que tiene en cuenta todos los elementos de determinación. «De los componentes normales, el médico a precio fijo sólo retiene uno: su situación personal. Su punto de vista se hace, pues, enteramente egoísta» *(De l'éducation médicale,* págs. 187 y sigs.).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 273.

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 389 y sigs., 1931.

Se comprenden fácilmente las escasas ventajas y los grandes inconvenientes de esta medida, que suprime ciertamente el problema de los honorarios, pero que, *para no ser injusta,* debe suponer lo que no existe ni existirá jamás: me refiero a una igualdad perfecta de talentos, de cualidades morales y sociales, de trabajo entre médicos, incluso de confianza por parte del público.

1. Ventajas. — Puede ser agradable para un *enfermo,* o para aquel que teme llegar a estarlo, asegurarse cuidados médicos gratuitos pagando cada año una pequeña tasa. Por lo demás, cobrar 12.500 francos sería una perspectiva agradable «para el *médico* que no llegara a ganarse la vida», sobre todo si, como todo funcionario, podía contar con un retiro (1).

2. Inconvenientes. — Pero en realidad este sistema es contrario a los intereses de la gente sana, y *particularmente* de los enfermos y de los médicos.

1.° *Gente sana.* — Si obligamos a todo el mundo a pagar la tarifa médica, «aquellos que por su sobriedad y su cuidado de la higiene» se mantienen de ordinario en buen estado de salud tendrán razón para quejarse.

2.° *Enfermos.* — Los enfermos no conservarán o conservarán el derecho de elegir entre los médicos que habrán consentido en transformarse en funcionarios. *Si no lo conservan,* se verán tal vez obligados a dirigirse a un médico que no goza en absoluto de su confianza, y que, teniendo asegurado cierto bienestar, no se preocupa en manera alguna de estar al corriente de los progresos de la ciencia. *Si conservan por el contrario la libre elección,* se dirigirán en gran número a los médicos más renombrados y les agobiarán de trabajo, con gran detrimento de los enfermos, que no podrán ser atendidos suficientemente, y de los médicos mismos, que estarán excesivamente ocupados.

3.° *Médicos.* — Como hemos dicho, los médicos que se recomiendan al público por su habilidad y sus cualidades morales deberán, *por el mismo precio,* trabajar mucho más que los otros, transformados en rentistas de la profesión: es una injusticia, o por lo menos una falta de equidad (2).

532. II. Fijación por un sindicato de médicos. — Al parecer un sindicato de médicos no podría tasar *de manera precisa y en todos los casos* los cuidados prodigados por los prácticos de determinada región. Sin embargo, le es más fácil establecer una *tarifa mínima,* con tal que esta tarifa no sea demasiado elevada, y que la obligación de no reducir los honorarios por debajo de la cifra fijada no sea demasiado rígida y por tanto implique excepciones.

1. Tarifa precisa y universal. — Una tarifa aplicada, no solamente a la visita misma, sino *a todas sus particularidades* y a cada una de las operaciones de pequeña o gran cirugía, *no parece admisible* por la sen-

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 389, 1931.

(2) *Queremos decir* que no hay injusticia propiamente dicha, puesto que los médicos interesados *consienten;* pero *en sí* el procedimiento es injusto.

cilla razón de que no tiene en cuenta «ni el valor del cerebro ni el valor y la suma del trabajo realizado» (1).

En la práctica médica hay una gran diferencia entre unos casos y otros, y mucho más entre tal y cual manera de examinar el mismo caso.

1.° *Caso y caso.* — «Visitáis a *dos enfermos*. El *primero* está afecto de una ligera angina simple, cuyo examen sólo exige poco tiempo, poco despliegue de inteligencia y una prescripción sencilla, rápidamente establecida. El *segundo* enfermo es por el contrario un caso muy complejo. ¡Evaluad el tiempo, la intensidad intelectual que el médico debe desplegar, los recursos que debe extraer de su erudición! ¿Debe haber paridad entre las dos visitas? No ciertamente...» (2).

2° *Manera y manera.* — «M. Gide se asombraba de que existiera una gran desigualdad en la cifra de los honorarios. ¿No hay acaso una *gran desigualdad* entre una consulta rápidamente efectuada por un médico que sin esfuerzo cerebral se contenta con oponer prescripciones corrientes a síntomas *cuya causa no trata de descubrir*, y otra efectuada por el que gracias a un examen minucioso, a un fatigoso interrogatorio, a costa de una gran tensión de espíritu, llega a desentrañar, en medio de síntomas engañosos, la *naturaleza íntima de la enfermedad?*» (3).

Concluyamos, pues, que hay demasiados elementos complejos y hasta me atrevería a decir que *demasiados imponderables* para que un sindicato de médicos pueda incluirlos en categorías tarifadas de antemano (4).

2. TARIFA MÍNIMA. — La tarifa *mínima,* es decir, la tarifa por debajo de la cual los médicos de una villa o de una región se comprometen a no rebajar los precios, no debe ser demasiado elevada ni demasiado rígida.

1.° *Moderación.* — Si la tarifa mínima fuera, considerándolo todo, *excesivamente elevada,* se convertiría en un medio de explotar al cliente y sería *injusta.* Por lo tanto debe ser conforme a los principios que sirven para determinar los justos honorarios que serán expuestos en los párrafos siguientes.

2.° *Flexibilidad.* — La tarifa mínima debe dejar al médico una *doble libertad:* la libertad de cuidar *gratuitamente* a los menesterosos y de exigir *menos del mínimo* a los clientes necesitados.

«Entre la riqueza o el bienestar, que permiten precios convenientes, y la miseria que merece la caridad, *hay grados* para los que la cifra mínima es aún demasiado elevada» (5).

Con estas dos condiciones es legítima la tarifa mínima: no constituye una injusta explotación del cliente y no liga al médico hasta el punto de prohibirle la práctica de la beneficencia.

Además, e independientemente de toda convención expresa, es obligatoria a título de *caridad* si ha sido adoptada por la mayoría de los médicos: el práctico que la *redujera* sin causa justa, «*con un objeto de competencia* incompatible con la dignidad profesional», faltaría a la caridad que debe a sus colegas (1).

Si mediara un convenio formal, el médico que, aparte de excepciones previstas, la redujera contrariamente a la promesa cambiada recíprocamente, violaría no solamente la simple fidelidad a la palabra dada, sino también la justicia. El Dr. Ewell ha escrito con razón: «Si los médicos de una localidad *convienen* entre sí una tarifa, ésta les obliga con respecto a su propia conciencia» (2).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 273, 277 y sigs.
(2) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 176.
(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 387 y sigs., 1931.
(4) *Ibid.,* pág. 389; véase también: *Déontologie,* pág. 309, art. 54, 1920.
(5) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 373.

533. III. **Fijación por el médico.** — De lo que precede, y por tanto de la imposibilidad práctica de establecer «una tarifa *general*», *resulta* que el médico, una vez prestados los cuidados, es el *único* que está en condiciones de determinar, *hasta el último detalle* y de acuerdo con la justicia, el importe de sus honorarios: es el único capaz de apreciar los *diversos elementos* que pueden entrar en consideración en cada caso particular y que contribuyen de hecho, por su existencia, a elevar los precios (3).

Esto no significa, sin embargo, que tenga derecho a exigir del cliente, *sin preocuparse de costumbre ni regla alguna,* todo lo que puede obtener materialmente.

Debe fijar sus honorarios según los *principios* que expondremos en los párrafos siguientes, y por lo tanto de acuerdo con las *costumbres* del medio en el que ejerce, con tal solamente de que estas costumbres estén suficientemente de acuerdo con los principios de que nos falta hablar.

Por consiguiente, si hay una tasa mínima adoptada por el cuerpo médico de la región, y variable según la situación de fortuna del cliente, sólo puede rebasarla si *circunstancias especiales* le autorizan a ello (4).

§ 2. — PRINCIPIOS DE DETERMINACIÓN

534. **Objeto y división.** — En este párrafo tratamos de discernir los *elementos complejos* que deben ser tomados en consideración por *cuantos* quieran determinar equitativamente la tasa de los honorarios médicos.

Expondremos en primer lugar el principio muy general, y luego los principios más inmediatamente prácticos.

535. I. **Principio general.** — La justicia exige que los honorarios del médico (tratante, consultante, especialista, cirujano) sean lo bastante elevados para compensar en cierto modo *el pasado,* para hacer frente de

(1) Dr. P. Le Gendre: *Déontologie,* págs. 308 y 309, art. 57, 1920.
(2) Ch. Coppens: *Moralæ et médecinæ,* pág. 115.
(3) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* págs. 176 y sig.
(4) Génie-Salsm., II, núm. 21, V.

modo honorable a las necesidades del *presente* y para asegurar de algún modo el *porvenir*.

1. PASADO. — En la fijación de los honorarios hay que tener en cuenta los largos años que el médico ha empleado en su formación, en su educación profesional, en la adquisición de su diploma y de sus títulos oficiales.

«Es de toda justicia que el práctico reclame... una compensación del tiempo y dinero consumidos en la adquisición de su diploma» (1).

«Si el médico ha consagrado diez o quince años a su aprendizaje para adquirir una mayor habilidad en su profesión, es justo que exija honorarios más elevados» (2).

2. PRESENTE. — Nadie negará que los honorarios deben representar lo que es necesario para que el médico pueda vivir *honorablemente* de su trabajo y hacer vivir a su familia. El médico no tiene por tanto la menor obligación de aceptar «honorarios de hambre» (3).

3. PORVENIR. — «La vida del médico digno de este nombre es en conjunto una vida de sacrificio», que de ordinario no puede continuar cuando se ha rebasado cierta edad. Es justo, pues, que un trabajo concienzudo e inteligente le reporte lo suficiente, no sólo para fundar una familia y dar a sus hijos una educación liberal, sino también para hacer frente a los gastos que acarrea la enfermedad y para asegurarse una vejez libre de la indigencia.

Ya sabemos que no siempre ocurre así. «El que pertenece casi exclusivamente a la profesión médica», en la Francia actual, «es el hombre que trabaja y no se gana la vida, o que por lo menos gana lo suficiente para vivir y hacer vivir a los suyos al día en tanto trabaja, pero que no puede casar a sus hijas, a duras penas puede educar a sus hijos, y *sobre todo* que, en caso de enfermedad (con tanta mayor razón en caso de muerte), deja a todos los suyos en la más negra miseria, ni siquiera en la miseria dorada» (4).

536. II. Principio particular. — En justicia la cifra de los honorarios debe ser proporcional: a la naturaleza o importancia de los cuidados prestados y exigidos por la gravedad o la duración de la enfermedad; a la legítima reputación del médico y a su situación profesional, o, en otros términos, al valor médico del práctico, valor que nosotros suponemos de notoriedad pública; a la posición social y a la fortuna del cliente; a las condiciones económicas en que el médico ejerce su profesión, y por tanto al precio creciente de los artículos imprescindibles para la vida; a las costumbres locales, con tal que tengan en cuenta todos los elementos que acabamos de enumerar; finalmente a todo convenio honesto cuyos términos hayan sido establecidos de antemano entre el enfermo, que obra con toda libertad, y el médico que se compromete a cuidarle.

(1) Dr. Vincent: *La médecine*, pág. 107.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 387, 1931.
(3) *Ibid.*, pág. 386.
(4) Dr. Grasset: *Le milieu médical*, etc., págs. 32 y sig.

Nos falta aclarar la legitimidad de este principio y determinar su sentido preciso.

537. III. Legitimidad. — El principio que acabamos de enunciar está fundado en razón y admitido casi universalmente.

1. FUNDADO EN RAZÓN. — La recta razón nos dice ya que la tasa de los honorarios debe ser proporcional al valor de la obra o de la intervención; al valor del obrero; a la obligación en que se encuentra de cuidar gratuitamente a los pobres; a la necesidad que tiene de vivir y hacer vivir a los suyos (1).

2. GENERALMENTE ADMITIDO. — La legitimidad de este principio es tan manifiesta que lo encontramos, *en substancia*, en los antiguos moralistas, en los deontólogos más recientes, en más de una legislación moderna (2).

1.° *Moralistas antiguos.* — Santo Tomás asimila en esto al médico con el abogado: ambos pueden percibir honorarios a cambio de adaptar la cifra a la condición de las personas, a la importancia de «los asuntos», al trabajo que se toman, a las costumbres locales (3).

2.° *Autores recientes.* — En su «Proyecto de codificación» (art. 54) escribe el Dr. Dignat: «Como la tarifa de los honorarios varía según: 1.°, la naturaleza y la importancia de los cuidados prestados; 2.°, la situación de fortuna del cliente; 3.°, el valor científico del médico; 4.°, las condiciones en que el médico habrá sido llamado, etc., etc., no puede establecerse una tarifa general de honorarios» (4).

Encontramos casi los mismos términos en el Dr. Le Gendre (5); en el Dr. G. Morache (6); en Moureau (7).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin*, págs. 277 y sig.
(2) Los chinos no son precisamente una excepción. Aquí la preocupación de la verdad nos lleva a desmentir, sobre las costumbres médicas de los chinos, una *doble leyenda* del todo inofensiva y relatada por autores tan graves como E. Hubert y P. Le Gendre, muy prestos a mencionar una curiosidad en la que no creen y cuya autenticidad no garantizan.

1.° PRIMERA LEYENDA. — Leyenda del *tratamiento fijo anual*, con deducción de los días de enfermedad. Los chinos, he leído en alguna parte, pagan regularmente a su médico mientras se encuentran en estado de salud. En cuanto enferman queda suspendido el pago. Es una maravilla de ingenio...» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 133, págs. 134 y sigs.; Dr. P. Le *Gendre*: *La vie du médecin*, pág. 388, 1931).

Digamos mejor, es una maravilla de invención. Una costumbre semejante no existe ni podría existir. Tendría por consecuencia hacer enfermar durante todo el año a todo buen chino.

2.° SEGUNDA LEYENDA.— Leyenda de las *linternas*: «Lo que más aprecio en el sistema chino — si lo que nos han contado algunos viajeros no es una pura fantasía — es la obligación que tiene el médico de encender tantas linternas como certificados de defunción ha firmado» (Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 388, 1931).

Esta segunda leyenda es tan cierta como la primera, tanto más cuanto que un médico chino nunca firma certificados de defunción. Hasta ahora se nace y se muere en China sin certificado. Unicamente cuando hay acusación de *asesinato* el magistrado puede hacer examinar el cadáver y exigir una relación.

(3) *Summa theolog.*, 2. 2, q. 71, a. 4; *Salmantic. trac.*, XXIX, punte. V. núms. 52 y sig.
(4) Citado en el Dr. P. Le Gendre: *Déontologie*, pág. 309, 1920.
(5) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 391, 1931.
(6) Dr. G. Morache: *La profess. médic.*, pág. 177.
(7) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, págs. 157 y sig.

3.° *Legislaciones.* — «Cuando en Francia hay discusión sobre el importe de los honorarios, el tribunal ordena frecuentemente un peritaje, en el que el perito designado tiene la misión de examinar los libros y carnets del médico, comprobar el número de visitas y operaciones, los cuidados prestados al enfermo, fijar su precio teniendo en cuenta, según la observación que hemos hecho anteriormente, las costumbres, la naturaleza de la enfermedad, los cuidados prodigados, la situación científica del médico y la situación de fortuna del enfermo» (1).

La práctica americana no es diferente (2).

538. IV. Explicación. — En la explicación no dejaremos de insistir, al exponer determinado elemento, en la prueba que acabamos de bosquejar.

1. NATURALEZA E IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS. — Preferimos esta fórmula a *otras dos* que son menos rigurosamente exactas: «naturaleza e importancia de los servicios prestados; gravedad de la enfermedad». Independiente del resultado (supra, n. **528**), el derecho a los honorarios no se mide, hablando con propiedad, por el *servicio prestado,* que en caso de error involuntario puede ser nulo, o por el contrario, en caso de curación, pecuniariamente inapreciable. Por lo demás la *gravedad de la enfermedad* no podría entrar en consideración por sí misma, es decir, independientemente del número y de la naturaleza de las visitas, así como de las dificultades del diagnóstico: es posible que una enfermedad muy grave haya arrebatado al enfermo en algunos días, y por lo tanto no dé derecho sino a honorarios muy reducidos (3).

Otra observación es que la fórmula adoptada, «naturaleza e importancia de los cuidados prestados», no permite seguir la costumbre que empieza a introducirse en Italia, y por lo tanto equiparar la cifra de los honorarios a los *riesgos de contagio* corridos por el médico, o, de otro modo, a la «contagiosidad» de la enfermedad. Indudablemente esta evaluación en moneda sonante de los riesgos corridos no parece contraria al *derecho natural;* pero, además de ser de manejo difícil y de prestarse a la ilusión, tiene el *grave inconveniente* de ser muy poco conforme a la *dignidad profesional:* el honor médico no permite al práctico poner precio a su valor, y la estimación pública se proyectará de preferencia sobre el médico que acepte todos los casos, «sin distinguir, desde el punto de vista de los honorarios, los que son contagiosos o no» (4).

Por el contrario, los médicos italianos tienen en cuenta con razón, en la apreciación de los honorarios, «las *dificultades de diagnóstico y de tratamiento*»: nada más legítimo al parecer, sobre todo si el práctico, a pesar de su real habilidad, ha debido entregarse, al volver a su casa, a un estudio fatigoso y a reflexiones prolongadas, ora para establecer con seguridad su diagnóstico, ora para combatir victoriosamente una enfermedad complicada «por incidentes múltiples» (1).

Por lo menos nadie negará al médico el derecho a tener en consideración las *principales circunstancias* de las visitas: *ante todo* su número y duración; *luego* sus diversas modalidades: visitas «de urgencia» ya de día, ya de noche (art. 65); visitas a distancia (art. 81); visitas en el curso de las cuales «habrá hecho uso de instrumentos o de aparatos especiales, ora con un objeto de exploración médica o quirúrgica, ora con objeto terapéutico» (art. 66), en resumen, visitas complicadas por pequeñas operaciones o cuidados particulares, por ejemplo visitas durante las cuales se hayan efectuado curas, y particularmente curas delicadas (art. 69); visitas nocturnas (art. 64) (2).

2. LEGÍTIMA REPUTACIÓN DEL MÉDICO. — Además del valor y de la suma del trabajo realizado hay que tomar también en consideración el *valor del obrero,* con tal que sea real y de notoriedad pública. «Si la *reputación* del médico está *justificada* por una ciencia y habilidad *poco comunes,* le autoriza... a percibir honorarios más elevados. Preciso es decir lo mismo de los *títulos oficiales,* incluso obtenidos en concurso», si la presunción de superioridad que crean no es desmentida por los hechos (3). Es justo, efectivamente, que cada uno sea «remunerado según su trabajo y su mérito» (4).

El Dr. Morache ha puesto de relieve este nuevo elemento de apreciación. «¿No debe existir — dice — cierta diferencia *entre los mismos médicos?* Este es ciertamente un *punto muy delicado* y que no debe tocarse sino con un tacto exquisito, pues toda personalidad se cree en general sensiblemente, por no decir excesivamente, por encima de las demás. Pero en fin, si el enfermo llama, para pedirle su opinión o para encargarle una intervención quirúrgica, a determinado médico o cirujano *conocido* por su juicio clínico, su habilidad, sus éxitos y su alta situación científica, es porque tiene en él más confianza que en cualquier otro. ¿No es equitativo y absolutamente lógico que le ofrezca una remuneración superior?» (5).

3. SITUACIÓN DE FORTUNA. — Parece a primera vista que *el mismo precio deba retribuir los mismos cuidados,* y que por consiguiente no pueda tomarse en consideración la *fortuna del cliente* en el cálculo de los honorarios.

(1) Dr. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas: *Déontolog. et jurispr. médic.*, 1920, página 546, 1920; Appleton-Salama: *Droit médical,* pág. 14.
(2) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* pág. 113.
(3) El *derecho natural* prohibe tomar en consideración la naturaleza *secreta* de la enfermedad. «Si es secreta, aprovecharse de ello para *aumentar* los honorarios sería un verdadero chantaje» (Moureau: *Le médecin...,* pág. 158).
(4) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 158; Dr. P. Le Gendre: *Déontologie,* etc., pág. 309, nota 1, 1920.

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 158; Dr. P. Le Gendre, pág. 309, nota 1.
(2) Véase extracto del *Proyecto de codificación* citado por el Dr. P. Le Gendre: *Déontologie,* etc., págs. 308 y sig., 1920.
(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 160.
(4) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 389, 1931.
(5) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 177.

Este razonamiento tendría pleno valor si los honorarios médicos fueran el precio de un *artículo de comercio* y si el médico no tuviera el deber social de cuidar gratuitamente a los pobres. Pero en realidad los honorarios «son una *contribución a la subsistencia honrosa del médico*» (1), y si el práctico no pidiera más a quien puede dar más, se vería *en la imposibilidad* de practicar la caridad con los menesterosos. El Dr. Vincent ha escrito, pues, con razón: «el práctico debe encontrar en los ricos, si no una compensación, por lo menos un *débil resarcimiento* de los cuidados que se complace a menudo», como es a veces su deber, «en prodigar gratuitamente a los pobres» (2).

Sin embargo queda establecido un punto: el médico debe aplicar uniformemente a las gentes ricas o acomodadas los precios establecidos o dominantes para la clase que goza de la riqueza o de una posición desahogada.

4. ENCARECIMIENTO DE LA VIDA. — «El derecho del médico a vivir de su profesión es innegable, y tiene por *corolario* la necesidad de elevar la tasa de sus honorarios *proporcionalmente al encarecimiento de la vida*. Si el público le discute este derecho, puede imponer la elevación de dicha tasa gracias a una estrecha unión con sus colegas en asociaciones sindicales» (3).

5. COSTUMBRES LOCALES. — El médico está obligado a conformarse a las costumbres locales *en la medida* en que éstas tienen en cuenta razonablemente los diversos elementos que acabamos de enumerar. Pero conviene añadir que el médico es el *único juez* de ciertas particularidades: por ejemplo de las dificultades del diagnóstico y del tratamiento en un caso concreto. «Puede engañarse sin duda, pero será en su perjuicio si, como la inmensa mayoría, es un hombre honrado» (4).

6. CONVENIOS DE HONORARIOS. — Si entre el médico y el enfermo plenamente capaz de contraer ha habido «*convenio de honorarios*» con relación a cuidados futuros, y convenio *legítimo*, el médico está autorizado en justicia, después de haber cumplido sus compromisos, a exigir el precio convenido de antemano.

Asimismo, nadie puede negar que en materia de honorarios hay convenciones honestas y convenciones deshonestas, e incluso convenciones simplemente peligrosas.

1.° *Convenciones honestas.*— Numerosas convenciones *honestas* pueden tener lugar formalmente entre el médico y el enfermo con relación a los honorarios (5).

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 160.

(2) Dr. Vincent: *La médecine...*, pág. 310; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 124, pág. 127.

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 384, 1931.

(4) Dr. G. Morache: *La profession médicale*, pág. 177.

(5) ¿Qué pensar de la convención siguiente? ¿Ha sido honesta?

«Hace algunos años un cirujano alemán, recientemente establecido en el país, fué protagonista de un hecho del que se ha hablado mucho. Se trataba de un hombre muy rico, enfermo de cáncer de los intestinos. Poco más o menos le dijo esto: «Ciertamente está Vd. perdido en corto plazo. No es imposible que una resección atrevida le cure, pero también sería posible que le matara. Si el intento sale mal, hará mucho ruido y perjudicará considerablemente mi reputación, de suerte que para emprender la operación le exijo 35.000 francos.» Pero como añadiera también: «Si quiere entrar Vd. en mi servicio del hospital le operaré gratis», no encuentro el asunto demasiado censurable.

El enfermo no resistió la operación...; pero había aceptado libremente el contrato cuyas cláusulas e incertidumbres conocía» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 128, págs. 130 y sig.).

La intervención era legítima si, sin ser directamente mortal, tenía alguna probabilidad racional de éxito. Y el precio, aun siendo enorme para aquella época, no era injusto considerando todas las circunstancias.

Con respecto al derecho natural, el médico puede, por ejemplo, comprometerse por una suma y un tiempo determinados a cuidar a todos los miembros de una familia, «cualquiera que sea el número y la naturaleza de las intervenciones»; a consagrarse casi exclusivamente a los cuidados de un rico cliente que le toma a su servicio; a practicar tal o cual operación y a prestar los cuidados consecutivos; a acudir en consulta a la cabecera del enfermo con el médico tratante, etc. (1). En todo esto no hay nada ilícito (2).

2.° *Convenciones deshonestas.* — Una convención de honorarios es *deshonesta*, y por lo tanto contraria a la justicia, siempre que está manchada de dolo, es decir, que es conseguida por un engaño, un error, una esperanza quimérica de curación. Por lo demás, nada más fácil que alimentar una tal esperanza de curación en un enfermo mentalmente debilitado y dispuesto a todos los sacrificios para librarse de su mal.

Un médico cierra un convenio de este género cuando por una fuerte suma pagada por anticipado se compromete a *curar* a un incurable, o también a curar *seguramente* a un enfermo cuya curación es muy dudosa.

¿Qué decir si la curación es *moralmente cierta*? No habría entonces violación de la justicia. Pero esta hipótesis se verifica tan raramente que un práctico de *perfecta* honestidad no se comprometerá nunca, a cambio de honorarios más elevados, a procurar *con seguridad* la curación de una grave enfermedad. El Dr. Morache no vacila en escribir: «No existe ningún caso en el que la curación sea segura: en materia de terapéutica, hay siempre incertidumbres, por endebles que sean» (3).

3.° *Convenios peligrosos.* — ¿Es plenamente lícita la medicina a *precio fijado de antemano*, y está exenta de todo peligro si es honesta? En otros términos: ¿puede un médico legítimamente y sin grave peligro estipular que percibirá honorarios más elevados *si logra curar* a su enfermo, y honorarios más reducidos *si fracasa?*

Considerando el *derecho natural*, que no reprueba los contratos en los que entra una parte de incertidumbre, teniendo en cuenta las *ventajas*

La intervención era legítima si, sin ser directamente mortal, tenía alguna probabilidad racional de éxito. Y el precio, aun siendo enorme para aquella época, no era injusto considerando todas las circunstancias.

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale*, págs. 185 y sig.

(2) El *Dr. Dignat* no se sitúa en el punto de vista del derecho natural cuando escribe en su *Proyecto de codificación* (art. 98): «Salvo en los casos previstos por el artículo 55», que se refiere a las asociaciones caritativas, sociedades de socorros mutuos, Compañías de seguros, Compañías industriales, etc., «*está prohibido* a todo médico tratar a individuos o a familias *por abono*» (Citado en Le Gendre: *Déontologie*, pág. 313, 1920).

(3) Dr. G. Morache: *La profession médic.*, pág. 186. — Recordemos sin embargo que un práctico hábil, después de haber tenido la suerte de descubrir a un *falso* incurable, desahuciado por los médicos, puede tener casi la certidumbre de curarlo.

que el enfermo y el médico pueden prometerse de un convenio semejante, propio para suscitar y mantener un celo extraordinario, excepcional, y que va más allá de la obligación, no hay en ello nada que no sea *perfectamente lícito;* y el Dr. Dignat se muestra más severo que la ley moral cuando escribe en su Proyecto de codificación: «A causa de la incertidumbre que existe fatalmente en la mayoría de los casos sobre el modo de evolución y sobre la duración probable de una enfermedad, así como sobre el método de tratamiento que debe emplearse, y hasta sobre la eficacia del mismo, *todo precio fijado de antemano* está prohibido (1) en lo que concierne a los cuidados *médicos*» (2).

Pero una estipulación de este género es *peligrosa*. Un médico que acostumbra a hacer convenios semejantes resistirá difícilmente, un día u otro, a la tentación de inducir a ellos al cliente exagerando la gravedad de la enfermedad y aumentando con ello las inquietudes del enfermo.

Hacemos, pues, nuestra la *conclusión* de Moureau: «No conviene *en la práctica* que el médico *proponga* un contrato semejante; y si la iniciativa procede del enfermo, hará mejor en *negarse* siempre a ello» (3).

§ 3. — Fijación en ciertos casos

539. I. Cuestión ya tratada. — 1. Aunque no tememos las repeticiones, es inútil insistir en la cuestión de los honorarios debidos, conforme a los principios sentados antes (n. 535, sig.), ora a los *consultantes* llamados a la cabecera del enfermo, ora al médico *tratante* que asiste a la consulta.

1.° *Consultantes.* — Al tratar de las consultas médicas (cap. XI), hemos dicho que los honorarios del o de los consultantes deben ser *más elevados* y comprender, si hay motivo, una indemnización por desplazamiento; siempre que sea posible, *determinados de antemano,* para evitar a la familia toda sorpresa desagradable; pagados en general acto continuo, y por tanto después de la consulta si esta reunión de prácticos es a la vez la primera y la última (Supra, n. 178) (4).

2.° *Médico tratante.* — Los honorarios del médico tratante que asiste a la consulta deben ser, como hemos dicho, *más elevados* que el precio de la visita habitual (Supra, núm. 178, nota 2). Además es deseable que sean también *fijados de antemano,* y, si es posible, *pagados inmediatamente* (5).

2. Tampoco hay motivo para insistir en los honorarios de los *especialistas* que por sus estudios especiales merecen verdaderamente este nombre (1): se admitirá sin dificultad que deben ser proporcionales a los años de labor dedicados a adquirir la especialidad; a la competencia muy particular que ha sido el fruto de este trabajo prolongado; a la mayor o menor notoriedad de que goza el práctico.

(1) El derecho natural no prohibe un contrato semejante a no ser que el médico se comprometa a procurar ciertamente una curación incierta. Esto es tal vez lo que quiere decir el Dr. Dignat: prohibe al médico prometer contra honorarios una curación *asegurada.*
(2) Art. 59, citado en P. Le Gendre: *Déontologie,* etc., pág. 309, 1920.
(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 163.
(4) Dr. P. Le Gendre: *Déontologie...,* pág. 311, art. 78, 1920.
(5) *Ibid.,* artículos 76-84 del *Proyecto de codificación.*

Para terminar la serie de casos particulares más corrientes, basta, pues, añadir algunas palabras sobre los honorarios de los cirujanos. *Omitimos,* en efecto, las cuestiones muy prácticas originadas en Francia en la actualidad por la insuficiencia notoria de los honorarios que dan a los médicos las mutualidades, la Asistencia pública, las Compañías de seguros, etc.: véase, por ejemplo, H. Verger, *Précis de déontologie,* libros III, IV y V.

540. II. Honorarios de los cirujanos. — Los principios que hemos establecido (núm. 535, sig.) bastan plenamente para fijar la cifra de honorarios que puede reclamar un *cirujano honrado.*

Es manifiesto, y el público lo admite con bastante facilidad, que los honorarios *quirúrgicos* deben ser *más elevados* que los honorarios médicos. La alta cirugía «es, en efecto, una especialidad limitada que exige una particular habilidad manual», adquirida a costa de una larga práctica, «y de minuciosas precauciones para llevar a cabo una asepsia y una antisepsia de las que en gran parte depende el éxito» (2).

Asimismo es natural que los honorarios médicos sean también proporcionales a la naturaleza, a la importancia y por tanto a la delicadeza, algunas veces extrema, de la intervención operatoria; al conjunto de cuidados, a veces muy prolongados y minuciosos, que exige la operación una vez terminada; a la celebridad más o menos grande del operador; a la fortuna del cliente; a las costumbres reinantes entre los cirujanos de una notoriedad igual (3).

Para completar esta exposición basta por lo tanto añadir *algunas observaciones.*

1. Siguiendo a otros muchos, Et. Martin hace observar que «los honorarios de los cirujanos o de los especialistas deben ser discutidos con el cliente. Vale más que el precio sea fijado *antes de la operación:* se evitan así muchas discusiones y desacuerdos» (4).

2. Los derechos de humanidad, o mejor los deberes que la caridad impone, no permiten aplicar esta regla *en caso de urgencia:* en tal circunstancia los honorarios no pueden ser determinados de antemano.

Si se trata de una operación que, sin ser urgente, no podría ser *diferida largo tiempo,* ha llegado para el cirujano el momento de mostrarse razonable y de no llegar, aun con un cliente rico o acomodado, hasta el límite de sus derechos: se contentará con pedir honorarios que el cliente acepte sin demasiada dificultad. Así no podrá hablarse de cirujanos

(1) Entre los especialistas la *radiografía* comienza a tener, y cada día tendrá más a lo que parece, un lugar de primer orden que disminuirá, tal vez en mucho, el papel del cirujano. Véase sobre este punto Prof. E. Forgue: *Au seuil de la chirurgie,* pág. 94 y sig.
(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs. 160 y sig.
(3) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 181.
(4) E. Martin: *Précis de déontologie,* págs. 232 y sig.

que, «con el cuchillo en la garganta del paciente, exigen honorarios excesivos» (1).

3. Fuera del caso de urgencia inmediata o a breve plazo, no puede censurarse a «ciertos *cirujanos de renombre*» que «elevan la tasa de sus honorarios en proporción a la afluencia de clientes». Tienen derecho a obrar de tal suerte, y con ello prestan un servicio «a sus colegas más jóvenes y de menos fama» (2).

4. Finalmente el Dr. Dignat explica en su Proyecto de codificación (art. 71) que es posible establecer de una *doble manera* los honorarios del *médico tratante,* que asiste a la operación como representante de la familia. Se puede:

«1.° *O bien* fijar de antemano la cifra de los honorarios debidos al cirujano, dejando para más tarde la determinación de la cifra de los honorarios que podrán ser debidos al médico tratante por su asistencia a la operación y por los cuidados consecutivos que habrá prestado, debiendo dichos honorarios ser objeto de una regulación especial por parte del cliente;

2.° *O bien* fijar de antemano una cifra total en la que estarán comprendidos los honorarios del cirujano, los honorarios del médico tratante, así como los de los ayudantes si los hay. Estos honorarios, cuyo detalle deberá ser comunicado al cliente por el cirujano consultante, serán entregados a manos de este último, único responsable desde entonces de efectuar estas diversas regulaciones según los convenios establecidos» (3).

ARTICULO III

GANANCIAS ILICITAS, PELIGROSAS, ETC.

541. I. Cuestión ya tratada. — Al hablar del *mercantilismo* (número **40**) hemos tratado ya *en parte* de la cuestión de las ganancias, si no ilícitas, por lo menos peligrosas y poco honorables. Cierto es que estamos lejos de haber agotado la materia. Si se desea un estudio menos resumido puede consultarse la comunicación del Dr. Grasset sobre los principios fundamentales de la deontología médica, comunciación discutida el 26 de julio de 1900 en el Congreso internacional de medicina profesional... (págs. 306 y siguientes; núm. 10 y sig.).

Completaremos lo dicho resumiendo rápidamente la doctrina expuesta en esta comunicación. Reprueba, como contrario a la dignidad profesional, «todo lo que se parece al *reclamo*» propiamente dicho «o puede ser sospechoso de *venalidad*» (núm. 10).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 388, 1931.
(2) *Ibid.*, pág. 388.
(3) Citado por el Dr. P. Le Gendre: *Déontologie,* etc., pág. 310, 1920; véase también art. 68-75; y finalmente Dr. P. Le Gendre: *Le vie du médecin,* págs. 391 y sig., 1931.

1. RECLAMO. — El Dr. Grasset proscribe «la propaganda pagada en el periódico extramédico o por vía de anuncio» (1); «la recomendación a los clientes por los *maîtres d'hôtel,* los empleados de hoteles que van a esperar a los extranjeros o forasteros a la estación, corredores, farmacéuticos, etc.; el reclamo público, por vía de anuncio o de inserción en los periódicos, de que se ejerce «la medicina a bajo precio»: el médico que empleara este «medio nada delicado de quitar clientes a sus colegas» (2). «faltaría a su deber al cometer un acto que disminuye la consideración del cuerpo médico en el público» (núm. 10).

2. VENALIDAD. — Después de haber sentado el principio de que «todo dinero recibido en tales condiciones *que pueda parecer que influye en la conciencia médica*» constituye un acto de *venalidad* impropio de la dignidad profesional, el Dr. Grasset condena como manchada de venalidad la *armonía interesada* con los farmacéuticos (sin prohibir no obstante al médico que recomiende al que inspira mayor confianza); con los «fabricantes de aparatos ortopédicos u otros» o «con los propietarios de aguas termales» (núm. 11) (3).

El Dr. Grasset añade: «Considero hasta *desagradable* la subscripción, por parte de médicos, a *acciones* de un establecimiento hidromineral o de otra clase, o bien de una fábrica de especialidades. Quiero creer que los accionistas no indicarán tales productos más a menudo de lo conveniente, pero en todo caso se *sospechará* de que así lo hacen...» (núm. 12).

Hemos admitido anteriormente (núm. **40**, 4) que esta práctica no es ni contraria a la moral, ni particularmente peligrosa, ni claramente opuesta a la dignidad profesional. Pero declaramos que es *preferible* evitarla; «hace *difícil,* y en todo caso *sospechosa,* la imparcialidad del médico cuando tiene que elegir un medicamento o una estación de aguas para sus clientes» (núm. 12).

542. II. Dicotomía. — La dicotomía «merece», como dice Dechambre, una «atención particular» (4). Después de haber dado de ella una

(1) El. Dr. Dignat es *muy severo respecto a este punto:* «Los mismos principios de la deontología médica que prohiben a todo médico utilizar los anuncios, reclamos comerciales o cualquier prospecto, le prohiben igualmente anunciar la tarifa de sus visitas, consultas u operaciones de la naturaleza que fueren» *(Proyecto de codificación,* art. 58, citado en el Dr. Le Gendre: *Déontologie...,* pág. 309, 1920).
(2) Véase — *Ibid.,* pág. 309 — el artículo 57 del mismo *Proyecto de codificación.*
(3) El Dr. Le Gendre emplea un término *algo fuerte* cuando declara *ilícitas* estas prácticas. «Lícitas — dice — para el industrial, que tiene el derecho de abandonar una parte de sus beneficios para aumentar su venta, no pueden serlo para nosotros — médicos — que, remunerados ya oficialmente por nuestros honorarios, tocaríamos *clandestinamente* una prima sobre un objeto que el cliente *puede perfectamente procurarse sin nuestra mediación*» (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* 1931).
Estimamos que semejante argumento en nada demuestra la *ilicitud fundamental* de estas «combinaciones más o menos ingeniosas». Para quedar en la verdad, digamos más bien que estas prácticas, *a veces* gravemente ilícitas, son siempre *peligrosas* y poco honorables (Supra, núm. **40**). Sin embargo se puede añadir que hay fácilmente una *falta ligera* en emplear un procedimiento algo *peligroso* y propio para disminuir la consideración del cuerpo médico.
(4) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 286.

definición precisa, demostraremos que es injusta, y por lo tanto ilícita, en varios casos, y que en aquellos en que no es contraria a la justicia, resulta peligrosa por sí misma e indigna de la honorabilidad profesional.

1. DEFINICIÓN. — La *dicotomía* (división en dos partes) es el «reparto de honorarios entre prácticos que han prestado sus cuidados al mismo enfermo» (3). Un especialista, un consultante, un médico de una estación de aguas, y más frecuentemente un cirujano, ceden, *sin que lo sepa el cliente* ni persona alguna, una parte más o menos considerable de los importantes honorarios que han recibido al médico tratante que les ha hecho llamar o que les ha recomendado un enfermo. Puede comprenderse por esta sola definición que la dicotomía puede *dar lugar* a graves injusticias, de las que será víctima el cliente y algunas veces el cirujano.

2. PRÁCTICA A VECES INJUSTA. — Conviene distinguir *cuatro casos* que constituyen *injusticias* flagrantes.

1.° *Primer caso.* — El médico tratante viola la justicia, con respecto al consultante, especialista, cirujano, si *exige* de este último la cesión de una parte de sus honorarios. Si el lector tiene a bien referirse al n. 223, 5, no nos acusará de inventar un caso puramente teórico.

De ordinario, no obstante, el cliente es quien paga los gastos y es víctima de un procedimiento injusto.

2.° *Segundo caso.* — Hay injusticia con respecto al enfermo, e injusticia cometida a menudo por ambos médicos, si el cirujano *aumenta* sus *honorarios habituales,* a fin de estar en situación de no perder nada de sus beneficios ordinarios y de ofrecer al médico tratante, menos retribuído, una compensación muy apreciable. El caso no necesita la menor explicación.

3.° *Tercer caso.* — La injusticia es *aún más grave* si el médico tratante elige con preferencia, porque está seguro de una amplia cesión, a un cirujano *poco hábil* pero generoso: al obrar de este modo sacrifica los intereses del enfermo a sus propios intereses, y asume de antemano, si el cirujano es inferior a su tarea, la responsabilidad de un fracaso.

4.° *Cuarto caso.* — Por último el cliente es víctima de injusticia, y de injusticia *muy grave,* si el médico tratante, para obtener una buena parte en los beneficios, aconseja una operación que no es *indispensable:* desde luego, la injusticia se agrava si la operación es de todo punto *inútil,* y llega a ser *particularmente criminal* si está contraindicada y causa la muerte del operado (2).

(1) Dr. Dechambre, págs. 286 y sig. «En *botánica* esta palabra significa la bifurcación de las ramas y de los pedúnculos sobre el tallo; y en *anatomía* el modo de disivlón de los bronquios pulmonares» (Maurice de Fleury: *Le médecin,* pág. 62).

(2) Después de haber enunciado las *reglas prácticas* de la dicotomía, que su fundador había llevado desde el primer momento a la perfección», el Dr. *Noël Hallé* describe, en estos términos, los tres últimos casos, sobre todo el 3.° y el 4.°.

«Onerosa para el cliente, la dicotomía garantiza mal sus intereses. En efecto, el médico que escoge a un operador dicotomista puede tener más en cuenta la liberalidad de éste que sus capacidades profesionales. Así cirujanos medianos han podido hacer grandes fortunas practicando extensamente la dicotomía; mientras que otros excelentes, pero que no la empleaban, viven penosamente: injusticia.»

Fuera de estos cuatro casos la dicotomía no viola la justicia ni respecto al *cliente,* que no sufre por ella, ni relativamente al *cirujano,* que tiene el derecho de ceder benévolamente al médico tratante una parte de sus propios beneficios.

Pero si bien no es *injusta, puede ser* censurable, aun en conciencia, y por tanto *moralmente ilícita:* hay fácilmente una falta, por lo menos ligera, en exponerse al *peligro* de cometer una injusticia, y en adoptar, con miras interesadas, una práctica que, incompatible con la dignidad profesional, tiende a atraer el descrédito sobre todo el cuerpo médico. Ahora bien, estos son los inconvenientes de la dicotomía, aun exenta de toda injusticia: es siempre una práctica *peligrosa* y *poco honorable.*

3. PRÁCTICA SIEMPRE PELIGROSA. — La dicotomía nunca está exenta de riesgo. Hay *siempre cierto peligro* de llegar a uno de los cuatro casos señalados antes, y por consiguiente de violar la justicia: ligado por la costumbre que le obliga a una importante cesión, el cirujano está tentado de elevar indebidamente sus precios; animado por la perspectiva de una importante gratificación, el médico tratante está tentado de elegir al cirujano más generoso, aunque fuera el menos hábil, e incluso de provocar una operación, si no inútil, por lo menos poco necesaria y nada urgente.

4. PRÁCTICA SIEMPRE CONTRARIA A LA DIGNIDAD PROFESIONAL. — De lo que acabamos de decir resulta que la dicotomía es *siempre incompatible* con la dignidad profesional. Una práctica siempre peligrosa, *en el sentido ya explicado,* no podría aliarse con la dignidad médica: un médico

Pero el gran peligro «estriba en la *elasticidad de la indicación operatoria.* Al principio de su práctica en común, los dos asociados pueden seguir siendo *médica* y *quirúrgicamente* honrados, es decir, operar únicamente cuando la indicación es cierta para ambos. Pero poco a poco la distinción entre los casos corre el riesgo de perder su nitidez primitiva en estos hombres cuyos intereses están ligados. Impulsados por el gusto o la necesidad de ganancia, *extienden* gradualmente el campo de la operabilidad. De experiencia en experiencia, el operador comprometido con su suministrador comienza a operar los casos *dudosos* y acaba por operar los *inoperables.* Desde entonces los asociados se convierten en cómplices de un atraco.

Pues hay que confesarlo: la operación *injustificada,* tanto si es inofensiva como peligrosa, hecha únicamente con objeto de lucro, es una falta grave que puede llegar a ser un crimen. En ciertos casos el desenlace fatal hace pensar en una especie de asesinato ritual, perpetrado bajo la cubierta de una profesión honorable» *(De l'éducation médicale,* págs. 71 y sig.).

Esto es lo que aconteció al padre de la dicotomía. El Dr. Noël Hallé, llamado en consulta, atendiendo a los consejos del hermano de la enferma, había escrito: Salpingitis unilateral reciente, todavía en el período inflamatorio. *Contraindicación* operatoria formal, descanso en la cama y tratamiento local. Si la intervención se hace más tarde necesaria, deberá practicarse por *vía abdominal,* para conservar el resto del aparato sano.» Pues bien, el médico tratante que había firmado con el Dr. Noël Hallé esta consulta, pero que en realidad estaba en connivencia con O., el padre de la dicotomía, logró atrapar a la enferma y persuadir al marido. «Una hora después de nuestra consulta firmada, formalmente contraria a la operación, la mujer se acostaba en la calle de la Santé, en la casa religiosa donde trabajaba entonces O. Al día siguiente por la mañana era operada por *vía vaginal;* al otro moría...

He pensado siempre desde entonces que si tuviéramos una legislación médica, semejantes crímenes deberían llevar a los culpables ante los tribunales» *(De l'éducation médicale,* págs. 156 y sig.).

celoso de su dignidad evitará un procedimiento que puede *hacerse* fácilmente *injusto*, y que en todos los casos *desacredita*, a los ojos de todos, al cuerpo médico entero.

A esta primera consideración se añade una segunda, netamente expuesta por el Dr. Grasset. «Lo que condena a esta práctica — dice — es que en suma *equivale a una comisión* dada por el consultante», o el cirujano, «al tratante, a fin de que éste le llame con mayor frecuencia y preferencia que a los otros colegas. Se trata, pues, de un medio incorrecto y poco leal de arrebatar los clientes a los colegas. Significa transformar al colega tratante en propagandista, corredor, recomendador, cosas todas prohibidas por los principios expuestos anteriormente» sobre las legítimas exigencias de la dignidad profesional (1). «Realmente ciertos cirujanos han sido acusados de ofrecer a los médicos tratantes participaciones de honorarios *cada vez más elevadas* para competir más fácilmente con sus colegas» (2).

Se comprende por consiguiente la indignación del Dr. Brouardel, expresada en 1898. Es conveniente citar, a pesar de su extensión, esta página vibrante de emoción.

«Constituyó un verdadero dolor para el cuerpo médico el enterarse de que entre los médicos y cirujanos de hace veinticinco años aproximadamente, algunos, poco numerosos al principio, interesaban con largueza en los provechos de la operación al médico que les había hecho llamar. El cirujano daba la cuarta parte, el tercio de sus honorarios. El ejemplo fué deplorable, y muy pronto cierto número de operadores empezaron a hacer lo mismo. Se dió a este sistema el nombre de *dicotomía*. Yo la he visto nacer y desarrollarse. Preciso es relegar a los que la practican a la misma categoría de los que parten las ganancias con los farmacéuticos (3).

Tal es la opinión del médico. ¿Cuál es la del enfermo? Se pregunta sencillamente si el médico que le aconseja visitar a tal cirujano no tiene interés en darle esta indicación; si el cirujano que le aconseja hacerse operar no tiene otro objeto que la indicación terapéutica; si no se halla en presencia de una asociación dicotomista. Se hace la siguiente pregunta: *¿es desinteresado el consejo?* (4).

Generalizando los rumores que han llegado a sus oídos, incluye a *todos los médicos* en esta misma desconfianza. Tal vez al principio los médicos dicotomistas no se dieron cuenta del descrédito y del estado de sospecha en que situaban al cuerpo médico. Hoy no pueden ignorar que

(1) Congreso intern. de 1900, pág. 337, núm. 26.
(2) Et. Martin: *Précis de déontologie*, pág. 233.
(3) Incluso conviene ser más severo a causa del *mayor peligro* de injusticia.
(4) Y añade: *¿es necesaria la operación?* Es lo que se lee en Baedecker *(Guía de París*, 1900, art. *Médecine*, pág. 37).
«*Se ha confirmado* que, vista la facilidad con que pueden hacerse, muchos médicos aconsejan operaciones *más o menos necesarias*, recomendando a colegas que piden *precios exorbitantes*, de los que reciben buena parte. Téngase cuidado por lo menos de informarse y hacer el precio de antemano» (Citado en Et. Martin: *Précis de déontologie*, pág. 234).

este procedimiento ha sido *el agente más activo del descrédito de la clase médica*. Quiero creer que reflexionarán y que renunciarán a tales prácticas, pues la opinión pública está casi formada respecto a nosotros, y esta opinión es severa» (1).

Resumen y conclusión. — La dicotomía es una práctica a menudo injusta; siempre o casi siempre manchada de falta, por lo menos ligera, y por tanto moralmente ilícita; siempre peligrosa; siempre incompatible con la dignidad profesional.

Hay que mantener, pues, inquebrantable la *conclusión* que el doctor Dechambre, después de haber sido seducido por este sistema antes de que «la malicia» se introdujera en él, y más tarde convencido de sus defectos, formula en estos términos categóricos: «Todo práctico celoso de la estimación pública y de la dignidad del arte *debe rehusar hoy, sea cual fuere la razón, el pretexto o la medida, toda participación de honorarios entre cirujanos y médicos consultantes* (2).

Maurice de Fleury es de la misma opinión. Incluso comienza con una frase demasiado severa.

«Con sus aires de comisión comercial — en este caso la vida humana es la mercancía — la práctica dicotómica es abominable y condenable sin piedad, cuando es *clandestina y manejada por individuos sin escrúpulos*.

Parece mucho más legítima practicada *a la vista de todos*, cuando el cirujano presenta una factura de honorarios en la que figuran *abiertamente* la parte de los ayudantes y la del médico tratante. Como en todo, este procedimiento vale lo que valen moralmente quienes lo emplean. Está demasiado introducido en el uso para que en la actualidad pueda esperarse extirparlo totalmente» (3).

(1) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale*, etc., pág. 17; véase también Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, págs. 129 y sig.; págs. 131 y sig.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 289; véase en el Dr. P. Le Gendre: *Déontologie*, etc., págs. 310 y sig, 1920. *Proyecto de codificación*, art. 72, 73, 74, 89, 90, 91, 94 y sig.
(3) Maurice de Fleury: *Le médecin*, pág. 63. Los adversarios más decididos de la *verdadera* dicotomía, la dicotomía *clandestina*, no se expresan de otro modo. Véase Noël Hallé: *De l'éducation médicale*, págs. 70 y sig.; Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, páginas 391 y sig., 1931. Suponemos que el médico tratante asiste a la operación, por lo demás plenamente justificada.

TERCERA PARTE

DE LAS RELACIONES CON LOS COLEGAS

543. Orígenes, ideas maestras, división, importancia de esta tercera parte. — I. Orígenes. — En esta tercera parte tenemos que estudiar las *relaciones de los médicos entre sí,* y determinar, tan claramente como sea posible, lo que *deben* ser.

También en esto los *orígenes* de los que conviene derivar los principios directores son ante todo y en primer plano el *derecho natural,* luego la justa noción de la *dignidad profesional,* que es el respeto a sí mismo, el respeto a los demás y el respeto a la profesión (números **31** y sig.), y finalmente los *usos legítimos:* me refiero a las costumbres conformes al derecho natural y comúnmente reinantes entre *colegas* que tienen un vivo sentimiento del deber, colocan muy alto el ideal de la profesión y comprenden que los intereses del enfermo nunca pueden ser sacrificados a los intereses del médico.

Nada de esto merece una explicación: observemos únicamente que estos tres orígenes no tienen *el mismo valor obligatorio,* y que las costumbres reinantes desempeñan aquí un papel de importancia particular.

II. Ideas maestras. — A la luz del derecho natural, de la dignidad profesional bien entendida y de las costumbres legítimas, vemos que *tres ideas maestras* resumen todos los deberes del médico hacia sus colegas. Son las ideas de *justicia,* de *caridad,* de *cortesía,* ideas muy poco nuevas y hasta muy viejas, pero tan imprescindibles a la humanidad como el mismo pan (1).

(1) Puesto que Dios, autor de la ley moral, quiere entre los médicos el reino de la justicia, de la caridad y hasta de la cortesía, esencialmente respeto a sí mismo, respeto a los demás, respeto a la dignidad profesional, al fundar en estas tres virtudes los deberes mutuos de los médicos, establecemos las obligaciones recíprocas sobre un fundamento inquebrantable, que es en último análisis la voluntad divina.

¿Quiere esto decir que nos separamos de los deontólogos que, como Henri Verger, fundan la deontología corporativa, y por tanto las relaciones entre colegas, sobre la triple base de la solidaridad moral, de la solidaridad material, de la confraternidad profesional, y, por consiguiente, sobre una doble noción positiva y sobre una noción tradicional?

Respondemos que a condición de distinguir un doble fundamento de las obligaciones entre médicos, el fundamento *último* y el fundamento *inmediato,* estas dos concepciones no son irreducibles.

1.º Fundamento último. — Como hemos dicho, el fundamento *último* de la deontología corporativa es la voluntad de Dios, que decreta entre los médicos, conforme a los lazos que les unen, el reino de la justicia, de la caridad y de la cortesía.

Los detalles vendrán más tarde. — Digamos solamente que es necesario completar la justicia con la equidad; la caridad con la preocupación predominante de los enfermos; una y otra con la prudencia. En cuanto a la cortesía, no podría ser cualquiera: es deseable que, sin ninguna afectación, llegue a su último extremo.

1. *Justicia y equidad.* — La *justicia,* que implica en los colegas un *derecho estricto,* debe ser completada con bastante frecuencia por la *equidad,* que, hablando exactamente, no supone un derecho riguroso, sino más bien una *real conveniencia* que un hombre de honestidad perfecta sabe tener en cuenta. Es *justo* que un médico no hable mal de sus colegas: tienen derecho a su reputación; es *equitativo* que llamado en el curso de una enfermedad aguda no acepte *demasiado fácilmente* la sucesión de un colega. En una palabra, todo médico debe ser, respecto a sus colegas, no solamente justo, sino plenamente equitativo.

2. *Caridad y preocupación de los enfermos.* — La caridad, que ve en otra persona un otro yo, e inclina a todo hombre de corazón a tratar a sus semejantes como él quisiera razonablemente ser tratado, nunca sería *demasiado delicada* entre médicos, miembros todos de una misma familia. Pero existe una *condición* que queremos señalar desde ahora, y es que la caridad confraternal no se ejerza nunca *a expensas de los enfermos,* cuyo interés bien comprendido debe predominar sobre cualquier otra consideración. Cuando examinemos si un médico puede aceptar los clientes de otro, se comprenderá mejor el alcance práctico de esta última observación.

3. *Prudencia siempre.* — La prudencia, sin la cual no hay virtudes, y una prudencia muy alerta, debe regular constantemente el ejercicio de la justicia, de la caridad y hasta de la cortesía.

III. División. — Dividiremos esta tercera parte en *cinco capítulos.*

1. Capítulo XXV: Relaciones mutuas de los *médicos en general.*
2. Capítulo XXVI: Relaciones mutuas de los *médicos tratantes.*
3. Capítulo XXVII: Relaciones mutuas de los médicos *consultantes* y *tratantes.*

2. Fundamento próximo. — El fundamento *próximo* de estas obligaciones de justicia, de caridad y de cortesía es el *conjunto de los lazos* que, a causa de la profesión, unen entre sí a los médicos.

Nada se opone a que se designe bajo el triple nombre de solidaridad moral, de solidaridad material y de confraternidad médica al conjunto de estos lazos.

Ciertamente, el médico no debe olvidar nunca que todas sus buenas acciones aprovechan al cuerpo médico, y que sus desfallecimientos le perjudican considerablemente a los ojos del público, tan pronto a generalizar. Es la solidaridad *moral.*

Asimismo debe recordar que no puede rebajar de ordinario sus tarifas sin contribuir, por su parte, a rebajar las tarifas de los demás prácticos. Es la solidaridad *material.*

De la confraternidad profesional, nacida de antiguas corporaciones médicas, nada hay que decir. Se funda por completo en la justicia, la caridad y la cortesía.

Por lo tanto, es posible aceptar las dos reglas que propone *H. Verger.*

Primera regla. — No hacer nada que debilite en el espíritu del público el prestigio del cuerpo médico, es decir, abstenerse de toda apreciación desfavorable sobre los colegas.

Segunda regla. — No hacer nada que sirva para rebajar los honorarios por debajo de la tasa aceptada por el conjunto de los colegas, recordando sin embargo que el interés del enfermo es la guía suprema del médico (*Précis de déontologie médicale,* págs. 159 y sig.).

4. Capítulo XXVIII: Relaciones con sus colegas de los médicos que dan consultas *en su despacho.*

5. Capítulo XXIX: Relaciones con sus colegas y entre sí de los *médicos de balnearios.*

En el curso del largo camino que hemos recorrido ya, se ha tratado de más de una cuestión: remitiremos a lo que se ha dicho, con lo que abreviaremos sin omitir nada de lo esencial.

IV. Importancia. — Esta escueta enumeración muestra claramente la *importancia* de la materia. Si los principios que vamos a exponer fueran *reglas de acción* para la mayoría de los médicos, la *confraternidad médica* (1) dejaría de ser un «eufemismo»; se hablaría menos de la «envidia proverbial de los médicos», que en la opinión del «Dr. Peinard, miembro de la sociedad de los contribuyentes» (2), es en realidad «la causa de todos nuestros males y de todas nuestras miserias profesionales»; el público respetaría más al cuerpo médico, prácticamente más que ningún otro, penetrado que estuviera de su dignidad (3).

En la obra que acabamos de citar (4), el Dr. Peinard promete una «*estatua de oro*» al feliz mortal «que encuentre un *remedio eficaz* contra la envidia». El remedio existe, puesto que hay deberes de estado, y es *eficaz,* es decir, apto por su naturaleza a reformar las costumbres. Pero es necesario que cada uno de los interesados se lo aplique, *haciéndose* hombre de deber y combatiendo sus malas tendencias. La deontología médica, que es la ciencia de los deberes del médico, no podría reemplazar al esfuerzo personal. Sin embargo, ayuda a este esfuerzo a nacer y a mantenerse. Aunque en efecto *no basta, es necesario* y muy útil conocer el deber para cumplirlo. Es toda la razón de ser de nuestro estudio.

(1) «Los médicos se dan entre sí el título de *colegas (confrères)* porque antiguamente las corporaciones médicas eran verdaderas *cofradías (confreries),* con exclusión de toda idea religiosa...» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* pág. 164, 1921).

(2) Es superfluo advertir que el nombre de *Dr. Peinard* es un *seudónimo simbólico.* (Dr. Grasset: *Congres. intern. de 1900,* pág. 298).

(3) Dr. Grasset: *Congres intern. de 1900,* pág. 168.

(4) *La profession médicale en France,* 1894.

CAPITULO XXV

RELACIONES MUTUAS DE LOS MEDICOS EN GENERAL

544. Ideas a desarrollar. — En relación a todos sus colegas, el médico, sea cual fuere su posición, tiene un *doble deber* que cumplir: respetar en los otros la dignidad profesional y respetarla en sí mismo para no desacreditar a todo el cuerpo médico.

En el capítulo precedente (núm. **541** y sig.) hemos hablado *ya* del *respeto personal,* que excluye todo lo que se parece a *reclamo* o puede hacer sospechar *venalidad,* y destierra con mayor razón todo lo que merece el nombre de práctica dicotómica clandestina.

Sólo nos falta, pues, exponer el deber de respetar, *en los demás médicos,* la dignidad profesional. Como hemos dicho (núm. **544,** II), este respeto se reduce a la constante práctica de la justicia, de la caridad, de la cortesía, que, unas veces amistosa y otras deferente, se acomoda a todos. Pero no habrá justicia, ni caridad, ni verdadera cortesía sin una *orientación habitual* del alma, sin una actitud fundamental adoptada de una vez para siempre y constantemente renovada, sin una disposición interior y permanente. Después de haber tratado de la justicia, de la caridad, de la cortesía, intentaremos ilustrar esta orientación habitual, que es el *resorte íntimo.* Tendremos así *cuatro párrafos.*

§ 1. — Justicia hacia los colegas

545. Ideal y realidad. — El *primer* deber del médico hacia sus colegas es el de ser habitualmente, y en la plena acepción de la palabra, *hombre de justicia y de honradez:* competidor sin duda, puesto que es necesario, pero competidor que juega limpio, no se rebaja a procedimientos desleales, no perjudica a nadie, da a cada uno lo que se le debe, respeta toda reputación legítimamente adquirida, y por tanto se abstiene de murmurar o de insinuar como de proclamar las faltas médicas, imaginarias o reales, de sus émulos.

He aquí lo que igualmente debe ser. No siempre *lo que es:* en esto, como en todo, pero en esto especialmente, la *realidad* no responde *al ideal* a juzgar por las tristes quejas de los mejores entre los médicos. Hemos observado ya (número **511**) que una de las lacras del cuerpo médico, y no ciertamente la menor, es el furor de rebajar el mérito *profesional* de los colegas.

Se niega y se discute su ciencia y habilidad; se critica, aun en presencia del enfermo, el diagnóstico formulado y el tratamiento prescrito; se habla fácilmente de imprudencia, de negligencia, de ligereza voluntaria o involuntaria (1). En una palabra, para elevarse sobre las ruinas de los otros, se ataca, si no el valor moral, que no siempre está a cubierto, por lo menos el *valor médico,* los métodos empleados, la conducta seguida. Igualmente, la crítica *sabe tomar todas las formas:* es, según los casos, abierta o indirecta; brutal o disimulada bajo flores: el mejor medio de encontrar crédito cuando se ataca el saber de un colega ¿no es a menudo el de alabar todo lo demás, o sea la integridad de sus costumbres, su perfecta honradez, la rectitud de sus intenciones, hasta su celo por los intereses de los enfermos? El «pobre» hace todo lo que puede, pero no tiene lo que se necesita para lograr el éxito (2).

En este párrafo nuestro designio es demostrar, o mejor intentar demostrar a los menos clarividentes, que denigrar a los colegas o revelar sus faltas sin motivo fundado es *violar la justicia, desacreditar la profesión* y por el mismo hecho *dañarse a sí mismo.* He aquí, pues, una cuestión de justicia, de honor corporativo, de interés personal.

546. I. Cuestión de justicia. — Después de haber expuesto el principio, admitido por todos los moralistas, antiguos y modernos, lo justificaremos, y, para quedar en la plena verdad, indicaremos las dos excepciones que comprende.

1. Enunciado del principio. — Puesto que todo ser humano tiene un derecho estricto a su reputación legítimamente adquirida y *merecida,* el médico desconoce un derecho riguroso y viola, por tanto, la justicia más elemental, siempre que *calumnia* a uno de sus colegas, es decir, siempre que le imputa *falsamente,* desde el punto de vista moral o pro-

(1) «¡Cuántas veces, dice Montaigne, vemos que los médicos se imputan unos a otros la muerte de sus pacientes!» (L. 2, c. 37). El Dr. Brouardel, que recuerda esta frase, añade: «¡Cuántas veces hemos visto médicos que viven en la misma villa, o en el mismo barrio, animados unos contra otros de odios feroces! Señores, no os dejéis llevar por la pendiente fatal de la maledicencia: *no hagáis a un colega sino lo que quisierais que os hicieran a vosotros mismos;* no digáis de él lo que no quisierais que dijeran de vosotros. Al obrar de otro modo echáis descrédito sobre vuestro colega, y una parte de la maledicencia recae sobre el cuerpo médico en conjunto y sobre vosotros mismos. No tengáis, como se dice vulgarmente, la lengua demasiado larga. Hablad poco, sed sobrios en vuestras apreciaciones. Pensad en esta anécdota contada por un hombre que, encontrándose en cierto salón, había observado que cada invitado que partía era criticado por los que se quedaban: «Persona distinguida, espíritu encantador... Sólo que...», y muy pronto los defectos convertían al hombre encantador en un ser antipático. Añadía: «Yo parto siempre el último» (*La responsabilité médicale,* etc., pág. 15).

(2) *Lo que aun es más odioso* son las sonrisas *por delante,* los calurosos apretones de mano, las protestas de amistad, y las puñaladas *por detrás.* Más de un médico podría apropiarse la frase de Nerón en «Britannicus» (acto IV. esc. III) y decir también:

«Abrazo a mi rival, pero es para ahogarle.»

Encontraréis en vuestro camino el detractor *viperino,* siempre dispuesto a morder, a desgarrar, a ensuciar. Es difícil de sorprender, se desliza como los reptiles; pero, como ellos, deja de ser peligroso en cuanto se le descubre. Ahora bien, no podría permanecer por mucho tiempo oculto: la serpiente es de cascabel (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 145, pág. 143).

fesional, algún error, alguna falta, algún defecto, y por este procedimiento *mentiroso* le causa, a los ojos del público o de los enfermos, un perjuicio más o menos grave.

Hay más. Por el hecho de que todo hombre tiene derecho *de ordinario* a su reputación legítimamente adquirida, *aunque fuera inmerecida* (1), el médico infringe un derecho estricto y falta directamente a la justicia cuando, *sin razón legítima, dice mal* de tal o cual de sus colegas, es decir, cuando, permaneciendo en los límites de la verdad, revela un error secreto, una falta oculta, un defecto inadvertido del que ha tenido conocimiento, y perjudica por esta intemperancia de lengua los intereses de aquel que tal vez envidia.

Conviene *justificar* este principio. La objeción aparece por sí misma: nos preguntaremos ante todo como un hombre puede tener derecho estricto a una reputación inmerecida, *que no corresponde a la realidad,* o, lo que es lo mismo, como un hombre puede tener derecho a que sus faltas *reales pero secretas* no sean divulgadas.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PRINCIPIO. — 1.° *Hay un punto* que nadie podría negar. Puesto que todo hombre tiene derecho, y derecho absoluto, *a ser tenido por lo que es,* todo hombre tiene un derecho ilimitado a la reputación que merece *realmente* por sus virtudes y sus buenas cualidades, morales o profesionales. Por consiguiente está *siempre* prohibido, por la ley natural, imputar a los demás faltas de las que son inocentes, o defectos que no tienen: nada puede legitimar nunca la *calumnia,* que es una *mentira perjudicial.* Así se encuentra justificada la primera aserción, contenida en el principio que acabamos de enunciar: un médico nunca puede, sin violar la justicia, imputar a un colega *lo que no es cierto* y por tanto manchará una reputación merecida.

Pero es más delicado probar la segunda aserción.

2.° *Digamos que se acabarían* la paz y la tranquilidad sociales si estuviera permitido a cada uno revelar, sin motivo válido, las faltas *secretas* o los defectos *ocultos* de los demás. La necesidad de salvaguardar el orden público asegura, pues, a toda persona el derecho a la reputación que posee, aunque fuere *inmerecida.* Tiene derecho a ella si no la ha adquirido injustamente, y si nada autoriza a un tercero a manifestar, tal como es, la plena y entera verdad. La *maledicencia* se opone, pues, a un derecho estricto, y por consiguiente es contraria a la justicia. La justicia prohibe a un médico revelar, *sin causa legítima,* las faltas secretas, aun profesionales, y los déficits ocultos de un colega.

3. EXCEPCIONES AL PRINCIPIO. — El principio que acabamos de enunciar y justificar tiene una *doble excepción,* fundada en la doble verdad de que nadie tiene derecho a una reputación *usurpada,* es decir, injustamente adquirida, y que un *motivo grave* permite atacar, revelando faltas secretas, una reputación más o menos *inmerecida.* Un médico puede por

(1) La reputación verdadera o merecida tiene por fundamento un mérito *real;* la falsa reputación o inmerecida tiene por base un mérito *aparente: hay faltas que si fueren conocidas* arruinarían o disminuirían la reputación, pero quedan secretas.

tanto desenmascarar, sin injusticia, a un charlatán, y a veces, para salvaguardar los intereses de un enfermo, decir mal *materialmente* de un colega.

1.° *Primera excepción.* — Aquel que por medio de injustas maniobras ha *usurpado* su reputación, no tiene a ella más derecho que el ladrón al dinero robado: es por tanto perfectamente lícito denunciar las prácticas charlatanescas de los médicos que, indignos de su profesión, se transforman en caballeros de industria. Por esto el Dr. Dechambre prohibe «que se estimule, por las relaciones profesionales, encuentros comprometedores en consulta, palabras complacientes o por el silencio, ora a la multitud abigarrada de charlatanes, ora a los numerosos curadores tachados que se insinúan en las clientelas, agarrados a los faldones de algún político, calumniando a los colegas y haciendo públicas pretensiones de clínico inspirado» (1).

2.° *Segunda excepción.* — El médico está autorizado a hablar si no puede proveer como conviene al bien del enfermo sin confesar el error o la falta de un colega. Sin embargo tales casos no se presentan sino muy raramente. Por lo general, y con un poco de habilidad, el médico que practica la justicia y la caridad estará en situación de conciliarlo todo: salvaguardará los intereses del enfermo sin comprometer los intereses del colega y sin traicionar la verdad, que se contentará simplemente con disimular.

547. II. Cuestión de honor para todo el cuerpo médico. — Un médico que habla mal de sus colegas, sobre todo si la maledicencia ha pasado en él al estado de hábito, contribuye a atraer el descrédito sobre *todo el cuerpo médico,* o por lo menos a disminuir la consideración de que está rodeado: empaña la profesión y suministra «gratuitamente un nuevo pábulo a la malicia pública» (2).

Esta observación está tan bien fundada, y la experiencia la confirma tan plenamente, que encontramos su enunciado, no solamente en los autores de moral médica, sino también en los reglamentos de los sindicatos (3).

548. III. Cuestión de interés personal bien entendido. — El médico tiene «*todo su interés*» en no criticar nunca a uno de sus colegas, a no ser que exista, como hemos dicho (núm. **546**), una *justa causa* para hablar libremente. Rebajar, *sin razón legítima,* el mérito de los colegas, es rebajarse a sí mismo rebajando el mérito de la profesión; es también, por el hecho de que la crítica es de ordinario signo de envidia y de

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 311.

(2) «El médico que habla mal de un colega, o que se conduce incorrectamente con él, da a entender que tenemos *una mediocre opinión* unos de otros, y por consiguiente se hace cómplice más o menos inconsciente de los que quieren rebajar y despreciar la profesión médica» (Dr. Grasset, *loc. cit.,* pág. 298).

(3) Dr. Grasset: *Congreso intern. de 1900,* págs. 305 y sig.; supra, núm. 511.

celos, «menospreciar a sí mismo a los ojos de personas de recto pensamiento»; es finalmente, por una consecuencia inevitable, exponerse a su vez a una crítica implacable».

El Dr. Grasset observa con buen derecho, que en este caso «el deber y el interés se confunden por una vez. Interesa al joven médico no disminuir, sino acrecer, la consideración de que está rodeado el cuerpo médico. Ahora bien, «la medicina y los médicos solamente serán estimados en su justo valor si los mismos médicos dan el ejemplo» (1). Ciertos moralistas han abusado de la frase célebre: «lo que no es útil al enjambre no es tampoco útil a la abeja»; sin embargo, encuentra aquí su rigurosa aplicación (2).

En nuestras sociedades modernas esta unión del interés personal y del interés corporativo es aún más íntima que en las sociedades antiguas, «Os lo repito: todo el mal que decís los unos de los otros *recae inevitablemente sobre vosotros mismos* (3). Solamente podremos vivir de nuestra profesión si estamos unidos... El médico individualista en nuestra época es un ser fósil y fatalmente destinado a ser devorado por los esfuerzos combinados de las administraciones, de las mutualidades, de los Ayuntamientos, del Estado. Para vivir debemos defendernos palmo a palmo contra las nuevas cargas, y esta defensa no puede ser sino *corporativa, sindicalista*. El individualismo médico ha muerto. Si os habéis hecho cargo de esta nueva situación, comprenderéis la *necesidad* de evitar las querellas personales entre médicos, y sobre todo estas *denigraciones sistemáticas* que acaban siempre por volver a oídos de los interesados y crean odios feroces» (4).

Confesamos, no obstante, que el interés personal es un *móvil de orden inferior* para un alma bien nacida, y el Dr. Hubert ha dado con la frase

(1) Dr. Grasset, págs. 304, 305, 306.

(2) *Ibid.*, pág. 304.

(3) A veces la paliza que recibe el culpable le es singularmente penosa, y así comprende por experiencia los *peligros de la calumnia*.

«Hace algunos años, dice el Dr. Brouardel, uno de mis antiguos internos asistió a una mujer de parto. Este fué laborioso, pero terminó favorablemente. Un primo de la parturienta, médico también, fué a verla y aprovechó esta visita para criticar la manera como se había hecho el parto y los cuidados prestados a la madre, de tal suerte que cuando el primer médico fué a visitarla, el marido, furioso, le puso de patitas en la calle. Enviada la nota, el marido rehusó pagar y reclamó una indemnización por falta grave del tocólogo. Intervino la justicia; fuí comisionado con el Prof. Tarnier para examinar a la paciente. No encontramos *la menor falta* en la asistencia, y Tarnier, indignado, amonestó en varias ocasiones al primo de la parturienta, que pasó, os lo aseguro, algunos días que debe contar entre los peores de su existencia» (*La respons. médic.*, etc., págs. 15 y sig.).

Este primo sólo tuvo lo que se merecía. Y si el marido se hubiera obstinado en no satisfacer la nota de honorarios, el calumniador debía, por derecho natural, satisfacerla de su propio bolsillo.

(4) E. Martin: *Précis de déontologie*, págs. 30 y sig.

El Dr. H. Verger demuestra bien que las mutualidades y otras colectividades han abusado de la «falta de unión profesional», del «número excesivo de profesionales», de la «desaparición progresiva de la clientela media», para imponer a los médicos *honorarios* irrisorios. (*Précis de déontologie médic.*, págs. 96 y sig. y pasim).

justa cuando ha escrito: «No os permitáis nunca criticar a un colega, no porque podría devolveros la ofensa, sino *porque no tenéis derecho a ello*» (1).

§ 2. — Caridad hacia los colegas

549. I. Necesidad. — Basta comprender cómo la caridad completa felizmente a la justicia, y lo que es en su fondo íntimo, para darse cuenta de cuán necesaria se hace entre médicos llamados, por la fuerza de las circunstancias, a prestarse mutuo apoyo.

1. Justicia y caridad. — La *justicia*, universalmente practicada, tiende a unir a los hombres; pero nace en sí de lo que les *divide:* de la distinción de las personalidades y de los derechos, del «tuyo y del mío».

La caridad nace, por el contrario, de lo que *une* a los hombres: de la comunidad de origen, de naturaleza, de destino, de intereses.

2. *Naturaleza de la caridad.* — El mejor medio de decir *lo que es* la caridad consiste en explicar *lo que hace*.

Nacida de la unión, tiende a la unión. No quiere el mal, aunque pudiera cometerlo sin *infringir derecho alguno*, y menos todavía lo hace. Por el contrario, viendo en toda persona humana una especie de prolongación de la propia personalidad, quiere el bien con una benevolencia verdadera, y al traducirse esta benevolencia en actos, hace el bien y lo hace con una constancia incansable. El hombre que alimenta en su corazón la llama de la caridad, no se contenta, como el hombre justo, con no perjudicar a nadie y dar a cada cual lo que se le debe: en palabras y acciones trata a sus semejantes *como razonablemente quisiera ser tratado por ellos*, y cuando las palabras son impotentes, su silencio es un himno de amor.

3. *Necesidad de la caridad entre médicos conscientes de los lazos que les unen y de su misión común.* — Si la caridad debe nacer de lo que es común y medirse por la intimidad de las relaciones que unen, es *particularmente necesaria* entre médicos, y está destinada por las circunstancias a ser *fraternal* en la plena acepción del término (2). Además de la

(1) Citado en Grasset: *Congreso intern. de 1900*, pág. 306; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 145, pág. 142).

(2) Sería fácil demostrar que esta caridad es también una cuestión de deber, de honor corporativo y de interés personal.

Henri Verger aclara felizmente esta última consideración. *Compara* «lo que ocurre por una parte en los lugares donde los médicos están enemistados, y en aquellos, por el contrario, donde viven en buena inteligencia y hermandad verdadera.

En los primeros se ven médicos más ligados a su clientela que los siervos de antaño a sus señores, angustiados por la preocupación constante de conservar sus clientes contra las empresas del vecino, sin atreverse a ausentarse sin tener un substituto caro, ni a pedir asistencia al colega próximo en uno de los casos frecuentes en que el peso de la responsabilidad profesional es demasiado para uno solo. Para éstos la profesión puede ser a veces remuneradora, aunque este género de competencia lleve a menudo al envilecimiento de los honorarios; pero el ejercicio está desprovisto de toda satisfacción, sin contar que la consideración de los médicos enemistados se encuentra siempre disminuída en el espíritu público.

En cambio, ¡cuánto más fácil, más agradable, es el ejercicio profesional en los lugares donde los médicos son amigos o simplemente camaradas! Se substituyen unos a otros, pudien-

comunidad de origen, de naturaleza y de destino, que comparten con todos los seres humanos, los médicos tienen entre sí *muchos puntos comunes:* una formación común, una común dignidad profesional, tradiciones de honor comunes, intereses comunes, aunque aparentemente opuestos, y *particularmente una misión común:* la curación de los enfermos, o por lo menos el mejoramiento de su estado, y si lo mejor es imposible, el alivio de los padecimientos. Por esto, lejos de quererse mal y de hacérselo, deben, como miembros de un mismo cuerpo, quererse bien y practicarlo. «Sed para vuestros colegas — dice el Dr. Hubert — como desearíais que fueran para vosotros. Es toda la ley... Así pues, no nos miremos siempre *con ojos de gallos de combate;* ¡sepamos sonreír afectuosamente y ofrecer a nuestros colegas esta benevolencia verdadera que procura traducirse en los actos, que no lo interpreta todo por el lado malo, que excusa de buena gana y perdona fácilmente!» (1).

¿Es esto imposible? ¿Excede tal ideal las fuerzas de la humana debilidad? No lo creemos así, y no tomamos demasiado en serio la misiva, por lo demás encantadora, que uno de los mejores amigos del Dr. Grasset le dirigió antes del Congreso internacional de 1900: «La deontología no existe. Puede escribirse, pero no se prescribe. En realidad, la paz no será más que aparente entre nosotros. Nuestros besos nunca serían más que besos Lamourette. Varios pecados capitales se unen a nuestra profesión y vician irremediablemente las relaciones fraternales: el orgullo, la envidia, el interés... Tened la bondad de reflexionar sobre esta causa perpetua de conflicto entre nosotros: el orgullo, la confianza más o menos justificada de un mérito particular, de un saber más extenso y, digámoslo también para ser justos, de un servicio por prestar»... Y la escéptica misiva termina con esta graciosa ironía: «Olvidad, querido Maestro, olvidad mi escepticismo y hacednos un bello sermón de concordia y de amor» (2).

El bello sermón de concordia fué él mismo, puesto que dió «personalmente el ejemplo de vida fraternal más escrupulosa», y demostró con los hechos que la práctica de la caridad es posible (3).

---

do, por consiguiente, tomarse las vacaciones necesarias; son posibles las consultas o las intervenciones quirúrgicas sencillas por su ayuda mutua, y mantienen la tasa de los honorarios en sus justas proporciones. Son honrados y respetados» *(Précis de déontologie médicale,* página 169, 1921).

(1) Citado por Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 303. Une dos textos que se encuentran separados en el Dr. E. Hubert: véase *Le devoir du médecin,* núm. 139, página 139; núm. 149, págs. 146 y sigs.; cons. también núm. 179, pág. 180.

(2) Citado por Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 295.

(3) *Ibid.,* pág. 295.

Describimos aquí la caridad *natural.* Pero, como es justo, no excluímos, por el mismo hecho, la caridad *sobrenatural,* virtud teologal que nos inclina a amar al prójimo por amor de Dios sobrenaturalmente amado. La caridad sobrenatural no excluye necesariamente todo móvil natural, legítimo en sí. Pero, subordinándose a estos móviles, naturales, sube hasta Dios, «unido o queriendo unirse a todos nuestros hermanos por una divina amistad», comunicando o queriendo comunicar por la gracia santificante y la gloria del cielo una íntima participación a su propia vida *(D. T. C.,* art. *Charité,* tomo II, col. 2.256 y sigs.).

550. II. Práctica de la caridad. — No podemos entrar en detalles. Por esto nos contentamos con decir a los médicos: prevenid las malas interpretaciones por una práctica fiel de las reglas de deontología, y si nacen, impedid que se emponzoñen; manteneos cuidadosamente al margen de toda querella; desplegad una perfecta cortesía en las discusiones científicas y polémicas de prensa; prestad tantos buenos servicios como podáis sin perjudicar a los intereses de vuestra clientela, sin sobrecargaros de trabajo, sin rebajarse.

1. MALAS INTERPRETACIONES. — Hay que *prevenir* las malas interpretaciones, y si surgen a pesar de todas las precauciones, ingeniarse en *disiparlas* lo más pronto posible.

1.° *Prevenir las malas interpretaciones.* — Entre médicos, aun animados de buena voluntad real, *surgen* fácilmente incidentes desagradables que comprometen el buen acuerdo. Provienen de palabras, acciones u omisiones, *comunicadas torcidamente* al interesado o *interpretadas* por él en un sentido peyorativo que no es el verdadero. Se atribuye por ejemplo a la mala voluntad de que es inadvertida. «Hay una serie de casos difíciles que los clientes complican aún más equivocándose o engañándonos. Por simple ignorancia, un colega prescindirá del deber profesional: es suficiente; el conflicto está planteado; se envenenará incesantemente y por ambas partes...» (1).

Pero el origen más fecundo en malas interpretaciones, si no en conflictos agudos, es el deseo, en sí muy legítimo, de crearse una clientela o de conservar la que ya se posee. De este modo un médico sospecha fácilmente, y por simples apariencias, que un colega, y particularmente un recién llegado que le ha sucedido cerca de determinado enfermo, se ha introducido en su lugar por maniobras desleales o por lo menos incorrectas.

No hay ningún medio *infalible* de prevenir estos incidentes, principalmente de los que nacen de la «caza al enfermo», y diría de la concupiscencia de los enfermos. No obstante, el *mejor* medio de no darles pie es el de observar, con una fidelidad escrupulosa, las reglas deontológicas que expondremos en los capítulos siguientes (2).

2.° *Disipar las malas interpretaciones.* — Si éstas han nacido de relaciones falsas o de simples apariencias mal interpretadas, el mejor modo de impedir que se eternicen es *con frecuencia* el de tener con el colega honesto que se cree víctima una explicación franca de hombre a hombre, en la que se restablezca la realidad de los hechos. Bien sabemos que este procedimiento no *siempre* tendrá éxito: por esto, antes de dar un paso que puede agravar la situación, conviene sopesar las probabilidades de éxito como hombre que tiene experiencia de la vida.

2. CAMARILLAS LOCALES. — Recién llegado a una localidad, el médico «no debe mezclarse en ninguna querella preexistente ni abrazar

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 299.

(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 31; Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 99.

bandera alguna. Demasiadas circunstancias se presentarán más adelante que le inducirán a tomar partido: condiciones a las que hará bien en resistir, sea cual fuere la tentación.

Una vez afirmado en su carrera, el médico no podría hacer nada mejor que continuar esta política» de abstención sistemática y de benevolencia universal hacia todos los colegas honorables.

«La tarea es a veces ruda, pues los medios más restringidos son a menudo, en nuestra época, asiento de divisiones y de hostilidades deplorables. El hombre inteligente y superior puede llegar, por una afabilidad constante, a hacerse considerar *como situado al margen:* se le tachará tal vez de original pero se terminará por hacerle justicia y quizá encontrará imitadores» (1).

3. Polémicas de prensa. — Podemos distinguir la prensa extramédica y la prensa médica.

1.° *El médico celoso* de su dignidad profesional no se deja «arrastrar nunca a las polémicas de la prensa *extramédica:* la galería, es decir, el gran público, se divierte entonces a costa de los dos adversarios, y nace de ello descrédito para toda la profesión» (2).

2.° En las *discusiones científicas,* orales o escritas, y con mayor razón en las polémicas de prensa *médica,* un médico que practique el doble culto de la ciencia y de la caridad sabe unir *dos cualidades* con excesiva frecuencia separadas: una *ardiente convicción,* al servicio de lo que cree ser la verdad, y una *perfecta cortesía,* que, confiando en la irradiación de lo verdadero, se abstiene de toda injuria, de todo mal propósito, de todo personalismo, incluso de todo rasgo de ingenio demasiado cáustico, y se guarda, con el mayor cuidado, de reemplazar con una agudeza espiritual los argumentos serios de que está desprovisto. «Una crítica puede ser perentoria sin ser agria. Si se tiene razón, se procura desarmar al adversario sin herirle» (3).

4.° Diligencia en prestar servicio. — Un médico que a una perfecta honestidad y a procedimientos de absoluta corrección uniera una graciosa solicitud para prestar servicios, sin distinción de colegas, sería muy desgraciado si no desarmara las injustas oposiciones y las críticas malévolas: una caridad de metal tan fino triunfará de ordinario del mal por el bien (4).

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* págs. 98 y sigs.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 416, 1931.
(3) *Ibid.,* pág. 416.
(4) Lo que vuestros colegas están en el derecho de exigiros es la rectitud, la lealtad, la cortesía, y, si queréis tener con ellos relaciones agradables o *fraternas* en toda la acepción del término, añadís, sin escatimar, la gracia y el celo. Estos buenos procedimientos son comparables al algodón o paja en los embalajes, que impiden que las porcelanas se rompan en su traslado.

En Dinant, Bélgica, donde paso mis vacaciones, los médicos, desde tiempo inmemorial, no tenían derecho alguno a ser citados como miembros de la sociedad más fraternizante. Aproveché un día la ocasión de practicar una histerectomía allí para invitarles a todos a que me asistieran en la operación y a comer después con el operador. Al principio la atmósfera era algo fría, había una temperatura moderada al llegar al asado, y en los postres el hielo se había fundido de suerte que, entre la pera y el queso, inicié la idea de fundar un *Círculo médico* cuyos estatutos se discutieron inmediatamente.

Se había hecho lo más grande: nos habíamos dado las manos. Pero era necesario que estas manos, unidas por un momento, permanecieran enlazadas. Propuse entonces el más sólido de los lazos de unión, porque implica la obligación de prestarse buenos servicios recíprocos: las *vacaciones obligatorias.* Y tuve el placer de verlas adoptar en principio. Durante estas vacaciones la clientela del ausente es servida por todos sus colegas, que a su vuelta le remiten la lista de las visitas que han hecho por él.

Y gracias al Círculo médico que los reúne cada mes alrededor de una botella de vino de Borgoña — como conviene en Valonia —, y gracias a las vacaciones obligatorias, hace ya muchos años que los médicos de Dinant viven en toda la armonía que es posible en este mundo» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 139, pág. 138; núms. 141 y sigs., páginas 140 y sigs.).

¿No es éste un *señalado servicio* prestado por el Dr. Hubert a sus colegas?

Nunca aconsejaremos demasiado esta caridad, que en cierta medida es obligatoria. «Los deberes fraternales — dice el Dr. Le Gendre — no consisten solamente en no perjudicar a los demás: implican una benevolencia *siempre* dispuesta a manifestarse *activamente.* Esta benevolencia, con el nombre de camaradería, reina tan generalmente en los hospitales y laboratorios que es inútil recomendarla a los estudiantes. Pero es triste que no se prolongue *siempre* más allá del período escolar y que se debilite con excesiva frecuencia bajo la influencia de la concurrencia profesional» (1).

Sin embargo, en esto, son posibles las desviaciones, cuando no los excesos propiamente dichos. Si no se puede ser *demasiado* caritativo, puede *entenderse mal la caridad.* De este modo interpretaríamos mal la caridad al descuidar a los enfermos con el pretexto de prestar un servicio a un colega. Un médico erraría igualmente al prodigarse hasta agotar sus fuerzas y arruinar su salud. Muy lejos de practicar la caridad, sería particularmente culpable, y tal vez de modo grave, si se dejara arrastrar a compromisos incompatibles con la dignidad profesional. Todo esto es demasiado claro y, con excepción del último punto, demasiado raro para que insistamos más.

§ 3. — Cortesía hacia los colegas

551. Ideas por desarrollar. — Hay una cortesía exigida por la *ley moral,* porque es la expresión necesaria de la caridad en armonía con las relaciones; una cortesía impuesta por las *circunstancias* a toda persona de tacto y de buena educación; finalmente, una cortesía exigida por las *costumbres* particulares de determinado cuerpo y fundadas en la razón.

Una palabra sobre cada una de estas tres cortesías, que *nada tienen de arbitrario* (2).

¿No es éste un *señalado servicio* prestado por el Dr. Hubert a sus colegas?

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 413, 1931.

(2) «La *verdadera cortesía* no consiste en fórmulas corrientes ni tampoco en la estricta observancia de las conveniencias sociales. No es todo superficie, *como el barniz.* No debe estar en los labios solamente; debe salir del corazón. Esto es lo que la distingue de la *corrección,* una cualidad que no es vulgar, pero que no basta para hacer a una persona amable. Es la florescencia o la *gracia de la benevolencia,* como se ha dicho de la bondad que es el perfume de la virtud.

552. I. Cortesía y derecho natural. — Se denominan en moral «signos *comunes* de caridad» las manifestaciones de benevolencia y de cortesía que los individuos de la misma condición social suelen hacerse recíprocamente, a causa de las costumbres. Considerando el derecho natural, estas manifestaciones de benevolencia no pueden negarse a nadie entre parientes, amigos, miembros de un mismo cuerpo, etc. Una injuria recibida no permite rehusarlas más que por cierto tiempo, y con el objeto, por ejemplo, de que el ofensor comprenda la indignidad de su conducta.

Se ve por consiguiente que ciertos médicos carecen de la cortesía requerida por el derecho natural «Muchos — dice el Dr. Courgey — se encuentran en la calle, en un lugar público, o incluso *en casa de los clientes,* no solamente sin darse la mano, sino sin saludarse, sin verse» (1). Lejos de considerarse en la práctica como colaboradores y verdaderos colegas, se tratan como extraños, o más bien como rivales, cuando no como enemigos.

553. II. Cortesía y circunstancias. — Un médico que sepa vivir, adapta naturalmente a las *circunstancias* sus manifestaciones de consideración, de respeto, de cortesía.

A los *ancianos,* que tienen tras de sí un largo pasado de probidad médica y de devoción, les testimonia con la mayor sencillez «una *deferencia* cortés y sincera». Naturalmente, no se podría censurar al anciano que con franca cordialidad se complaciera en adelantarse a su joven colega y en tenderle la mano «material y moralmente». Algunas veces este último partido es el más prudente; es el de un hombre de espíritu y de corazón (2).

Se debe igualmente *una cortesía llena de deferencia* a los colegas cuya *elevada situación* o cuyo *talento sin par* es bien conocido; el médico que sea algo modesto no la escatimará.

Es superfluo recordar a un médico bien educado que debe a sus *colegas del otro sexo* la mayor cortesía, pero una cortesía matizada de reserva y de respeto (3).

Cuanto más satisfecha está de vosotros la persona que os deja, y, sobre todo, *cuanto más contenta está de sí misma,* tanto más cortés habréis estado con ella realmente. Hacer nacer este contento en los demás es como tocar el violín, arte en el que es preciso ejercitarse y en el que no se logra sobresalir sino a la larga, después de un laborioso aprendizaje. No se nace cortés como se nace poeta, y no todos lo llegan a ser; las arcillas duras, hágase lo que se haga, siempre quedan mal» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 139, pág. 138 y siguientes).

(1) Citado por Grasset: *Congr. inter. de 1900,* pág. 302.

(2) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* págs. 97 y sigs.

«Queréis que vuestros colegas sean amables con vosotros?: comenzad por serlo con ello. ¿Por qué digo *comenzad?* Porque vosotros sois los más jóvenes, los recién llegados; porque esperar las cortesías al lado del fuego no es un buen medio para atraerlas; porque, en fin, saber dar el primer paso es propio de un carácter generoso y distingue al hombre amable y cortés del hombre que no lo es» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 149, página 117).

(3) Se ha preguntado a veces si los deberes profesionales son *compatibles* con las obligaciones que, a causa de su sexo, incumben naturalmente a la mujer. Con este motivo nos permitimos *tres reflexiones* que expresan claramente nuestro pensamiento.

1.ª Una joven que por amor al arte y celo a los enfermos quiere conservar el *celibato* y se siente con fuerza para mantener intacta la flor de su virginidad, puede, sin faltar a ningún deber, ejercer la medicina y hacerse una clientela, sobre todo una clientela de mujeres y niños: una doctora hábil «tiene éxito maravilloso con los niños y con las mujeres, cuyo dolor y angustias sabe comprender» (Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 30).

2.ª Una doctora casada con un doctor, o con cualquiera que no sea médico (lo que es más raro), puede, sin graves inconvenientes, ocuparse en su casa de trabajos de laboratorio o dar consultas en su despacho.

3.ª Salvo circunstancias particulares, por ejemplo a no ser que la madre de la señora o del señor llene perfectamente los deberes de ama de casa y de abuela, una mujer-médico, casada con un doctor o con cualquier otro, sólo *muy difícilmente* puede adquirir una clientela o conservar la que ya tenía; tanto de día como de noche estará demasiado a menudo ausente de su casa para vigilar, como conviene, el buen orden de su hogar, educar convenientemente a sus hijos, rodear a su marido de la cálida afección y de las mil atenciones que necesita después de una ruda jornada de trabajo. Su papel es más bien el de ser discretamente la colaboradora y la ayudante de su marido, si éste es médico. Se ve que en suma participamos de las ideas de Colette Yver en su novela *Princesses de science* (véase sin embargo Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 115 y sigs., 1931).

(1) *Synd. médic. du Loiret,* citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 302.

(2) Citado en Grasset: *loc. cit.,* pág. 302; véase Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 143, págs. 141 y sigs.

«Muy a menudo se observa que el olvido por el recién llegado de la toma de contacto previa, o su resolución tomada desde el principio de obrar como solitario, es el origen de estos focos de *invidia medicorum*» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* pág. 169).

(3) Estas palabras indican netamente la *razón de ser* de esta visita de pura cortesía. «*No tiene por objeto dar* las razones de vuestra instalación a su lado. Debéis hablarle como colega que conoce las costumbres profesionales y decirle que os sentiréis siempre dichoso de reemplazarle, si tiene necesidad de vuestros servicios, en las condiciones de honestidad y de confraternidad en que deben hacerse estas substituciones. Debéis entenderos con él respecto al precio de las consultas y las tasas de honorarios» (Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 28).

(4) «Ciertos colegas, a los que la edad y la autoridad permiten hablaros cordialmente, podrán daros *consejos importantes* sobre las costumbres del país, la posibilidad de captar tal o cual clientela. No despreciéis nunca estas opiniones, tenedlas muy en cuenta. Creo que antes de haberlas oído no debéis firmar con un propietario un contrato de alquiler que os ligue» (Etienne Martin: *Précis de déontologie,* págs. 28 y sigs.).

554. III. Cortesía y costumbres reinantes entre colegas. — La principal, o mejor dicho, la única cuestión que se ofrece aquí se relaciona con las *visitas* que debe hacer todo *recién llegado* a los colegas «inmediatos o que ejercen en la vecindad y con los cuales puede tener relaciones de clientela» (1). «Antes de fijar en vuestra puerta la placa de cobre que anuncia al público vuestra llegada, *conviene* — dice el Dr. Hubert — que hagáis una visita a los médicos con los que el ejercicio de la profesión deberá ponerse en relación muy pronto» (2).

El Dr. Le Gendre ha expuesto asimismo, a este respecto, casi todo cuanto puede decirse de útil. Lo citamos.

«El *primer deber* de un nuevo práctico, en cuanto ha hecho registrar su diploma, si se ha instalado en una villa en la que el número de médicos no es demasiado grande, es el de *visitar a todos sus colegas* para participarles su instalación (3): será una primera ocasión de informarse sobre las costumbres locales.

La acogida será cortés en la mayoría de los casos, sobre todo por parte de los antiguos que gozan de una situación sólida y casi inexpugnable (4). Algunos mirarán de reojo al nuevo comensal... El recién venido tratará de desarrugar los ceños afirmando su resolución de observar todas las reglas de buena confraternidad.

En una gran ciudad es casi imposible visitar a todos los colegas, pero hay que enviarles a todos la tarjeta de visita con algunas palabras de cortesía. Hay que visitar por lo menos a los del distrito, *a fortiori* en París a los que podrían habitar en la misma casa. Por lo demás es costumbre que un médico no pueda instalarse en la misma casa que otro colega sin haberle pedido su autorización...

Cuando un colega haya hecho presentar su tarjeta hay que recibirlo *lo más pronto posible*»... A menudo, y para evitar las murmuraciones de los clientes, «es preferible hacer esperar en una habitación distinta a los médicos que se hayan hecho anunciar.

El colega antiguo que ha recibido la visita del debutante tiene el deber de *devolverla lo más pronto posible* (1). En ciertas pequeñas ciudades se ha adoptado incluso la costumbre excelente de que uno de los médicos ya establecidos tome la iniciativa de hacer la primera visita cuando llega un joven colega... El doctor Jeanne (de Meulan) señalaba las ventajas que pueden resultar de esta acción, tanto para el recién llegado como para sus predecesores» (2).

En otros lugares, por ejemplo en el Loiret, «la oficina del círculo del distrito en el que acaba de instalarse el nuevo colega delega oficialmente cerca de él a un miembro del sindicato para desearle la bienvenida en nombre de éste, indicarle los precios habitualmente en práctica para las visitas y consultas, y remitirle un ejemplar del Código deontológico, así como los estatutos del sindicato» (3).

§ 4. — Orientación habitual

555. I. Necesidad. — En sus actos el médico no será justo, caritativo, ni siquiera educado y cortés, si no hay en él una *orientación habitual del alma,* una actitud acostumbrada, una disposición permanente que le incline suave y fuertemente a la práctica constante de la justicia, de la caridad, de la cortesía.

«*Es un hecho de experiencia* elemental que nuestras disposiciones habituales de voluntad son la preparación y la garantía normales de nuestros actos. Nuestros actos, particularmente aquellos que exigen esfuerzo y valor,

(1) El *Dr. Hubert* dice finamente: «Os devolverán la visita o tarjeta, o no la devolverán, lo que os permitirá clasificarlos en seguida en *dos categorías:* aquellos de quienes podéis esperar buenas relaciones, y aquellos que no se creen obligados a devolver las cortesías, y, por consiguiente, a quienes no debéis más atenciones» (*Le devoir du médecin,* número 143, pág. 142).

(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 413 y sigs., 1931.

(3) *Synd. médic. du Loiret,* citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 302.

«El médico que se instala debe adoptar como regla, en materia de honorarios, las *costumbres en vigor* entre los médicos de la localidad misma. Si la *rebaja* de honorarios está prohibida en todos los casos, el *aumento* queda lícito con tal que no tenga el riesgo de causar perjuicio a los médicos ya instalados. En realidad una tentativa de este género en la clientela ordinaria de los pueblos y de las pequeñas ciudades sería muy peligrosa para su autor.» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* págs. 170 y sigs).

quedan con harta frecuencia *por debajo* de nuestras disposiciones voluntarias antecedentes; no las *sobrepasan* casi nunca» (1).

Es cierto que la justicia y la caridad son virtudes, y por tanto disposiciones habituales. Pero estas virtudes deben adquirirse por la repetición de los actos virtuosos (2). Y estos actos no se producirán frecuentes, relacionados, intensos sino bajo el impulso de la orientación permanente de que hablamos. ¿Cuál debe ser esta orientación, esta actitud fundamental este pliegue del alma en un médico?

556. II. Naturaleza. — Podríamos llamar altura de alma, elevación de sentimientos, nobleza de carácter, *renunciación a todo lo mezquino,* aspiración a todo lo grande, conciencia práctica de la dignidad, a la *disposición fundamental* que el médico debe mantener en sí para llegar a ser un buen colega y continuar siéndolo. Pero esta disposición habitual no puede sino seguir la ley común de las disposiciones voluntarias y contrarias al egoísmo innato: debe derivar su nacimiento y desarrollo de una convicción reflexiva. Habremos descrito, pues, como conviene la *naturaleza de la orientación permanente,* que debe constituir el fondo del alma médica, si recordamos que el médico debe someterse a la influencia de una triple idea y encontrar en esta triple idea su regla invariable de conducta. Ya se comprende que esta triple idea es la idea de la nobleza del arte médica, del deber médico, de la carrera médica. Se trata una vez más de una idea muy antigua, pero que es para el práctico la materia y substancia de la vida moral.

1. Nobleza del arte médica. — El Dr. Dechambre ha comprendido bien este punto de vista. «La confraternidad de los médicos — dice — debe tener el mismo principio que su honestidad: debe descansar sobre un *sentimiento profundo de la nobleza del arte* que ejercen *en común.* Una vez bien penetrados de este principio saludable, respetaremos la dignidad del colega como la nuestra; no se le desacreditará, no se le despreciará en secreto; se hará por él, dice el doctor Laroche, lo que se querría que él hiciera por nosotros. Se le amará» (3).

(1) G. Longhaye: *Retr.,* pág. 37.

(2) Si queréis ver a qué *mezquindades* desciende el médico que no tiene esta orientación habitual del espíritu, leed la anécdota siguiente, contada por el Dr. E. Hubert después de haber sido la víctima.

«Al principio de mi práctica me detienen un día en la calle y me llevan a una casa en la que un niño acaba de ser presa de convulsiones: el médico tratante no había tenido tiempo todavía de acudir. Sumerjo al pequeño paciente en un baño caliente hasta la cintura; prescribo una enema y un poco de calomelanos. Pasado el acceso y evitado el peligro, de momento por lo menos, me retiro.

Llega el médico de la casa algunos minutos después de mi partida. Se le cuenta lo que ha pasado. Inmediatamente substituye el baño caliente por cataplasmas y los calomelanos por ruibarbo. ¿Era acaso un imbécil? No, sencillamente, un mal colega. Sabía muy bien, en efecto, que en el fondo hacía *lo mismo que yo,* pero lo hacía *de otro modo* para sugerir la idea de que el práctico joven no entendía nada del asunto» (*Le devoir du médecin,* núm. 148, págs. 154 y sigs.).

(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 310 y sigs.

2. Nobleza del deber médico. — La comunidad de deberes muy elevados debe, como la comunidad de un arte muy noble, inspirar el respeto y el amor de colegas consagrados a una misión tan bella. Ahora bien, los deberes médicos son de una elevación singular. Bien se ha dado cuenta de ello el *Dr. Grasset:* «Los deberes profesionales de todo individuo se añaden a sus deberes de hombre ordinario, y los deberes profesionales son *más elevados* que los deberes ordinarios, porque la infracción a estos deberes no compromete solamente la responsabilidad del individuo, sino también, en cierta medida, la responsabilidad del cuerpo a que pertenece.

Además, estos deberes profesionales son *más o menos elevados,* según la profesión de que se trate...», y según la *magnitud de los intereses* confiados a esta profesión (1).

3. Nobleza de la carrera médica. — El médico que se haya formado una idea justa, y por tanto elevada, de la carrera médica, llegará fácilmente a la conclusión de que es indigno de él tener miras demasiado interesadas, rebajarse a todos los medios para lograr el éxito, y considerar a sus colegas, a pesar de su dignidad profesional, como simples importunos a los que hay que hacer desaparecer lo más rápidamente posible. Nobleza común obliga a respetos comunes.

«El médico, al principio de su carrera, debe recordar que no hay que proponerse como objeto el éxito inmediato y a toda costa, *per fas et nefas.*

Ciertamente, el médico debe ver en su carrera el medio de ganar honorablemente su vida y la de su familia, pero no debe procurar, con una impaciencia agitada que excluye el *discernimiento en la elección de los medios,* ocupar inmediatamente el extenso puesto al sol que corresponde a sus legítimas aspiraciones del porvenir.

Sobre todo no debe ver en todos los colegas ya establecidos a *enemigos* que hay que desalojar o suplantar. Es preciso luchar por la vida, pero con armas corteses, no viendo más enemigo que la enfermedad que hay que abatir. Conviene que no pueda decirse: *medicus medico lupus.* Hay que ver en los colegas émulos, guías, ejemplos, en todos los casos personas que ya han adquirido y merecido la honorabilidad y la estimación que el joven médico espera conquistar a su vez» (2).

¿Significa esto que la *competencia* sea a la vez inevitable y prohibida? Ni por asomo. «La competencia sólo es *condenable* cuando es desleal y emplea procedimientos poco convenientes o indelicados» (3). «La *competencia entre colegas* debe ejercerse únicamente por el despliegue de cualidades profesionales, iguales o superiores, esperando las ocasiones a que dan origen siempre las circunstancias, las relaciones, la satisfacción proporcionada a los primeros clientes que se ha cuidado. Esta competencia es leal — *fair play,* como dicen los ingleses en sus deportes — y permite la continuación de las relaciones fraternales. Es deshonrosa para el que la emplea aquella que, en lugar de armas corteses, usa armas envenenadas con la maledicencia y la calumnia; deshonesta y torpe la que se apoya en la rebaja de los honorarios, que causa tanto perjuicio a la corporación como al que a ella recurre» (1). Noble *emulación:* tal es el espíritu.

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 300.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 301.
(3) *Ibid.,* pág. 326.

Una palabra más. Si queremos acostumbrar nuestra alma a los buenos hábitos debemos mantenernos en guardia, *desde el período de estudios,* contra las críticas, de las que tan pródigos son los estudiantes: *en el curso,* crítica de los métodos de enseñanza, crítica de los profesores; *en el hospital,* crítica de los camaradas que se equivocan gravemente, y, lo que es más grave, crítica de los médicos del exterior que han cuidado ya al enfermo, sin tener en cuenta que han podido ser llamados «en condiciones de hora y de lugar propias a hacer muy difíciles el diagnóstico y el tratamiento...: tal crítica, injusta y desconsiderada, de un joven estudiante que ignora las dificultades que rodean al práctico, puede causar un grave perjuicio a la reputación de un colega honorable» (2).

Después de esto no se equivocará quien estime que exigimos al médico *el espíritu de sacrificio* en alto grado. Pero la práctica del sacrificio se hace más fácil en ciertas condiciones. *En primer lugar,* guardaos tanto como os sea posible de *juzgar* interiormente a vuestros colegas. Dueños de vuestras apreciaciones, seréis mucho más fácilmente dueños de vuestras palabras. *Anciano,* recuerda que has sido principiante. «Concede a tus colegas más jóvenes la acogida, la benevolencia y el apoyo que te habría complacido encontrar en tus comienzos.» *Joven,* esfuérzate en comprender a los ancianos. «Quien quisiera explicarse por razones de dinero los celos de los médicos viejos se equivocaría completamente y les injuriaría. Tienen causas más nobles. Lo que les apena en el fondo es la confianza que se desplaza: ¡es el comprobar que, con el círculo de relaciones se estrecha el cambio de devociones acostumbradas y de sentimientos afectuosos y agradecidos! (3).

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 415 y sigs., 1931.
(2) Dr. P. Le Gendre: *Ibid.,* pág. 412, 1931.
(3) Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 140, pag. 139; núm. 147, págs. 144 y siguientes.

CAPITULO XXVI

RELACIONES MUTUAS DE LOS MEDICOS TRATANTES

557. I. Cuatro cuestiones. — En el capítulo *precedente* hemos establecido los principios generales que *por derecho,* ya que no de hecho, presiden las relaciones mutuas de *todos* los médicos.

Aquí llegamos a los *principios particulares* que en nombre de la justicia, de la caridad, de la tradición profesional, *deben* regir las relaciones, tan delicadas, de los médicos tratantes entre ellos.

Cuatro cuestiones de una importancia muy desigual reclaman nuestra atención. Enunciarlas y, en una palabra, compararlas entre sí será una vista de conjunto de lo que constituirá el objeto de nuestro estudio.

1. Cuestiones que deben tratarse. — 1.° *Primera cuestión.* — Si no es como pariente o íntimo amigo, ¿puede un médico visitar y tratar *a escondidas* a los enfermos cuidados por otro práctico, es decir, visitarlos en competencia con el colega adoptado por la familia, pero *sin saberlo éste*?

2.° *Segunda cuestión.* — ¿En qué condiciones está un médico plenamente autorizado para aceptar a los clientes de un colega? Y, por tener esta cuestión un *triple aspecto,* ¿en qué condiciones puede un médico acceder a la demanda de un enfermo que quiere cambiar de médico tratante; reemplazar temporalmente a un colega por causa de urgencia, absoluta o relativa, de impedimento, de ausencia, de enfermedad; suceder definitivamente a un colega que se retira o que cede su clientela?

3.° *Tercera cuestión.* — ¿Tiene el médico tratante derecho a tener clientes, y por tanto a visitarles a domicilio en una o varias localidades distintas de la que habita, o en la que ejerce habitualmente? Esta es la que se llama cuestión de los *médicos ambulantes.*

4.° *Cuarta cuestión.* — ¿Tiene un *médico militar,* y por lo tanto perteneciente al ejército de mar o tierra, el estricto deber de abstenerse de toda clientela civil según los principios de la deontología médica?

2. Importancia relativa. — *La más grave y difícil* de estas cuatro cuestiones es sin contradicción la segunda, que de autores justamente estimados ha recibido soluciones muy diferentes: efecto, en nuestra opinión, de no distinguir lo que depende de la justicia rigurosa, o por el contrario de la caridad, de la prudencia, de la delicadeza.

En los cuatro artículos que siguen examinaremos estas cuatro cuestiones, pero el medio de orientarse en toda esta materia y evitar muchas

confusiones es el proponer resueltamente desde el comienzo *dos principios* indiscutibles. Es lo que vamos a hacer.

558. II. Principios indiscutibles. — Hay dos principios que derivan de la ley moral y que nadie puede negar razonablemente: uno concierne al *derecho* imprescriptible de todo enfermo, y el otro tiene por objeto el *deber* de todo práctico llamado como médico tratante por un cliente que ha recibido ya los cuidados de otro hombre de arte.

1. Derecho de todo enfermo. — Considerando la *justicia estricta,* todo enfermo posee el *derecho,* aun en el curso del tratamiento, de *cambiar* de médico, o de consultar a otro, aunque fuera en secreto, sin separarse del primero.

Este principio nace evidentemente del cuasicontrato que en la primera visita se conviene entre el enfermo y el médico tratante. El médico que en su primera visita se encarga de un cliente, se compromete a cuidarle hasta la curación si ésta es posible. Por su parte el enfermo asume la obligación de entregar justos honorarios al tratante. Sin embargo, no contrae absolutamente el deber de no cambiar para nada de médico, o de no llamar a su cabecera a otro práctico para pedirle su opinión.

El Dr. Dechambre ha reconocido y proclamado en términos enérgicos esta verdad: «No olvidéis — dice — que hay en esto *dos intereses* en causa: el interés del cuerpo médico y el interés del enfermo. Ambos son respetables, pero el segundo lo es más que el primero, porque es el que ha puesto en contacto a un médico con un paciente, y porque la curación de éste ha sido el objeto directo de este convenio. Al pedir al médico que le cure, el paciente *se ha reservado implícitamente el derecho de tomar a otro* si lo juzgara, con razón o sin ella, útil para su salud (1). El espíritu de cuerpo no puede llegar hasta la *opresión del cliente,* y no es preciso que para ser más colegas seamos menos médicos» (2).

Así el enfermo que durante una enfermedad crónica o aguda cambia de médico, o llama a otro sin renunciar al primero, puede faltar a la prudencia, a la cortesía y hasta a la caridad si carece de una razón válida o de formas corteses, «pero nadie discutirá que ha obrado en la plenitud de su derecho» (3).

Por consiguiente, no podría *acusarse de injusticia* con respecto a un colega al médico que, *sin ninguna formalidad,* aceptara suceder a otro práctico como médico tratante de un enfermo dado, o incluso que visitara o tratara ocultamente a un enfermo. En esta manera de obrar puede haber imprudencia, indelicadeza, falta de caridad, pero no *violación de la justicia:* «es enteramente abusivo — dice Juhel Renoy — que un médico

(1) *Omitimos intencionadamente* la frase siguiente, que requiere *explicación:* «Ahora bien, toda formalidad introducida por las conveniencias confraternales en el cambio de médico es un obstáculo a este derecho del enfermo.» La explicación vendrá más tarde (número 562).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 314.

(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 53.

hable de *sus* enfermos como de una *propiedad...*» (1). A continuación tendremos que recordar este principio y estas conclusiones, sin perder de vista no obstante la segunda verdad que nos falta formular.

2. DEBER DE TODO MÉDICO. — La *caridad,* y lo que es lo mismo, la buena confraternidad, exigen imperiosamente que el médico evite con el mayor cuidado, en tanto pueda hacerlo *sin grave inconveniente* para sí mismo o para el enfermo, todo lo que tienda a herir la susceptibilidad de colegas honorables, y a comprometer el buen acuerdo entre miembros de un mismo cuerpo. Si por tanto acepta cuidar a los clientes de los demás, a lo que de ordinario puede negarse, debe adoptar en los límites de lo posible, y a título de delicadeza y hasta de caridad o de prudencia, todas las precauciones necesarias para no descontentar justamente al colega descartado con razón o sin ella.

Teniendo en cuenta estos dos principios igualmente ciertos, estaremos en condiciones de *conciliar,* «con predominio de la libertad del cliente», los dos intereses en causa: el interés del enfermo y el interés del médico tratante (2).

ARTICULO PRIMERO

VISITAS DESCONOCIDAS DEL TRATANTE

559. I. Visitas prohibidas. — Como hemos dicho (núm. 558), la *justicia* no prohibe, aunque sí la *caridad,* por lo menos siempre que una consulta es posible, visitar y tratar *clandestinamente* a los enfermos de un colega. «Es en efecto una especie de hipocresía, moralmente inferior al asalto directo y conquista del cliente» (3). El médico tratante acabará por descubrir algún día esta situación irregular, y tendrá derecho a mostrarse muy ofendido por semejante procedimiento.

Asimismo, *no hay que objetar* el interés *superior* del enfermo: el enfermo tiene tal vez ventaja, y gran ventaja, en provocar una consulta, pero en esta serie paralela de visitas y tratamientos, que amenazan ser incompatibles, nada gana y se expone a perder mucho.

Indudablemente pueden presentarse en esto incluso casos más delicados. Pero hay que mantener la solución que acabamos de dar, *por lo menos* siempre que una consulta sea posible. Esta es la opinión de Et. Martin, quien enuncia claramente una de las circunstancias en que se podría estar tentado de hacer una excepción a la regla. «La familia — dice — empieza a dudar del médico habitual a causa de las complicaciones sobrevenidas y de la duración de la enfermedad. No hay intención de ofenderle o de separarse de él, pero se desearía conocer la opinión de otro doctor del que se ha hablado en el barrio o en la familia. No debéis a ningún

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 317.
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 315.
(3) Dr. Dechambre: *Ibid.,* pág. 312.

precio manifestar vuestra opinión sin que el médico tratante haya sido convocado *en consulta* con vosotros. Si habéis acudido a ver al enfermo, retiraos respetando todas las susceptibilidades, hasta que os hayáis hecho aceptar como consultantes» (1).

560. II. Visitas permitidas. — Hay motivo para distinguir *tres clases* de visitas que están o parecen estar permitidas, pero que se apartan algo de la hipótesis, puesto que no se efectúan, pura y simplemente, a espaldas del médico tratante. Son en primer lugar las visitas de *parentesco* o de *amistad,* con tal, sin embargo, que no sean médicas; luego, las visitas de *complacencia,* destinadas a informar a un tercero sobre el estado exacto del enfermo; finalmente, las visitas de *pura caridad,* que únicamente tienen por objeto un diagnóstico preciso y un tratamiento racional. De estas tres clases de visitas, están *ciertamente* permitidas las dos primeras, y *no nos atreveríamos* a prohibir la tercera si fuera imposible toda consulta con el médico tratante.

1. VISITAS DE PARENTESCO.... — Sería una exageración manifiesta no admitir en la habitación de un enfermo a un pariente o amigo, bajo pretexto de que es doctor en medicina. Completamente libre de visitar al paciente, no tiene que ocultarse del médico tratante para hacerlo, ni solicitar una autorización que le conceden su parentesco o su amistad bien conocida. Basta con que tenga la discreción y tacto suficiente para dejar al tratante toda libertad de acción, excepto advertirle en particular, y sin decir nada al enfermo, si observa algún error de diagnóstico o de terapéutica.

2. VISITAS DE COMPLACENCIA. — «Parientes, amigos, patronos, maestros, desean algunas veces, por afecto o por interés, conocer el estado exacto del paciente, y para ello se dirigen a su médico ordinario. ¿Se halla éste obligado a rehusar en toda circunstancia? *No lo creo así.* El acto solamente se hará censurable si es mal ejecutado. Ahora bien, esto puede evitarse, *primeramente* advirtiendo de la visita al colega tratante, *en segundo lugar* limitándose con entero rigor al examen del paciente, sin cuidarse de la medicación. El médico del enfermo cumplirá un deber de confraternidad permitiendo una visita por un individuo honorable; éste, por su parte, no deberá transmitir a sus mandatarios un diagnóstico personal preciso de la enfermedad, diagnóstico que podría ser disconforme al del médico tratante, sino solamente informes generales sobre los síntomas y sobre la gravedad mayor o menor del caso. Por lo demás, reconozco fácilmente que estas visitas de complacencia deben evitarse siempre que sea posible» (2).

3. *Visitas de pura caridad.* — Citemos el caso tal como ocurrió: aunque vulgar, es suficientemente representativo.

En una familia al servicio de un rico propietario pueblerino con sus ribetes de castellano, hay un niño pequeño presa de una grave enfermedad.

(1) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 32.
«En la clientela ordinaria, un mismo enfermo no debe ser tratado al mismo tiempo por varios médicos sino con el consentimiento recíproco y la colaboración de cada uno de ellos» (H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* pág. 171).
(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* núms. 312 y sigs.

Los padres, cuyos recursos son muy modestos, se dirigen exclusivamente al médico del pueblo, y no pueden en absoluto correr con los gastos de una consulta. Sin embargo, su inquietud es cada vez mayor por cuanto el viejo doctor, poco locuaz por naturaleza, observa un silencio casi absoluto. En estas circunstancias llega al castillo, por cuenta del dueño, un práctico de alto valor llamado de la ciudad vecina. Se le explica la situación y se le ruega *por caridad* que visite al enfermito, que determine la naturaleza del mal y que compruebe el tratamiento. ¿Debe negarse a ello a toda costa para no pisar el terreno a un colega? No lo creemos así. No obstante, y siempre que sea factible, informará al médico tratante de esta visita, impuesta por las circunstancias. Le avisará aun si aprueba plenamente el juicio emitido y la marcha seguida. Con mayor razón le advertirá si hay motivo para reformar el diagnóstico o el tratamiento. Además, sólo a él comunicará sus pensamientos íntimos y sus ideas terapéuticas. Por consiguiente, excepto en caso de urgencia, no dejará en manos de los padres prescripción alguna. De este modo conciliará los dos intereses en causa: el interés del enfermo y el del colega.

ARTICULO II

ACEPTACION DE LOS CLIENTES AJENOS

§ 1. — Cambio de médico

561. I. Exposición de las opiniones. — «*¿En qué condiciones* puede un médico reemplazar a un colega, o más bien *suceder a un colega* como médico tratante de un enfermo determinado?» Naturalmente, «se trata de un enfermo que *quiere* cambiar de médico *en pleno tratamiento* de una enfermedad *aguda* o de una enfermedad *crónica*, actual y regularmente tratada por el médico ordinario» (1).

Respecto a este punto, los deontólogos, que no distinguen con suficiente claridad la cuestión de justicia y la cuestión de caridad, se dividen *en dos opiniones*. Unos declaran *insuficiente* toda condición, y prohiben al médico que a *ningún precio acepte* la sucesión de un colega. Otros le permiten aceptar esta sucesión *con ciertas condiciones* en el curso de la enfermedad. Solamente se dividen cuando se trata de determinar estas condiciones, y llegan por consiguiente a opiniones bastante diferentes.

Después de esta visión de conjunto entremos en algunos detalles.

1. Primera opinión. — En el *Dict. des sc. médic.* (en 60 vols.), 1819, expresa *Monfalcon*, en términos precisos y categóricos, la primera opinión: «todo médico que se respete no se permite *en ningún caso*, y bajo pre-

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, págs. 316 y 319. «*Ninguna dificultad* si se trata de una *enfermedad nueva* o de una enfermedad no tratada todavía o tratada solamente fuera de la ciudad en que se habita: hay que acudir a la llamada del enfermo» (Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 319).

texto alguno, arrebatar clientes a sus colegas: los derechos de éstos son sagrados a sus ojos. Una delicadeza escrupulosa le obliga a negar sus cuidados a un enfermo *que ha recibido ya* los de otro hombre de arte» (1).

Un médico muy honorable celebra, en una carta al Dr. Grasset, las *ventajas* de esta manera de obrar, que adopta sin restricción: «Por mi parte, me he negado constantemente a desalojar a mis colegas, aun a aquellos que peor se portaban conmigo. He sido tanto más escrupuloso cuanto menos lo eran ellos: he logrado así hacerles reflexionar y volverles a favor mío cuando estaban poco dispuestos a hacerlo; sobre todo he mantenido la paz absoluta de mi conciencia y no he perjudicado a mi situación...» (2).

II. Segunda opinión. — La segunda opinión, menos rigurosa y más humana, se diverge según las condiciones que impone.

1. El *Dr. Dechambre* no exige más que *una condición:* pide solamente al nuevo médico un *esfuerzo leal* para disuadir a la familia.

Después de haber propuesto examinar al enfermo en consulta con el médico que le ha tratado hasta entonces, y de verse rechazado, el nuevo elegido «defenderá en primer lugar la causa de su colega, tratará de disipar las prevenciones surgidas contra él, intentará finalmente reconquistarle su antigua situación» (3). Si no lo consigue, aceptará para sí mismo, *sin otra formalidad*, la sucesión del colega despachado (4).

Así pues, Dechambre *descarta absolutamente* «la carga impuesta al nuevo llamado de advertir al otro de su desgracia, y más todavía la de velar por el pago de sus honorarios» (5).

2. El Dr. Grasset, siguiendo a gran número de autores, *requiere mucho más*. Además del esfuerzo leal de que acabamos de hablar, el recién llegado, *antes de aceptar*, debe (6): 1.°, «apreciar los motivos sobre los que se apoya» la decisión de la familia, resuelta a cambiar de médico; 2.°, «prevenir directamente al colega» *si la familia* se niega a informarle de su desgracia; 3.°, «exigir que el cliente pida la factura al médico del que se separa, y le manifieste la intención de liquidarla. Hasta es preciso, añade, procurar que la satisfaga; pero no podemos hacer esperar nuestros cuidados al enfermo aunque no sea satisfecha inmediatamente, y no estamos obligados a asegurarnos de la liquidación de tal factura para empezar a prestarle nuestros cuidados. Unicamente más tarde deberemos cuidar de que el primer médico sea retribuído antes que nosotros, o por lo menos al mismo tiempo» (7).

3. Otros van aún más lejos. Según ellos, el médico nuevo debe prevenir *siempre* por sí mismo al colega al que sucede, y asegurarse *antes*

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 316.
(2) *Ibid.*, págs. 316 y sigs.
(3) Dr. Dechambre: *Le médecin*, págs. 315 y 318.
(4) *Ibid.*, loc. cit.
(5) Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 315.
(6) Queremos decir: antes de dar o, por lo menos, antes de *continuar* sus cuidados (Dr. Morache: *La profession médicale*, pág. 100).
(7) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, págs. 319 y sigs.

de prestar sus cuidados de que su predecesor ha recibido en regla sus honorarios (1).

4. Por el contrario, el *Dr. Le Gendre* confiesa que es imposible obligar al nuevo llamado, *en todas las circunstancias*, a asegurarse de que los honorarios del primer médico han sido satisfechos. «En ciertos medios sociales una pretensión semejante sería recibida como un insulto. En otros, el cliente mal pagador no vacilará en responder indebidamente que todo está satisfecho, y no tendremos otro medio de asegurarnos de ello que preguntándolo al colega. Ha ocurrido algunas veces que éste, ofendido por haber sido despedido, ha respondido agriamente a su sucesor que no se mezclara en sus asuntos. Esta respuesta es incorrecta sin duda, pero resulta desagradable recibirla. El punto es muy delicado, y difícil decidirlo *de una forma uniforme* para todos los casos» (2).

¿Cómo orientarse y descubrir la verdad entre tantas opiniones contradictorias y a veces muy exageradas?

Conviene no perder de vista los dos principios propuestos antes (número 558), y por tanto distinguir netamente la cuestión de justicia y la cuestión de caridad. Es lo que vamos a hacer.

562. II. Solución racional. — Considerando las exigencias de la *estricta justicia* y de la *caridad* que debe reinar entre los miembros de un mismo cuerpo, *¿en qué* condiciones puede un médico suceder a un colega como médico tratante de un enfermo dado, que en pleno tratamiento de una enfermedad aguda o crónica quiere absolutamente cambiar de médico? He aquí el verdadero problema.

1. CUESTIÓN DE JUSTICIA. — Antes de aceptar la sucesión de un colega junto a un enfermo en tratamiento, un médico no está obligado, a título de justicia, *ni* a cumplir personalmente *ni* a imponer al paciente formalidad alguna.

1.° *No está personalmente obligado a nada.* Al aceptar, *sin formalidad alguna*, la sucesión de un colega, no viola absolutamente los derechos estrictos de este último, y por tanto no comete con respecto a él ninguna injusticia: efectivamente, por una parte un médico no es *propietario* de sus enfermos; por otra parte ningún hombre de arte se compromete, *en justicia*, a no aceptar el puesto del tratante si le fuera ofrecido por la familia (Supra, núm. 558).

2.° *Tampoco está obligado en justicia a imponer formalidad alguna al cliente.* Así pues, no está estrictamente obligado a forzar al enfermo a que advierta de su desgracia al médico del que se separa, y a satisfacer inmediatamente sus honorarios, o por lo menos a pedirle la factura. Tanto menos cuanto que el mismo enfermo no está obligado *en justicia* a prevenir al primer médico, y puede, sin injusticia, diferir el pago de los honorarios. Asimismo, el médico no está nunca obligado en justicia a forzar al cliente

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, págs. 320 y sigs.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 415, 1931.

a que cumpla deberes que no conciernen directamente a la salud. «Es laudable aconsejar estas precauciones al cliente; no tenemos el deber (1) de imponérselas» (2).

La cuestión de justicia es por lo tanto de fácil solución. Mas la cuestión de caridad es de otro modo delicada.

2. CUESTIÓN DE CARIDAD. — El médico que acepta suceder a un colega en el tratamiento de un enfermo debe adoptar, a título de caridad, de prudencia y de delicadeza, y en tanto pueda hacerlo *sin grave inconveniente*, todas las precauciones *requeridas* y útiles para no descontentar *razonablemente* a un colega honorable (Supra, núm. 558, 2).

En consecuencia:

1.° Sólo aceptará la sucesión ante la *voluntad bien decidida* del cliente, plenamente resuelto a cambiar de médico: ésta es una condición admitida por todos y que puede observarse siempre (3).

2.° Si las circunstancias, y en particular si los recursos del cliente lo permiten, solicitará ser admitido *en consulta* juntamente con el médico tratante. Por lo menos se esforzará en disuadir a la familia de su resolución si puede hacerlo sin notable desagrado.

Pero hay que confesar que abogar lealmente a favor del primer médico no siempre es posible *ni* siempre oportuno, por más tacto que se despliegue. Es *casi imposible* si los errores del médico son manifiestos, lo cual será bastante raro. *Es muy difícil y opuesto a su objeto* si, con razón o sin ella, el descontento de la familia es extremo: en este caso, dice finamente el Dr. Chalamet, «estimamos que el nuevo médico no tiene que inquietarse en absoluto por las razones que puede suministrarle una familia descontenta; que no tiene que abogar a favor del colega eliminado, al que no haría ningún servicio y sobre el que por lo menos no dejaría de establecer su superioridad por el mero hecho de la defensa que de él hiciera...» (4).

En estos dos casos el recién llegado se abstendrá, sin embargo, de toda crítica, directa o indirecta, lo que está siempre en su poder.

3.° Sin imponer nada, y hasta sin diferir los cuidados reclamados por el estado tal vez grave del paciente, el nuevo elegido *insistirá* en que la familia *informe inmediatamente* al antiguo médico, y con ello le evite una visita inútil, o incluso tal vez un encuentro muy desagradable con su antecesor.

Si la familia se niega a obedecer esta regla de la más elemental urbanidad, *no dejará* de prevenir *directamente* al colega sino en el caso excepcional en que temiera con ello agravar y envenenar la situación. Ya se comprende que esta comunicación debe hacerse sin demora y *con el mayor cuidado:* si las circunstancias lo permiten, «añadir a ella — dice Jules Renoy — la expresión de vuestro sentimiento, la seguridad de que ha-

(1) Substituímos la palabra *derecho*, que emplea el autor, por la de *deber*
(2) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien*, pág. 54.
(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 319, núm. 16.
(4) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 322.

béis manifestado al enfermo que cometía una grave falta, pero que la firmeza de su decisión os ha parecido inquebrantable» (1).

4.° Finalmente, antes de aceptar o cuando menos *después* de haber aceptado la sucesión, el recién llegado se esforzará del mejor modo y *en la medida de lo posible* en que se retribuya al antiguo médico: es un acto de caridad, de prudencia y de delicadeza, que no descuidará si puede llevarlo a cabo *sin excesivas* dificultades (2).

Gracias a estas precauciones, obligatorias a título de caridad con tal que sean a la vez *moralmente posibles y útiles,* el nuevo médico evitará dar al antiguo un motivo *razonable* de descontento. Es cierto que a veces el «ex médico, aun informado y pagado, conservará un recuerdo desagradable del cliente, cuya confianza habrá perdido, y del colega, al que acusará por lo bajo de haberlo suplantado» (3). Pero éste es un inconveniente inevitable; existiría incluso si el nuevo médico exigiera, *antes* de aceptar la sucesión, que se advirtiese debidamente al colega, y que fuera liquidada o por lo menos pedida su factura de honorarios. *Rechazamos esta doble obligación,* que la caridad no impone, y que fácilmente puede redundar en perjuicio del cliente: nos separamos en esto del Dr. Grasset y de muchos otros.

§ 2. — Substituciones médicas

563. Definición y división. — El *substituto* difiere del *sucesor* del que acabamos de hablar (§ 1); ocupa momentáneamente el lugar del médico ordinario cerca de todos sus enfermos, o de uno de ellos, *con la condición* en todos los casos de devolverle su clientela tan pronto pueda volver a ocuparse de ella.

Asimismo, el substituto puede ser *elegido por el médico habitual* a punto de ausentarse, impedido, enfermo, o bien ser *llamado por un cliente* en caso de urgencia, de ausencia, de enfermedad del médico ordinario, sin que sea voluntad expresa del cliente cambiar de médico.

Los deberes de estas dos clases de substitutos son casi los mismos, con la diferencia de que los primeros reciben del médico su misión de confianza y los segundos la reciben del enfermo. No obstante conviene tratar separadamente de unos y otros.

564. I. Substituto elegido por el médico ordinario. — El substituto a quien un médico ausente o en cama confía sus enfermos por algún tiempo recordará que visita y trata *en lugar* y *puesto* de su colega:

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 321.
(2) Podemos añadir que es hasta una cuestión de *interés personal.* H. Verger, en efecto, la observa con derecho: «Los malos clientes son de ordinario los que más se apresuran en llamar a los principiantes; y éstos encontrarán en la aplicación de la regla, con el cumplimiento de un deber de solidaridad y de confraternidad, la mejor salvaguardia de sus intereses futuros, pues el hábito de no pagar se adquiere con una facilidad deplorable» *(Précis de déontologie médicale,* pág. 172).
(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 54.

esta simple consideración le dictará sus deberes en materia de tratamiento, de clientela que debe conservar y devolver, de honorarios.

1. Tratamiento. — Se presentan *dos circunstancias* bastante diferentes: el substituto trata unas veces una enfermedad nueva, y otras una enfermedad crónica o aguda ya tratada por el médico ordinario.

1.° *Si se trata de una enfermedad nueva,* cuyo tratamiento no había emprendido ya el médico habitual, conserva en todo su libertad de acción, y puede sin escrúpulo emplear los métodos terapéuticos que considere mejores, con la condición, no obstante, de hacer al enfermo, habituado tal vez a otros procedimientos, todas las concesiones razonables (Supra, n. 228, 2).

2.° *Si se trata de una enfermedad antigua,* me refiero a una enfermedad cuyo tratamiento había emprendido ya el médico ordinario, está obligado a una *reserva mucho mayor.* En primer lugar se prohibirá con un rigor particular toda crítica, directa o indirecta.

Luego recordará que no ha asistido a las primeras fases de la enfermedad, y no se apresurará a apreciar desfavorablemente, aun en su fuero interno, la manera de ver y de obrar del médico ordinario. Finalmente, sabiendo muy bien que hay varias maneras de cuidar y hasta de curar, no cambiará la medicación de su predecesor sin necesidad o sin utilidad real. Si juzga oportuno modificarla, explicará que sus nuevas prescripciones son exigidas por el curso de la enfermedad.

2. Clientela. — Por lo que hace a la clientela que le ha sido confiada en depósito, el substituto tiene un *doble deber* en beneficio del deponente: en tanto sea posible, debe *conservarla* intacta gracias a sus cuidados devotos, y *devolverla* intacta al médico ordinario con un entero desinterés, sin tramar nada disimuladamente en su provecho; sin aceptar incluso, por lo menos en seguida y contra la voluntad del médico habitual, a un enfermo que, absolutamente decidido a cambiar de médico, quisiera continuar con el substituto, cuya ciencia, devoción y cualidades morales ha apreciado particularmente. Esta línea de conducta es impuesta por la posición relativa de los dos colegas: «en virtud del mandato de confianza que ha aceptado, el substituto se ha obligado *implícitamente,* con respecto a su colega, a devolverle su clientela entera, como lo haría con un depósito recibido» (1).

Hay más. Et. Martin menciona una *costumbre muy severa* que concierne a los estudiantes de medicina, o mejor a los médicos todavía no establecidos en la localidad en la que substituyen: «Un substituto, interno o no, debe saber que le está prohibido, por el mismo hecho, instalarse en la ciudad o en los alrededores inmediatos, y que, hasta en el caso de que desaparezca el práctico cuya clientela conoce, debe a los herederos de éste una indemnización para ocupar su lugar y puesto» (2). Inútil es decir que una costumbre de este género debe revestir ciertas condiciones para tener fuerza de ley (3).

(1) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 61.
(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 34.
(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 318 y sigs.

3. HONORARIOS. — Los honorarios *debidos al substituto* son de ordinario percibidos y conservados por el *médico substituído,* pero con la condición de reemplazar a su vez gratuitamente a su colega cuando éste se ausente o enferme.

Sin embargo, no hay *nada obligatorio* en todo esto. «Las condiciones de substitución se tratan de voluntad a voluntad. Cada uno *queda en libertad* de fijarlas como le parezca, siguiendo en la medida de lo posible las costumbres locales. Por lo demás, deben servir de base las relaciones mutuas de ambos colegas» (1).

565. II. Substituto llamado por el enfermo. — El principio sigue siendo el mismo: llamado en caso de urgencia, de ausencia, de enfermedad del médico tratante, el substituto debe contentarse con reemplazar al médico habitual *sin tratar en modo alguno de suplantarle.*

1. CASO DE URGENCIA. — El médico que en caso de urgencia absoluta o relativa visita, ante *llamamiento formal,* a un enfermo ajeno, se abstiene de todo lo que podría desacreditar al médico ordinario o apartar de él a sus clientes.

Si hay motivo se hace enseñar, por tanto, las prescripciones del médico habitual, y al prescribir lo necesario se guarda con cuidado de contradecir el diagnóstico ya emitido, o el tratamiento instituído. De regreso en su domicilio previene en seguida al interesado, a menos que pueda contar con las declaraciones de la familia para una comunicación de todo punto exacta. Henri Verger estima que es «absolutamente incorrecto y contrario a los intereses del enfermo dejar a la familia el cuidado de esta advertencia» (2).

Después de esto, *lo importante* es que se prohiba *toda otra visita,* aun para saber noticias, y que no vuelva a la casa a no ser que, como conviene a título de buena confraternidad, sea invitado por el médico habitual para una consulta necesaria o útil.

Por su parte, «el *médico tratante* deberá cuidar de que los honorarios de su colega sean satisfechos antes que los suyos, o por lo menos al mismo tiempo» (3).

(1) *Assoc. des médecins de la Gironde, ibid.,* págs. 318 y sigs.
(2) H. Verger: *Précis de déontologie médicale,* pág. 178.
(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 318.

Además de los dos casos del substituto, escogido por el médico ordinario, o llamado por el enfermo, se presenta un tercer caso que suscita una nueva cuestión: la cuestión de la *sucesión,* enteramente distinta, como hemos dicho (núm. **563**), de la cuestión del simple *reemplazo.*

El *Dr. E. Hubert* la propone así: «El médico que *suple* al jefe de servicio de un hospital ¿tiene el derecho de *sucesión?*»

Responde: *sí,* si el reemplazante ha sido escogido por la administración del hospital, y ha dado, como suponemos, plena y entera satisfacción; *no,* si el jefe de servicio, sin consultar a la administración del hospital, se ha hecho reemplazar por un colega de su elección. En esta segunda hipótesis, «la perdiz que vuela no es de nadie, y todos los que tienen permiso de caza regular pueden intentar comérsela con coles». Y, para hablar sin metáfora, la plaza que queda libre por dimisión del titular es accesible a todos los que se sienten aptos para ocuparla y que la postulan *(Le droit du médecin,* núm. 160, págs. 160 y siguientes).

Se comprende por esta breve exposición que el substituto de urgencia necesita vigilarse muy atentamente para no decir ni dar a entender nada que pueda perjudicar al médico ordinario. Tanto más cuanto que «las familias no descuidan interrogar al recién venido sobre el origen del accidente incriminado y sus relaciones posibles con el tratamiento instituído por el médico ausente». (Léase a H. Verger: *Précis de déont. méd.,* página 173 y siguientes).

2. CASO DE ENFERMEDAD O DE AUSENCIA PROLONGADA DEL MÉDICO ORDINARIO. — 1.° Si el médico habitual está *enfermo,* «podemos ir a ver al cliente que nos llama y *continuar* tratándolo durante todo el curso de la enfermedad del colega. Sin que esto sea un deber estricto, *conviene* prevenir al colega enfermo, e incluso, si su estado de salud lo permite y si la enfermedad del cliente es importante, ir de vez en cuando a conversar con él sobre el caso, a fin de que pueda conservar la idea o la ilusión de cierta intervención en el tratamiento. En cuanto el médico ordinario ha recobrado la salud, hay que devolverle, en una visita común, al cliente cuidado en su ausencia. A menos de convenios contrarios, los honorarios deberán, en general, ser pagados íntegramente al médico ordinario al cual se ha substituído. Sin embargo, esto no es un deber estricto.

Cuando el médico ordinario está *ausente por algún tiempo,* es posible visitar y cuidar a sus enfermos, con la condición de devolvérselos a su regreso en una visita común» (1).

§ 3. — CESIÓN DE CLIENTELA

566. I. Verdadera naturaleza del contrato. — Considerando el derecho natural, toda cesión de clientela médica es un verdadero contrato con tal que sea hecha según las reglas. Pero no es *ni* un contrato estrictamente conmutativo, *ni* un contrato puramente aleatorio: es más bien un *contrato mixto,* que tiene parte de uno y de otro.

1. *No es un contrato estrictamente conmutativo.* No hay únicamente cesión de *realidades* equivalentes por una y otra parte. El médico que por causa de edad o de enfermedad cede su clientela a un colega, y la cede a precio de dinero, recibe una realidad tangible; mas a cambio de esto él no puede ceder ni sus cualidades personales, ni su prolongada experiencia, ni la confianza que inspira. Ni siquiera puede *asegurar* a su sucesor el goce de su clientela. «En el momento de una cesión de clientela los clientes no están *en modo alguno obligados* a aceptar al sucesor designado. Pueden elegir regularmente a su médico entre los colegas en ejercicio, y por consiguiente éstos pueden aceptar sin escrúpulo convertirse en médicos de dichos clientes» (2).

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 318.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 327. «La clientela no es una trastienda de la que uno puede deshacerse como de un montón de trapos o de mercancías coloniales a cambio de dinero» (Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 152, pág. 148).

2. *Por lo demás, no es tampoco un contrato puramente aleatorio.* El médico que cede su clientela da sin duda a su joven colega *esperanzas,* probabilidades de porvenir, probabilidades tanto mayores cuanto menos artificial es la clientela y más dotado está el sucesor de ricas cualidades profesionales, morales y sociales (1). En esto el contrato es *aleatorio.*

Pero hay más. El médico que se retira cede *realidades inmediatas* muy ventajosas para el recién llegado. Se compromete a no establecerse «ni en la misma localidad ni en un radio muy extenso»; a presentar a la clientela como su sucesor al individuo de su elección, y a hacer todos los esfuerzos para procurarle esta misma clientela; finalmente a cederle, aunque esto no es esencial al contrato, todo lo que se relaciona con el ejercicio de la profesión: muebles, instrumentos, etc. (2).

Se trata, pues, de un *contrato mixto,* y no resulta excesivamente difícil determinar *las condiciones* en que la justicia será salvaguardada por una y otra parte.

567. II. Condiciones exigidas por la estricta justicia. — Las condiciones exigidas por la estricta justicia pueden reducirse a *dos:* proporción entre el precio exigido y las esperanzas dadas; fidelidad mutua en el cumplimiento de los compromisos.

1. CIERTA PROPORCIÓN. — Preciso es que haya *cierta proporción* entre el precio exigido por el médico saliente y las probabilidades de porvenir preparadas al recién llegado por las circunstancias locales (3).

«La forma de cesión *menos aleatoria*» y más conforme a la justicia «es la que fija la suma a pagar según el producto que ofrecerá *realmente* la clientela cedida, y del que darán fe los registros del cesionario. Esta suma se entrega, toda o en parte, en manos del cesionario durante un número convenido de años: tres, cuatro o cinco. De este modo el cesionario no corre riesgo alguno de pérdida, y ambos contrayentes tienen un interés igual en evitar la disolución de la clientela: el uno cumpliendo bien sus deberes de práctico, el otro ayudando del mejor modo a su sucesor» (4).

H. Verger concluye con derecho: «En tesis general, el joven médico debe ser muy *circunspecto* antes de comprar una clientela.

La ventaja tentadora de entrar de lleno en una clientela enteramente dispuesta es bastante a menudo *más aparente que real.* Y algunos sólo han encontrado una situación mediana después de haber pagado muy caras grandes esperanzas. Importa mucho saber que la confianza del cliente no se transmite a un tercero, y la compra de una clientela no es más que el primer paso y el menos difícil. El más delicado indudablemente es el de saber *conservarla* a continuación *(Précis de déontologie médicale,* pág. 175).

(1) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 307.

(2) H. Ribadeau-Dumas en P. Le Gendre: *Déontologie,* pág. 552, 1920; Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 327.

(3) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 306.

(4) *Ibid.,* pág. 307.

En la página precedente (página 306), el mismo Dechambre hace una observación llena de buen sentido: «Si debéis designar un sucesor, escogedle dotado de cualidades de espíritu y de corazón que convengan a la profesión, *sin hacer demasiado sacrificio* a la protección. Va en ello la salud de vuestros semejantes; y en esto, como en todo, es su interés principalmente el que debéis consultar.»

2. FIDELIDAD MUTUA. — La segunda condición es necesariamente la fidelidad mutua *a los compromisos* contraídos por ambas partes. Ya hemos dicho en el núm. **566** cuáles son estos compromisos.

Añadamos solamente que *para garantizar* la fidelidad mutua conviene en Francia aportar las mayores precisiones a la redacción del acta. Efectivamente, los tribunales estiman *nula* la cesión *pura y simple* de la clientela médica (1); pero juzgan *válido* el convenio (llamado cesión de clientela) por el que el cesionario contrae las obligaciones de dar, de hacer o no hacer, descritas antes. En consecuencia, «los médicos que desean deshacerse de una clientela... deben... evitar tanto como sea posible el empleo de los términos «venta» o cesión, y limitarse a precisar sus compromisos recíprocos» (2).

La cuestión de los médicos llamados «ambulantes» exige menos explicaciones.

ARTICULO III

MEDICOS AMBULANTES

568. Dos cuestiones. — Para no tener que insistir más adelante en este asunto, tratamos en seguida las dos cuestiones que conciernen a los *médicos denominados ambulantes,* aunque nada tengan de común con ciertos charlatanes, inventores por ejemplo «de un nuevo sistema para la curación de las enfermedades incurables», y, en todos los casos, obligados a «recorrer la provincia con sus aparatos, seguidos de un negrito, después de haber anunciado la fecha de su paso en todos los periódicos locales» (3).

Todo se reduce a esto: ¿puede un médico honorable tener *clientes* (primera cuestión), y puede igualmente tener un *gabinete de consulta* (segunda cuestión), en otro lugar que en su residencia habitual, y por tanto en varias localidades?

569. I. Cuestión de los clientes en varias localidades a la vez. — Sin cometer injusticia y sin derogar la dignidad profesional, un médico tratante puede tener clientes *en lugares distintos* de su residencia habitual.

Para demostrarlo vamos a proceder por grados: iremos de lo que es más evidente a lo que lo es menos.

(1) «Puesto que la confianza que inspira el médico es enteramente personal, y por consiguiente intransmisible por vía de venta, la clientela médica no puede ser cedida válidamente» (Juicio citado por Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 34).

Villepin muestra, en algunas palabras, cuán *incompleto* es este punto de vista. «La *confianza,* dice, no es la clientela como el hábito o la vecindad. Ceder una clientela no es ceder la confianza que el titular había merecido; es ceder un apoyo, una recomendación, una *probabilidad de porvenir* que el presente garantiza hasta cierto punto» (en Dechambre: *Le médecin,* pág. 310).

(2) Appleton-Salama: *Droit du médecin,* págs. 20 y sigs.

(3) Dres. Peinard y Aymard, en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 343.

1. En primer lugar, nadie negará que un médico puede tener enfermos en varias localidades distintas de su residencia ordinaria, pero *desprovistas de médico residente:* ciertamente tiene el derecho y algunas veces el deber de visitarles.

2. Suponed ahora que un práctico se establece como residente en una de las localidades en las que el médico ambulante se había creado ya una clientela. ¿Con qué derecho le impediríais conservar en esta localidad a los clientes que, a pesar de la distancia, se obstinaran en conservarle su confianza y en llamarle en sus enfermedades? Si a ningún título podéis obligarle a abandonar a antiguos clientes, legítimamente adquiridos, fuerza es confesar que un médico honesto y celoso de su dignidad puede tener una clientela en una localidad más o menos alejada de su residencia, *aunque estuviera provista de médico tratante.*

3. Demos un postrer paso. En una gran localidad, en la que existen *desde mucho tiempo antes* varios médicos residentes, un primer enfermo y luego dos, tres, cuatro, etc., *llaman* a un práctico de los alrededores, y, contentos de sus cuidados, le eligen como tratante ¿En nombre de qué principio prohibiréis que el tal práctico acepte esta alejada clientela? No encontraréis *ninguna razón sólida:* nadie, en efecto, pretenderá que los médicos establecidos en una localidad tengan sobre los enfermos de dicho lugar un derecho de *propiedad* exclusiva.

«Así pues, si el cliente conoce y acepta los inconvenientes que supone para él tener un médico tratante a varios kilómetros de su domicilio, y si por otra parte el colega intruso observa escrupulosamente con respecto a los demás colegas de la localidad los principios generales... que deben presidir a las relaciones mutuas de los médicos tratantes, no creo que pueda prohibirse a un médico tener clientes (de los que es médico tratante) en una localidad distinta de aquella en que habita...» (1).

570. II. Cuestión del gabinete de consulta en varias localidades. — Acabamos de ver que a título de médico tratante un práctico puede tener *clientes* en una o varias localidades vecinas a la suya, aunque anteriormente estuviesen provistas de médicos residentes.

La *segunda cuestión* que se plantea es ésta: ¿puede tener igualmente, para todo el que desee aprovecharse de él, un *gabinete* de consulta en el que ejerce a días y horas fijos, en una o varias localidades distantes de su residencia y provistas de médicos, por ejemplo en las localidades en las que tiene ya clientes legítimamente adquiridos? ¿Hay que permitir o por el contrario condenar el «*gabinete múltiple*»?

A esta pregunta responde el Dr. Grasset de una manera muy clara: «Desde el punto de vista de las relaciones de confraternidad y de los deberes de los médicos entre sí, *no veo razón alguna* que impida a un médico tener un gabinete de consulta en una o varias localidades distintas de la de su residencia, con tal que, por otra parte, se someta a todas las reglas de la deontología médica.»

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 303 y sigs.

Por lo demás, no se contenta con afirmar; apoya su respuesta en un *doble argumento.* No hay duda de que el médico que en tales condiciones abre un gabinete perjudica a los colegas establecidos en la localidad y les crea una competencia. Sin embargo esta competencia es *leal* y el perjuicio no es causado por *medios ilícitos.* Además debemos ser *lógicos:* si permitimos a un médico tener clientes fijos en localidades apartadas de su residencia, no podemos negarle lógicamente el derecho de tener un gabinete abierto a todo el mundo (1).

Estos dos argumentos establecen que el médico no comete *injusticia alguna,* y hace uso de su derecho, al abrir uno o varios gabinetes de consulta fuera de su residencia. Pero demuestran *menos claramente* que no haya en ello cierto ataque a la dignidad profesional, y sobre todo cierta falta de caridad o confraternidad, o cuando menos una conducta *muy propia* para sembrar entre colegas el descontento y la división. Desde este punto de vista, *no hay paridad* entre tener clientes o tener un gabinete de consulta alejados de la propia residencia. El médico local no puede disgustarse *razonablemente* porque un práctico de los alrededores acuda al *llamamiento* de los enfermos y tenga así clientes fuera de su residencia. No obstante, puede ver, *con cierta razón,* una competencia *provocadora* y casi insultante en el hecho de mantener un gabinete abierto a todos en una localidad provista ya de uno o varios médicos residentes. Este medio de *solicitar* la clientela es conforme a la justicia, pero tiende de hecho a comprometer la caridad.

Concluímos, pues, que un médico, seriamente obrero de paz, del buen acuerdo, de concordia, se guardará en esto de llegar hasta *el límite de sus derechos* y sacrificará a la unión común el «gabinete múltiple».

Para cerrar este capítulo sólo falta decir unas palabras de los médicos militares.

ARTICULO IV

MEDICOS MILITARES

571. Unica cuestión. — Considerando únicamente los principios de la deontología médica, ¿tiene un médico militar del ejército de mar o tierra el *deber riguroso* de abstenerse, cuando está de guarnición o no se halla a bordo, de toda clientela civil, y de contentarse con poner al servicio de los pobres sus ratos libres y sus conocimientos si quiere ejercer entre los civiles?

En este punto nos hallamos de nuevo plenamente de acuerdo con el doctor Grasset. «Sólo tenemos que ocuparnos — dice — del *deber profesional,* del deber que une a los médicos unos con otros. Pues bien, declaro humildemente que *no veo una sola razón* en la que pudiéramos fundar una interdicción de clientela a los médicos militares. Siendo su diploma

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 343 y sigs.

igual al nuestro, les confiere los mismos derechos con tal que acepten los mismos deberes.

Se objeta que hacen entonces una competencia, a menudo victoriosa, a los médicos civiles. Es posible. Pero todos los médicos que van a establecerse en una ciudad ya atestada de colegas hacen a los antiguos una competencia a menudo victoriosa. La competencia sólo es condenable cuando es *desleal,* cuando se basa en procedimientos *poco convenientes* o indelicados. Ahora bien, no ocurre así en este caso».

Igualmente, si el médico militar tiene *algunas ventajas especiales,* por ejemplo los ingresos asegurados, el prestigio del uniforme y de los galones, ¡«cuántos *motivos de inferioridad*» resultan de su situación! «En medio de un parto le será preciso acudir a un servicio militar; cuando conocerá a fondo el temperamento de una familia le cambiarán de guarnición»...

El Dr. Grasset *concluye* que «si los médicos militares deben ser privados del derecho de ejercer la medicina civil, ello será por decisión de la autoridad militar o de los mismos clientes, pero no por el cuerpo médico fundándose en las reglas de la deontología confraternal» (1).

El Dr. Le Gendre no combate esta opinión. Solamente le parece deseable que *en las actuales circunstancias* la autoridad militar prohiba «a los médicos militares dar consultas retribuídas» (2).

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 325 y sigs.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 423, 1931.

CAPITULO XXVII

RELACIONES DE LOS TRATANTES Y DE LOS CONSULTANTES

572. Triple cuestión. — Ya hemos tratado de las consultas médicas en el capítulo XI, n. **152** y sig. No hay que insistir ni en los deberes del médico tratante ni en la manera de efectuar la consulta. Sólo tenemos que *completar* lo que concierne a los deberes y derechos del *consultante.*

Diremos cuál debe ser su conducta en *tres circunstancias:* si el médico tratante no acude a la cita; una vez terminada la consulta; si se decide una intervención operatoria en el curso de la consulta.

573. I. Deberes y derechos del consultante *que no encuentra al tratante a la hora fijada.* — ¿Qué debe hacer el consultante si, con gran sentimiento suyo, no encuentra al médico tratante?

El Dr. Grasset responde a esta pregunta con una distinción muy sencilla y muy práctica.

1. «El médico consultante *debe* retirarse sin examinar al enfermo siempre que la consulta tenga lugar *en la ciudad en que reside el consultante.*

2. Si el consultante ha sido llamado *lejos de su residencia, puede* examinar al enfermo sin su colega; pero no indica en nada su manera de ver, no formula nada y escribe al médico tratante para comunicarle su diagnóstico y las prescripciones que propone» (1).

Se ve que esta línea de conducta está indicada por la *diversidad de las circunstancias.* Si el consultante reside en el mismo lugar, podrá volver fácilmente, sin muchos gastos más para la familia, y del mejor modo para los intereses del enfermo, que se beneficiará de una verdadera consulta. Si está *lejos de su residencia,* él mismo juzgará lo que le conviene hacer; a veces lo mejor será examinar al enfermo sin su colega.

574. II. Deberes del consultante después de la consulta. — Terminada la consulta los deberes del consultante son muy claros: no puede, sin traición, *suplantar* a su colega en el papel de médico tratante; además debe prohibirse todo lo que tendería a *disgustar* a su colega, y por tanto no deberá volver a ver al enfermo; no obstante, siendo el gabinete

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 333.

de consulta un terreno neutro, conserva plena libertad de recibir en él al enfermo a cuya casa ha sido llamado en consulta (véase no obstante el número 578).

La asociación de médicos de la Gironde ha expresado con gran precisión los dos deberes que acabamos de enunciar.

1. No SUPLANTAR. — «El médico llamado en consulta no debe» o más bien no puede, «bajo pretexto alguno, aceptar la sucesión de su colega y la *continuación del tratamiento* de la enfermedad en cuyo curso ha sido llamado. Más tarde, y terminada la enfermedad, *queda en libertad* de sus actos» (1).

Preferimos con mucho esta fórmula suavizada, que se encuentra por doquier, a la fórmula demasiado rígida y demasiado absoluta del doctor Grasset, que prohibe *para siempre* al médico consultante convertirse en médico tratante del enfermo visitado por él en consulta. «En ningún caso — dice — puede un médico llegar a ser tratante en una casa a la que ha sido llamado como consultante (*a no ser que muera el tratante*). El cliente puede cambiar de médico, y entonces el consultante puede continuar acudiendo en consulta con el nuevo médico ordinario» (2). Resultaría difícil establecer que las «leyes más sagradas de la confraternidad» exigen una obligación tan rigurosa: estas leyes son respetadas «no pudiendo aceptar nunca el consultante la sucesión de su colega *en el curso de la misma enfermedad*, aguda o crónica» (3).

2. No DISGUSTAR. — «El médico que ha sido llamado en consulta no deberá, espontáneamente o por simple deseo de la familia, *ver de nuevo al enfermo* en el curso de la enfermedad y en ausencia del colega que dirige el tratamiento. Unicamente una llamada de urgencia justificará una excepción a esta regla formal» (4).

Faltaría a esta regla si volviera a la casa en ausencia del tratante, «*incluso para saber noticias del enfermo*, a menos que el médico ordinario le hubiera invitado o autorizado formalmente a ello» (5).

575. III. Derechos y deberes mutuos en caso de operación. — Nos limitaremos a citar al Dr. Grasset, que plantea claramente la cuestión y la resuelve con su lucidez acostumbrada.

«*¿Quién debe presidir*, quién debe manejar el bisturí o el fórceps, si en la consulta se ha decidido una intervención operatoria (quirúrgica u obstétrica? ¿El tratante o el consultante?

El problema no me parece soluble con una regla única y general.

1. En ciertos casos *se conviene de antemano* entre el tratante y la familia que *sólo* se pedirá al consultante *su opinión*, y que si se decide una operación será practicada siempre por el tratante: en este caso, nada más

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 335.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 334.
(3) *Ibid.*, pág. 335.
(4) *Ibid.*, pág. 335.
(5) *Ibid.*, pág. 334.

sencillo. Unicamente será oportuno que antes de la consulta el tratante advierta de este convenio al consultante.

2. *Si nada se ha convenido previamente* entre el tratante y la familia, el tratante y el consultante *deben decidirlo entre sí* en la conferencia secreta de la consulta. Y entonces, al mismo tiempo que se comunica a la familia la decisión relativa a la oportunidad de una intervención quirúrgica, se le propondrá el nombre del colega que deberá presidirla.

3. En todo caso, la *última palabra* corresponde siempre en último análisis a la familia, que queda en libertad de elegir como operador *a quien mejor le parezca*» (1).

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 335.

CAPITULO XXVIII

GABINETES DE CONSULTA

576. Doble cuestión. — Examinaremos en este capítulo cuáles son respecto a sus colegas, y sobre todo respecto a los médicos tratantes, los *derechos* y *deberes* de los médicos que dan consultas en su *gabinete* a horas y días fijos.

¿*Están autorizados* a recibir a todos los enfermos que se presenten y pueden dar consultas gratuitas?

¿Tienen para con el médico tratante el deber de *evitar* ciertos procedimientos? ¿Exigen el interés del enfermo y las conveniencias de confraternidad que *adopten* ciertas precauciones? En una palabra, ¿cuáles son sus deberes *positivos* y *negativos*?

No hay por qué insistir en la cuestión del «gabinete múltiple» (n. **570**).

ARTICULO PRIMERO

DERECHOS DE LOS CONSULTANTES EN SU GABINETE

577. I. Derecho de cuidar indistintamente a todos los enfermos. — Según confesión de todos, el gabinete de consulta es un «*terreno neutro*», en el que el médico puede, con ciertas condiciones, dar *cuidados* y *consejos* a *cuantos* los reclamen, aunque en aquel tiempo estuviesen en manos de un médico tratante.

Este principio es *plenamente exacto*, y puede añadirse que *universal:* no admite excepciones o en todo caso admite muy pocas.

1. JUSTIFICACIÓN DEL PRINCIPIO. — Sin faltar a la justicia o a la caridad, un médico puede dar en su gabinete cuidados y consejos médicos a *todos* los que se presenten.

1.° *No falta a la justicia:* por una parte, un enfermo, aunque estuviera en tratamiento, conserva el *derecho estricto* de dirigirse a cualquier práctico; por otra parte, ningún médico se compromete por *contrato* a cerrar su gabinete de consulta a los clientes de sus colegas.

2.° *No falta a la caridad confraternal:* puesto que la caridad no obliga a sufrir un grave daño, ningún médico está regularmente obligado a hacer, *con gran detrimento suyo*, distinción entre los enfermos que reciben y los enfermos que no reciben los cuidados de algún médico tratante. Por lo demás, esto le sería imposible con frecuencia: un enfermo en tratamiento no vacilaría en responder que no tiene médico ordinario.

El principio es, pues, indiscutible. Fáltanos determinar si tiene excepciones.

2. UNIVERSALIDAD DEL PRINCIPIO. — 1.° Los médicos del Aveyron enuncian la *excepción siguiente:* «Si el enfermo que se presenta es portador de un apósito aplicado por un primer médico para una afección quirúrgica (fractura, luxación, herida por arma de fuego, etc.), el segundo *debe negarse* a levantar este apósito, y no consentirá en prestar sus cuidados a este enfermo sino de concierto con el primer médico llamado» (1).

¿Qué pensar de esta excepción? Formulada en estos términos, parece *demasiado absoluta*. Admitimos que un médico debe, aun en su gabinete, negarse a levantar *definitivamente* un aparato aplicado por un colega, aunque estuviera persuadido de que es nocivo para el paciente (2). Pero el Dr. Grasset tiene razón al preguntarse «si no está permitido a un cirujano examinar una herida en su gabinete, *con tal que* pueda examinarla y vendarla luego con todas las precauciones requeridas» (3). Nada hay que prohiba este examen seguido de un nuevo vendaje o de una aplicación del mismo apósito.

2.° Encontramos una *segunda excepción* en el Dr. Le Gendre: «En la práctica ocurre naturalmente que el enfermo trata de ser cuidado ulteriormente por el especialista *que le ha visto en consulta en su propia casa*. Este especialista no puede negarle sus cuidados en su gabinete; pero debe ser a título *excepcional* y *con la condición* de que el médico tratante esté al corriente de esta situación y la apruebe» (4).

Esta es una regla de *gran prudencia* y muy útil al enfermo si no ha roto completamente con su médico habitual, quien tiene la ventaja de ser a la vez *consejero* y *tratante*, mientras que el consultante es únicamente *consejero:* por lo común un *doble* tratamiento sólo podría serle perjudicial (núm. **580** y sig.). Añadimos también que un médico llamado en consulta al domicilio de un enfermo no podría, *en el curso de la misma enfermedad*, aceptar *en su gabinete la sucesión* del médico que le ha solicitado: esto sería cometer un acto de gran indelicadeza y de mala confraternidad (5). Mantenemos, no obstante, que sin ver al médico tratante, puede en rigor, *cuando menos una vez*, ver en su gabinete al enfermo que le consulta.

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 339.

(2) También podría y *debería* quitarlo, si el aparato es seguramente nocivo, *después* de haber intentado vanamente convencer al médico tratante.

(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900*, pág. 339.

(4) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 420, 1931.

(5) *Si fuesen permitidos semejantes procedimientos*, redundarían casi fatalmente en detrimento de los enfermos de *afecciones crónicas*, y en estado de visitar regularmente al médico consultante. Para no correr el riesgo de perder un buen cliente, el tratante estará *tentado* de desaconsejar una consulta muy útil.

3.º Las *otras dos excepciones* que propone el Dr. Le Gendre están enteramente fundadas y no exigen ninguna explicación: conviene solamente interpretarlas con cierta extensión. Helas aquí:

«Cuando un especialista ha dirigido un enfermo a un colega de la misma especialidad *para conocer su opinión,* el segundo debe limitarse a redactar una consulta que remite al enfermo, o que hace llegar directamente al colega si conviene que el enfermo no se entere de ciertas particularidades (gravedad del pronóstico, por ejemplo). El especialista *así consultado* no debe, bajo ningún pretexto, recibir ulteriormente al enfermo ni emprender su tratamiento sin el consentimiento del primer colega.

Si un médico tratante no especialista ha dirigido el enfermo a un especialista *con el único objeto de conocer su opinión,* éste último no debe aceptar tampoco encargarse del tratamiento sin haber sido invitado a ello por el colega remitente. Si éste ha pedido al especialista *que se haga cargo del tratamiento,* el especialista deberá informar de tiempo en tiempo a su colega sobre el curso de la enfermedad y los resultados obtenidos» (1).

578. II. Derecho a dar a todos consultas gratuitas. — ¿Tiene el médico *derecho* a dar a veces a *todos* consultas absolutamente gratuitas en su gabinete *o en otra parte?*

Las palabras «en su gabinete *o en otra parte*» indican con bastante claridad que esta cuestión *rebasa* los límites del presente estudio. Como dice finamente Grasset, «la *pequeña* cuestión de las consultas gratuitas en el gabinete contiene la *gran* cuestión de las policlínicas y dispensarios y las consultas gratuitas en los hospitales» (2).

Para evitar toda mala interpretación conviene, antes de llegar a la solución, precisar netamente la cuestión por resolver.

Suponemos que el *objeto* del médico es *honrado,* si bien puede ser *múltiple:* así el médico que da consultas gratuitas a todo el mundo puede proponerse ejercer la caridad para con sus semejantes, «ver más enfermos, aumentar el precio de sus consultas en los demás días, recoger una mayor enseñanza clínica... (3).

Suponemos igualmente que los *medios* puestos en práctica no son contrarios a la dignidad profesional, y, por ejemplo, que las consultas gratuitas no son «la ocasión de anuncios, de reclamos, de elogios públicos y pagados en los periódicos...» (4).

Suponemos finalmente que se trata de consultas *absolutamente gratuitas* y no de *medicina a precio ínfimo,* en oposición con los compromisos contraídos o por lo menos con las costumbres establecidas.

En las condiciones que acabamos de enunciar, y *a pesar del tuerto* que ocasiona involuntariamente a sus colegas, ¿puede un médico honorable,

(1) Dr. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 420 y sigs., 1931.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 345.
(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 346; Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 298.
(4) Dr. Grasset: *loc. cit.,* pág. 346.

sea o no *especialista,* sin faltar a sus *deberes profesionales,* dar a días y horas fijos, en su despacho *o en otra parte,* consultas estrictamente gratuitas, y darlas *a todos* sin preocuparse de distinguir los verdaderos de los falsos indigentes? He aquí la cuestión con todos sus matices y en toda su complejidad.

A esta pregunta responde sencillamente el Dr. Grasset: «Me parece que el médico puede dar sin felonía consultas gratuitas», en su despacho *o en otra parte,* «aun cuando las solicitaran falsos indigentes, lo cual es muy difícil evitar en el hospital e imposible en el despacho...» (1).

Se está más en lo cierto, al parecer, si se toma el trabajo de distinguir el *derecho estricto* y las *precauciones deseables,* aun desde el punto de vista de las relaciones entre colegas.

1. Derecho estricto. — Al dar a todos consultas gratuitas el médico usa de su derecho: no viola la *justicia,* y, hablando rigurosamente, no falta a la *caridad* entre colegas.

1.º *No viola la justicia,* aunque ocasiona, sin quererlo, cierto *perjuicio* a sus colegas.

«Admito este perjuicio — dice el Dr. Grasset —, pero no hago de él una *objeción* a lo propuesto. Hay muchas prácticas por las cuales un médico perjudica a sus colegas y que son, sin embargo, permitidas por la deontología más rigurosa. Sólo la deslealtad en los medios hace reprensible la competencia» (2).

2.º *La caridad está asimismo a salvo:* un médico deseoso de aliviar las miserias de sus semejantes y de completar su formación no está estrictamente obligado, a título de caridad, *a privarse de una gran ventaja* renunciando, en beneficio de sus colegas, a un excelente medio de aumen-

(1) Dr. Grasset: *loc. cit.,* pág. 346.
Si se pone en uno de los platillos de la balanza el bien que un médico caritativo puede hacer con sus consultas gratuitas, y en el otro el perjuicio, no querido pero permitido, que resulta para los colegas, se verá la bella inclinación del primer platillo. Tomemos un *ejemplo* de *Maurice de Fleury.*
«He conocido, he amado a *Norbert,* que fué mi primer maestro. Era en mi ciudad natal profesor de la Facultad de Medicina y médico de los hospitales. Nacido de una antigua familia noble y perfectamente arruinada, no se podía decir que despreciara el dinero. Pero no pensaba en él, y vivía al día como si nada en este mundo hubiese sido más inútil. Naturalmente, sin afectación alguna; ni siquiera tenía conciencia de lo que era. *Norbert,* su mujer y tres hijos vivían de los 500 francos mensuales que le daba su cátedra y de 225 francos que le suministraba no sé qué servicio de higiene pública. Excelente médico, sabio terapeuta, *Norbert* nunca había querido doblegarse a las pequeñas esclavitudes de la clientela lucrativa. Pero dedicaba toda la mañana a su servicio del hospital: era perfectamente feliz entre sus discípulos y enfermos.
Se le veía por las tardes vestido con levita pasada de moda, sombrero de copa y corbata blanca, siempre a pie, arrastrando algo los pies por las demasiado largas calles de la ciudad demasiado grande. Volvía a su casa por la noche con el cuerpo cansado y el bolsillo vacío.
Esta vida que llevaba no se comprendió bien sino en el día de su entierro. Detrás del féretro, después de sus colegas de los hospitales y de la Facultad, seguían los estudiantes en masa, que llevaban en el corazón el duelo de este buen maestro, benévolo como un padre. Y luego seguía una multitud de gente pobre, *toda una calle llena de pobres,* que lloraba literalmente al hombre de gran corazón que siempre les había cuidado como si fuera un placer para él» (*Le médecin,* págs. 68 y sigs.).
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 345 y sigs.

tar considerablemente su experiencia clínica. No está obligado, para librarse de los falsos indigentes, a tomar, con riesgo de apartar a los «pobres vergonzosos», precauciones *de delicado manejo* y que exigen una continua vigilancia. Añadimos, sin embargo, que estas precauciones son *muy deseables*.

2.° PRECAUCIONES DESEABLES. — El médico conciliará todos los intereses, el suyo propio primero, luego el de los enfermos dignos de compasión, y finalmente el interés de los colegas, si se aplica, por medios apropiados, a no admitir en sus consultas gratuitas *sino a los verdaderos pobres,* incluso, sin embargo, a los obreros y empleados de escaso sueldo que tan difícilmente pueden remunerar al médico.

Hay que confesar que esta medida es *muy deseable;* y el Dr. Peinard no está enteramente desprovisto de razón cuando deplora «las consultas externas gratuitas dadas tan liberalmente por los mejores de nuestros médicos en los hospitales civiles de París y de las principales ciudades de Francia, no solamente a los indigentes, lo que es muy natural, sino a los *falsos indigentes,* es decir, a toda una categoría de personas que se encuentran *perfectamente* en estado de pagar las consultas al médico...» (1).

Si el médico exigiera un atestado de alguna asociación caritativa, o de alguna persona honorable bien conocida por su lealtad, podría eliminar gran número de estos falsos indigentes, lo que no parece tan *imposible* como dice el Dr. Grasset.

Concluyamos, pues, que el médico hará obra laudable, si no obligatoria, al dar, *con conocimiento de causa,* consultas gratuitas en su despacho o en otras partes.

ARTICULO II

DEBERES DE LOS CONSULTANTES EN SU DESPACHO

579. I. Deberes negativos. — El médico que da consultas en su gabinete debe *evitar* ciertos actos y *proponer* ciertas acciones bien determinadas: tiene deberes *negativos* y deberes *positivos*.

Sus deberes *negativos* se reducen a dos: debe prohibirse toda crítica y toda substracción de cliente

1. NADA DE CRÍTICAS. — El médico consultado en su despacho está obligado a emplear la mayor circunspección para no perjudicar la reputación del médico ordinario: «debe abstenerse rigurosamente de *toda apreciación desfavorable* al tratamiento prescrito por el médico tratante» (2).

2.° NADA DE SUBSTRACCIÓN DE CLIENTES: Si el despacho de consulta fuera un terreno *absolutamente* neutro, es decir, un terreno en el que el médico pudiera cuidar, aun habitualmente, a *todos* los enfermos *sin distinción*

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 345.
(2) *Association des médecins de la Gironde,* en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* página 339.

ni excepción alguna, no podría hablarse de substracción reprensible de cliente en tanto un médico se contentara con tratar *en su despacho* al cliente de un colega.

Pero hemos demostrado que la neutralidad del despacho *no es absoluta:* comprende un pequeño número de excepciones (núm. 577, 2). Por consiguiente habrá *substracción de cliente,* y substracción reprensible, si el consultante no tiene en cuenta estos *casos excepcionales* en los que su libertad de acción se encuentra restringida por los respetos que debe, a título de caridad, ora al médico tratante por el que ha sido precisamente invitado a una consulta en la cabecera del enfermo, ora al especialista o a cualquier otro que le envía un enfermo únicamente para saber su opinión. Hemos expuesto antes estos casos excepcionales (núm. 577, 2).

580. II. Deberes positivos, o mejor, principio general que preside los deberes positivos. — El principio general que preside los deberes positivos del médico consultante puede enunciarse en estos términos: cuando varios prácticos prestan, con títulos diversos, sus cuidados al mismo paciente, interesa al enfermo en primer lugar, y luego a los médicos, que haya entre ellos *unidad de acción,* unidad de tratamiento, y, por lo tanto, *acuerdo completo.* Nada más exacto si se trata de una enfermedad que afecta a todo el organismo. Pero es igualmente cierto, por lo menos de ordinario, si la afección está localizada en un órgano determinado, por ejemplo en los ojos, oídos, estómago, etc. «El interés del enfermo estriba siempre en que su médico habitual juzgue las repercusiones del estado general sobre las localizaciones y recíprocamente, y que no ignore los consejos y las intervenciones del especialista» (1).

El médico tratante y el que da consultas en su despacho deben, pues, en tanto sea posible, *actuar de concierto* y relacionarse continuamente. Por lo tanto, el papel casi indispensable del médico tratante es el de «*centralizar* las diversas consultas que el enfermo crea conveniente obtener de diversos lados» (2).

Queda por ver cómo puede realizarse prácticamente esta *acción común.*

581. III. Aplicación del principio. — Diremos lo que el interés del enfermo y las conveniencias entre colegas imponen al médico tratante y al médico consultor antes, durante y después de la consulta dada en su despacho por tal o cual práctico.

1. ANTES DE LA CONSULTA. — Corresponde a los *dos médicos,* tratante y consultor, *preparar las vías* para el esfuerzo común.

«Advertido de la intención de su cliente de visitar a un colega en su gabinete, el *médico tratante* debe *darle* una carta detallada o algunas palabras de introducción en su tarjeta, según la importancia y naturaleza del caso», a no ser que estime más oportuno dirigir *directamente* la carta al colega.

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 420 y sigs., 1931.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 349.

Por su parte el consultor recomendará en general a los enfermos «que nunca vayan a consultarle en su despacho *sin haber prevenido* a su médico ordinario» (1).

2. DURANTE LA CONSULTA. — «El médico consultado en su gabinete debe *comenzar* siempre por preguntar al cliente quién es su médico, si tiene carta que entregarle, y advertir al cliente que deberá remitir la nueva consulta a su médico ordinario, y no ejecutar nada sin asentimiento previo del médico tratante» (2).

Después de esta advertencia el consultor se rige *por las respuestas del enfermo.*

1.° El enfermo está en su derecho si prefiere que no se tenga al corriente a su médico ordinario. Sin embargo, es necesario «*advertirle enérgicamente* que nada es más perjudicial para un enfermo, y antimédico, que consultar a varios médicos separadamente unos de otros para escoger luego la consulta que más le plazca» (3). Conviene añadir que «el médico habitual y el especialista puestos en relación pueden comunicarse informes muy útiles y facilitar el tratamiento por el concurso de sus cuidados» (4).

2.° Si el enfermo accede sin resistencia o después de resistencia al caritativo consejo del consultor, éste redacta y entrega al cliente una *consulta escrita,* debajo de la cual inscribe con todas sus letras: «para someter al médico de cabecera». Cuando la prudencia lo permita, pone en la parte superior de esta consulta «su *diagnóstico detallado* (en una línea o dos que señalen los puntos importantes).

En muchos casos, por el contrario, el consultor sólo entrega al enfermo sus *prescripciones detalladas,* y *escribe directamente* al médico tratante su diagnóstico y su pronóstico, añadiendo las consideraciones que juzgue oportunas» (5).

3. DESPUÉS DE LA CONSULTA. — «El médico ordinario, al recibo de la consulta, la pone en ejecución y vigila su aplicación.

Sin embargo, si fuera contraria completamente a su modo de ver, puede aplazar su ejecución con un pretexto cualquiera, y entrar en correspondencia con el médico consultor. En todo caso el médico tratante conserva el derecho de modificar las dosis o la naturaleza de los medicamentos prescritos, según las indicaciones de cada día» (6).

(1) *Ibid.*, pág. 340.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 340.
(3) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 340.
(4) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 420, 1931.
(5) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* págs. 340 y sigs.
(6) *Ibid.*, pág. 341.

CAPITULO XXIX

DE LOS MEDICOS DE BALNEARIOS CON SUS COLEGAS

582. División. — *Dos cuestiones* serán objeto de este capítulo, que se divide naturalmente en dos artículos.

En el primero examinaremos cuáles *deben ser,* para el mayor bien de los enfermos y del cuerpo médico, las relaciones mutuas de los médicos tratantes y de los médicos de balnearios.

En el segundo artículo investigaremos muy brevemente cuáles *deben ser* las relaciones de los médicos de balnearios entre sí.

Será inútil exponer aparte los principios que deben presidir a las relaciones de los *especialistas* con los médicos tratantes entre sí. En el capítulo precedente (n. 577, 2) hemos dicho lo necesario.

ARTICULO PRIMERO

RELACIONES DE LOS TRATANTES Y DE LOS MEDICOS DE BALNEARIOS

583. I. Principio general. — Las relaciones mutuas de los médicos tratantes y de los médicos de balnearios, tan numerosas en la actualidad, están sometidas casi a las mismas reglas que las relaciones mutuas de los médicos tratantes y de los consultores en su despacho (n. 579 y sig.).

Aquí también lo que importa principalmente es *la unión de los esfuerzos en la distinción de las atribuciones.* El bien de los enfermos, no menos que la buena confraternidad, reclama que el médico tratante no deje de ser médico tratante, y que el médico de balneario se contente con ser médico de balneario.

El Dr. Janicot, que ha comprendido muy bien este punto de vista, ha especificado muy netamente la *situación* de un médico de balneario *con respecto a los médicos tratantes* que le envían sus enfermos y se los confían, por decirlo así, en depósito. «La regla—dice—quiere que nosotros (los médicos de balnearios) no perdamos nunca de vista que vosotros nos enviáis vuestros enfermos para modificar una enfermedad cualquiera *por las aguas minerales y no de otro modo...* No debemos olvidar nunca *lo que caracteriza esencialmente* la situación de un médico de balneario respecto a los co-

legas que le envían *sus* enfermos. Esta situación es en todos los casos, y sean cuales fueren las personas, la de un *colaborador* encargado de una misión *especial* porque dispone de un recurso terapéutico *especial,* que empleará como bien le parezca, pero de una misión *temporal,* estrechamente ligada por la naturaleza de las cosas al empleo de este recurso terapéutico *especial,* sin el cual nunca habría conocido a vuestros enfermos. Todo médico de balneario que no lo comprenda así, y se conduzca en consecuencia, trabaja en su propia pérdida, nos desconsidera en bloque, nos perjudica, *se sale de su papel* y de su misión» (1).

De este principio bien comprendido se deducirán fácilmente diversas *aplicaciones* que precisan el papel respectivo del médico tratante y del médico de balneario.

584. II. Papel del médico tratante. — Diremos cuáles son las atribuciones del médico tratante antes, durante y después de la estación de aguas.

1. *Antes.* — El médico tratante está reducido a la impotencia si alguno de sus enfermos no le consulta, o le consulta por fórmula, y se decide según las sugestiones de la familia o simplemente de sus lecturas.

Es lo que ocurre con demasiada frecuencia. «Ya no vienen a preguntarnos: «Doctor, ¿estaría indicada una estación termal para mi enfermedad y a qué estación debo dirigirme?» Os dicen: «Tengo la intención de ir a X para tomar las aguas: ¿ve usted algún inconveniente?» Y si emitís dudas o hacéis algunas salvedades sobre la eficacia de la estación de que os hablan, se prescinde de ellas simplemente. Ni siquiera se os habla del médico al que el enfermo va a confiarse: conocemos al Doctor Fulano; le encontré en sociedad el invierno pasado; me lo presentó uno de mis amigos. He leído que era necesario dirigirse a este doctor X. en..., etc.» (2).

Pero *supongamos* que el médico ordinario es quien toma la iniciativa de enviar a un balneario a uno de sus enfermos, o que ha habido por parte del cliente una consulta seria.

En este caso el médico tratante tiene que hacer *tres cosas:* escoger la estación más útil para el paciente; dirigir a su enfermo a uno de los médicos de la estación; transmitir a este médico, encargado de dirigir la cura, todos los informes útiles.

1.° *Elección de la estación.* — Para estar en condiciones de escoger a conciencia la estación termal verdaderamente «indicada» en el caso, el médico tratante aprovechará todas las ocasiones para informarse, *incluso las visitas* que los médicos de las estaciones termales suelen hacer cada año a sus colegas. «Cada año, por la primavera, vendrán a veros y a exponeros muy amablemente los recursos de la estación termal a la que pertenecen, las enfermedades que en ellas se tratan, los nuevos procedimientos terapéuticos. Estas visitas tienen *ventaja* para los dos colegas que se ven. El médico de balneario podrá lograr algunos clientes; el médico tratante, que no tiene la posibilidad de conocer todas las estaciones termales, se informará sobre las indicaciones y la instalación de tal o cual fuente mineral» (1).

(1) Citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 348.
(2) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 43.

2.° *Elección del médico.* — «Cuando un médico ha prescrito una estación de aguas minerales a un enfermo, tiene el *derecho estricto* de trazarle en detalle el tratamiento que habrá de seguir. Pero en la casi totalidad de los casos no debe obrar así; debe enviar su enfermo a uno de los médicos de la estación» (2).

Escogerá, en tanto sea posible, a un práctico que posea una seria instrucción médica general unida a un *triple hábito:* el hábito de examinar cuidadosamente al enfermo antes de someterlo al tratamiento; el hábito de vigilar atentamente el curso de la cura; el hábito de prevenir, gracias a una experiencia de varios años, los incidentes morbosos que entre manos inexperimentadas surgen tan fácilmente en el curso del tratamiento.

Los dos primeros hábitos son *indispensables.* El tercero es *muy precioso:* al decir de un médico que ejerce hace ya treinta años, sólo un largo manejo personal de los recursos termales da las *calidades clínicas* que previenen las crisis penosas: «el arte de dosificar, de lograr la mejoría por una progresión metódica y casi insensible, que no se encuentra en los libros, puesto que nunca se han podido describir los innumerables matices individuales de la evolución clínica y de las reacciones terapéuticas». Añade: «Cuando he podido comprobar por mí mismo *durante tres estaciones* un número bastante elevado de evoluciones de curas, me he encontrado, sin darme cuenta, *dueño de mi instrumento termal,* y a partir de este día he tenido cada vez menos decepciones» (3).

3.° *Observación detallada sobre el enfermo.* — El médico tratante que dirige uno de sus enfermos al médico de balneario entrega a su cliente, no solamente una *carta de introducción,* sino una *observación,* «más o menos detallada según los casos, en la que expone, con su diagnóstico, los motivos que han determinado la elección de esta estación. Añade los detalles que crea útiles para la organización del tratamiento...» (4).

No siempre es superfluo «un resumen del carácter del paciente que pueda guiar el lenguaje o la vigilancia del médico del balneario».

Si hay que ocultar algunas circunstancias es preciso escribir *directamente* al médico del balneario o confiar la carta secreta a la persona que acompaña al enfermo (5).

2. DURANTE LA ESTACIÓN DE AGUAS. — Mientras dura la cura, el médico tratante *no tiene que intervenir* si, como la prudencia lo exige, ha

(1) Etienne Martin, pág. 42.
(2) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 347.
(3) Citado en P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 439, 1931; véase también páginas 434 y sigs.
(4) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 347.
(5) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 435, 1931.

dirigido a su enfermo a uno de los médicos de la estación. El médico del balneario instituye y dirige el tratamiento durante la permanencia del enfermo en la estación; durante este tiempo *substituye enteramente* al médico ordinario, del que posee todos los derechos y deberes» (1).

3. Después de la estación. — En el curso del año el médico tratante recobra la dirección de su cliente. Pero *tendrá en cuenta las indicaciones* del médico del balneario, que puede dar a su cliente temporal, antes de su partida, «consejos de higiene, de dietética, apropiados a su caso, y las indicaciones correspondientes al uso a domicilio de las aguas que acaba de tomar en su manantial, si se trata de aguas minerales de uso interno» (2).

585. III. Papel del médico de balneario antes, durante y después de la cura. — Para más claridad seguiremos el mismo orden que en el número precedente.

1. Antes de la cura. — Se presentan *dos casos,* según que el enfermo vaya a tomar las aguas *sin* haber consultado o *después* de haber consultado a su médico ordinario.

1.° Si los enfermos *no han tomado consejo* de su médico tratante, «el médico de la estación al que se dirigen hará bien en *expresarles su sentimiento* por el hecho de que lleguen sin los informes preciosos que hubiera podido suministrar su médico habitual, y deberá redoblar la atención en el examen clínico y la investigación de los conmemorativos» (3).

Pero su tarea para con estos enfermos será muy fácil si el examen clínico revela que otra estación mucho más indicada, o incluso que el tratamiento termal está formalmente contraindicado: en la primera hipótesis dirigirá el enfermo a la estación más apropiada; en el segundo le disuadirá de emprender la cura.

2.° Si el enfermo *ha tomado consejo* de su médico habitual, el del balneario se hace entregar la carta que el tratante redactó a este objeto.

Pero en este caso la doble hipótesis que acabamos de señalar pone al médico de balneario en una situación muy delicada. *¿Qué hará* si el médico tratante ha cometido un error, es decir, si otra estación está mucho más indicada, o si el tratamiento termal está formalmente contraindicado?

«La cuestión — dice Grasset — es *teóricamente* fácil de resolver. El médico de balneario es entonces una especie de consultante obligado *a reformar* el diagnóstico y el tratamiento del médico tratante: debe obrar y prescribir según su conciencia» *del mejor modo* para los intereses del enfermo. «Unicamente debe saber encontrar una fórmula que salve del descrédito a su colega: modificación de las indicaciones, nuevos incidentes...» (4).

(1) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 347.
(2) Dr. Janicot, citado en Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 348.
(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 435, 1931.
(4) Dr. Grasset: *Congr. intern. de 1900,* pág. 349.

Omitimos la frase siguiente: «No se debe mentir por prescripción, pero se puede mentir por motivos.» *Nunca* se puede mentir. Pero, a decir verdad, no hay en esto mentira (Supra, números **118** y sigs.).

En la *práctica* el punto más delicado «será el de hacer saber al colega que se había inspirado en falso o que había observado mal a su cliente. Casi siempre puede dejársele el beneficio de la hipótesis de una lesión latente en la época de su examen y que por una evolución rápida se habría hecho perceptible en algunos días; por otra parte, así ocurre algunas veces» (1).

En todos los casos, es decir, tanto si el enfermo ha consultado como si no ha consultado a su médico ordinario, el médico de balneario puede suministrarle, además «de las indicaciones necesarias para el cumplimiento del tratamiento», *informes extramédicos* relativos a su instalación, al empleo del tiempo no ocupado por la cura, a las distracciones que no podrían perjudicar. Sin embargo, es necesaria mucha prudencia en esto. La mayoría de las veces es preferible esperar a que el cliente interrogue; e incluso entonces hay que evitar «dar la impresión de que se hace propaganda en favor de un hotel o de un propietario» (2).

Una última observación de utilidad. Si el enfermo pregunta qué beneficios puede esperar de su estación termal, el médico de balneario no se permitirá exagerar nada, y se guardará de predecir una mejoría instantánea. «Aparte de una expulsión calculosa, o de alguna otra crisis favorable que puede manifestarse en el curso de la cura, o de un trastorno neuropático que se beneficia de la sugestión, *en la mayoría de los casos* la cura no hace sino *provocar* modificaciones fisiológicas en el funcionamiento de los grandes órganos, y los resultados de estas modificaciones pueden no ser aparentes hasta transcurridas algunas semanas, cuando no meses. Acontece incluso en las curas enérgicamente «perturbadoras», por consiguiente las más potentes, que los *primeros efectos aparentes* sean una fatiga o una exacerbación dolorosa» (3).

2. Durante la cura. — Durante todo el período de la estación, el médico de balneario desempeña el papel de médico tratante, pero de tratante que pone en práctica *particularmente* el recurso terapéutico *especial* de que dispone.

1.° *Tratante.* — «En el curso de la cura el médico debe seguir regularmente los efectos del tratamiento y variar sus prescripciones según los resultados comprobados. Si sobreviene un incidente que obligue al enfermo a quedarse en su habitación, el médico se ve forzado a veces a interrumpir la cura para dejar evolucionar la crisis. Por esto es prudente combatir el prejuicio tradicional, y decir a menudo a los enfermos que debe tenerse siempre en cuenta la eventualidad de una prolongación de la cura...» (4).

2.° *Práctica de recursos especiales.* — El médico de aguas empleará *particularmente* el recurso terapéutico *especial* que le suministra la naturaleza. Por esto el Dr. Grasset exhorta «a los médicos de aguas (aunque en esto tienen el derecho absoluto de hacer lo contrario) a no practicar a

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 442, 1931.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* pág. 440, 1931.
(3) *Ibíd.,* pág. 437 y sigs.
(4) *Ibíd.,* pág. 439.

clientes, sobre todo de los pequeños y de los humildes, la más preciosa de las recompensas, tiene en justicia el *derecho estricto* de vivir de su profesión, el derecho de vivir conforme a su condición, y por lo tanto, honorablemente, el derecho de hacer vivir de ella a su familia: es decir, que el *derecho natural* le autoriza a percibir, y en caso necesario a reclamar, el pago de justos honorarios (1).

Nada más evidente, «pues a fin de cuentas todos los seres humanos son iguales por naturaleza; nadie está, pues, obligado a trabajar gratuitamente por el bien de los demás, y si alguien presta un servicio al prójimo, la equidad y la igualdad exigen que un bien equivalente al servicio prestado», o equivalente en cierto modo, «restablezca el equilibrio (2). El derecho de un médico a su salario es, por tanto, un *derecho natural,* y el enfermo tiene el deber de pagarle: no pagar al médico sería un verdadero robo» (3). «Es de toda justicia... que el cliente pague lo que ha recibido efectivamente, y que el práctico reclame la retribución de la inteligencia y devoción que ha desplegado en servicio de su enfermo, así como del tiempo y dinero gastados en la obtención de su diploma. Por otra parte la medicina no podría ser una excepción de la regla de *justicia* que exige que una profesión procure a quien la ejerce, si no la fortuna, por lo menos una posición desahogada con el pan cotidiano, situación a la que están reducidos la mayoría de los médicos en la hora presente» (4).

Es inútil insistir, pues la supresión del derecho a los honorarios significaría la supresión de los médicos, con gran detrimento de los enfermos y de la sociedad entera (5).

(1) *Es bastante chocante* observar, con Ch. Coppens, que hasta 1858 la ley inglesa no reconocía a los *médicos* ni a los *abogados* el derecho de *reclamar honorarios.* Este privilegio estaba reservado a los *cirujanos* y a los farmacéuticos, que sólo prestaban servicios al público con la condición de recibir un honorario o un presente como marca de honor (*Morale et médecine,* pág. 112).

(2) *Se encuentra ya* este argumento en *Santo Tomás:* «Todo hombre puede exigir una justa retribución por los servicios que presta a otro sin estar obligado a ello» (2, 2, q. 71, 4).

(3) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* pág. 113. Podría añadir: «el pago insuficiente constituye un dolo del que la dicotomía no es más que una consecuencia» (Dr. Okinczyc en *Etudes,* tomo 217, pág. 15, 1933).

(4) Dr. Vincent: *La médecine...,* pág. 307.

(5) Una *excepción,* introducida por el *uso* y muy legítima, se refiere a los cuidados que un médico presta *a uno de sus colegas* o a su familia.

«Debéis a vuestros colegas, dice el Dr. Hubert, a sus esposas y a sus hijos todos los cuidados médicos que os hagan el honor de pediros. Es el primero de los deberes de fraternidad. Entre médicos no entra *en las conveniencias ni en las costumbres* enviarse notas de honorarios: las gracias afectuosas bastan como expresión de reconocimiento» (Citado en Grasset: *Cong. intern. de médec. prof.,* pág. 306, 1900; *Le devoir du médecin,* núm. 44, página 142).

«Uno de nuestros viejos maestros, de humor divertido, hizo uso de esta costumbre para dar a un especialista, a quien consultaba, una graciosa *lección de cosas.* Durante los pocos minutos que tuvo que aguardar en el salón había admirado un delicioso y pequeño bronce antiguo, extrañándose de la imprudente confianza de su dueño. Después que su rinofaringe hubo sido *examinada* de modo irreprochable por el especialista, dijo poco más o menos lo siguiente: «No puedo darle de mejor modo las gracias que rogándole acepte este admirable pisapapeles.» Y, sonriendo con malicia, sacó del bolsillo el bronce que había tomado. Su reconocimiento se manifestó más tarde de otro modo; pero esta lección de prudencia no la perdió el colega que me la ha contado, ni yo tampoco en la época lejana en que

CAPITULO XXIV

DE LOS HONORARIOS MEDICOS

525. Objeto y división. — Se pueden considerar los honorarios médicos desde un *doble punto de vista;* desde el punto de vista de la *ley civil,* que varía con los países, y desde el único punto de vista del *derecho natural,* que es el mismo en todas partes.

Las cuestiones por estudiar son bastante *diferentes* en uno y otro caso: el derecho civil supone, en efecto, el derecho natural, y se esfuerza en completarlo para el bien general.

Así la ley francesa decreta que los médicos diplomados por el Gobierno francés y doctores son los únicos con derecho a reclamar honorarios; precisa quién es deudor de los honorarios en el caso de cuidados prestados al marido, a la mujer, a los hijos, a los criados, a una persona herida por un tercero, a un obrero víctima de un accidente en el curso de su trabajo; cuando hay duda sobre la cantidad de honorarios, deja a los tribunales un poder soberano de apreciación; en lo que respecta a la prueba, admite que el interesado establezca por sus libros el número de sus visitas, de sus consultas, etc.; declara que los honorarios médicos por visitas y operaciones prescriben a los dos años, y, en caso de convención de abono anual, a los cinco años; reconoce como privilegiados los gastos de la última enfermedad, «cualquiera que haya sido su terminación;» fija la tarifa de los gastos médicos y farmacéuticos en materia de accidentes del trabajo y limita en este caso a un año la prescripción de los honorarios; determina la tasa de los honorarios, por lo demás insuficientes, para los médicos peritos en materia criminal (1).

En este capítulo dejaremos a un lado a la ley civil para situarnos exclusivamente en el punto de vista del *derecho natural* y de la *dignidad profesional.* Desde este punto de vista, las cuestiones que merecen un examen son menos numerosas, pero *fundamentales.* Serán el objeto de *tres artículos.*

Trataremos en el *primer artículo* de la legitimidad de los honorarios; en el *segundo,* de la fijación de la cifra de honorarios, o más bien de los principios que concurren a determinar el precio justo con respecto al de-

(1) Dr. Le Gendre y H. Ribadeau-Dumas: *Déontologie et jurisprudence médicale,* páginas 544 y sigs., 1920; Etienne Martin: *Précis de déontologie,* págs. 234 y sigs.; doctor Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., págs. 299 y sigs.; Appleton-Salama: *Droit médical,* págs. 13 y sigs., 1931.

CUARTA PARTE

DE LAS RELACIONES CON LAS AUTORIDADES CIVIL Y JUDICIAL

CAPITULO XXX

RESUMEN Y ORIGENES

588. I. Resumen. — Si quisiéramos tratar como conviene esta cuarta parte, que examina al médico en sus relaciones profesionales con el Estado, y por tanto tiene por objeto al médico funcionario del Estado, o por lo menos obligado en un caso particular a responder a una requisición, tendríamos que proponer y resolver *cuestiones muy numerosas,* cuestiones cuyo número *ha aumentado singularmente,* debido a leyes recientes, desde que el Dr. Dechambre (abril de 1883) intitulaba su trabajo: cualidades, deberes y derechos del médico público. «Los deberes impuestos a los médicos por el código del trabajo, las leyes sobre la higiene pública, las mutualidades y la asistencia pública han transformado nuestra profesión. Como ya sabéis, la gran preocupación de nuestros legisladores desde hace treinta años ha sido la de socorrer a los achacosos, a los ancianos, a los incurables; organizar la asistencia médica gratuita; dar a los obreros víctimas de accidentes del trabajo la posibilidad de ser socorridos y remunerados...; luchar contra las enfermedades contagiosas por todos los medios legales. Para edificar estos códigos del trabajo, de asistencia y de previsión social, el legislador ha tenido necesidad a cada momento de recurrir a la ciencia y a la devoción del médico. Le ha impuesto deberes nuevos...» (1).

Así las cuestiones se multiplican cada vez más y las atribuciones sociales del médico están lejos de disminuir. Sin embargo, es y será siempre racional *reducir a tres principales* las funciones del médico, colaborador de los poderes públicos para el bien de la salud general. Su triple papel es el de *prevenir* el mal, es decir, la enfermedad y la muerte; *repararlo* en la medida de lo posible; *comprobar* su causa, y por tanto discernir si la enfermedad o la muerte son debidas a una causa natural o a una causa libremente propuesta, por ejemplo a un suicidio, o por el contrario a un

(1) Etienne Martin: *Précis de déontologie,* pág. 13, 1914.

bilidad muy bien llevada. Si el cliente no responde a esta primera llamada, el médico le enviará su factura por segunda vez, previniéndole de que la hará percibir a domicilio por el cobrador o por correo. Si es discutida la exactitud de la factura, establecerá amablemente que no hay ningún error, grande o pequeño. Si el cliente persiste en negar el importe de la factura, que según su parecer es exagerada, y particularmente si se niega claramente, por uno u otro motivo, a saldar una deuda que está ciertamente en condiciones de liquidar, el práctico conserva un *doble recurso:* hacer intervenir, a título de árbitro, a la oficina del sindicato médico, si las circunstancias lo permiten, y si tampoco esto da resultado, llevar el asunto al juzgado, de resultados también muy inciertos.

A este principio sumariamente enunciado conviene añadir algunas *explicaciones*.

1. MÉTODO PREFERIBLE. — El mejor modo de retribución, el más digno del práctico y del enfermo, deseoso de demostrar su estimación y reconocimiento, es, sin discusión, el que *evita al médico* la preocupación y, digámoslo así, la ligera humillación de *reclamar* sus honorarios.

Como ya hemos hecho observar, los *ingleses* han resuelto el problema de una forma original y muy práctica. En una visita el cliente paga por *adelantado* la visita siguiente. Por consiguiente paga doble la primera visita si es que desea una segunda, y no da nada en la última visita, o en la que él considera como última. Ante esta actitud de mano cerrada comprende el médico sin más explicaciones que no debe volver, a no ser que se le llame nuevamente. El Dr. E. Hubert ve en esta moda «dos inconvenientes bastante graves: en que el enfermo tase sus visitas por sí mismo y sea el único que determine el momento en que pueden cesar» (1).

En *Francia* se suelen pagar al contado las consultas *en el gabinete* del médico, sobre todo si las da a personas extrañas a su clientela; por lo común se satisfacen también inmediatamente los honorarios de los médicos llamados *en consulta* a la cabecera del enfermo (2). Además, el enfermo toma con bastante frecuencia la iniciativa en los medios algo educados: pregunta al médico cuánto le debe o le ruega que envíe su factura por las visitas a domicilio (3).

(1) Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin*, núm. 134, pág. 135.

(2) Pero la costumbre de pagar *de antemano* cada visita no se ha introducido todavía y será difícil que se introduzca. «Se está siempre mejor dispuesto a un gasto *futuro* que a un *gasto actual*, en el que por otra parte pueden hacer falta los medios» (Dr. Dechambre: *Le médecin*, págs. 272 y sigs.).

(3) Dr. G. Morache: *La profession médicale*, págs. 179 y sigs.

Si el cliente después de curado viene por sí mismo a daros las gracias y a «honraros», no hagáis el ridículo de engañaros encontrando incompleta la suma muy exacta que os remite. Es la *pequeña desventura* que se atribuye a *Dupuytren*...

Recibió un día la visita de una bella duquesa, viuda de un mariscal del Imperio, a la que cuatro o cinco meses antes había operado felizmente. «Mi querido doctor — dijo al sentarse —. Para atestiguarle mejor mi gratitud he bordado con mis propias manos este bolso, que estoy muy contenta de ofreceros.» La bolsa parecía ligera, y el viejo maestro disimulaba muy mal su afición al dinero. Malhumorado, replicó que sin duda los pequeños regalos mantenían la amistad, pero que en cambio las buenas cuentas hacían los buenos amigos, que su operación había salvado la vida a la duquesa y que en suma le debía 250 luises.

527. III. Derecho independiente del resultado. — Hemos tenido ocasión de decir a menudo que el médico está obligado a procurar, por todos los medios en su poder, el *resultado posible* en el estado actual de la ciencia, y por tanto la curación del enfermo, o por lo menos el mejoramiento de su estado y el alivio de sus padecimientos.

¿Tiene no obstante *derecho* a percibir y hasta a exigir honorarios *si no obtiene ningún buen resultado?* Aunque el médico tenga seguramente el derecho estricto de ser remunerado *en razón de sus cuidados* e independientemente del éxito, la cuestión que acabamos de plantear es *más compleja* de lo que parece a primera vista, y para estudiarla conviene *distinguir* varios casos: el de una enfermedad incurable, de un error involuntario y sin falta grave, de una falta grave pero no culpable, de un error práctico, voluntario en sí mismo o en su causa.

1. ENFERMEDAD INCURABLE. — El médico no ha curado al enfermo, pues la enfermedad era incurable. No ha mejorado su estado, pues toda mejoría seria y duradera era imposible. No ha atenuado sus sufrimientos, pues, excepción muy rara, no podía hacerlo en el estado actual de la ciencia. ¿Tiene un *derecho estricto* a los honorarios a causa de sus cuidados y de los consuelos morales que ha aportado al paciente?

Sí, indudablemente, con la *doble condición*, sin embargo, de que no haya *engañado* a su cliente sobre la inutilidad de sus esfuerzos, y de que haya advertido lealmente a la familia de la situación.

Esta es la conclusión de los principios que rigen las visitas (Supra, número **100**). Y podemos añadir que esta conclusión deriva de la naturaleza misma del arte médica. El mismo enfermo sabe muy bien que el médico no puede de ordinario responder del resultado. Por esto el *derecho* a una justa retribución estriba menos en el *servicio efectivamente prestado* que en los *cuidados prodigados*. «Es evidente — dice en otros términos Ch. Coppens — que la compensación debida al médico supone un alivio, un servicio prestado al enfermo. ¿Dónde estaría de otro modo el título de la compensación? Mas, para establecer este título, *no siempre es necesario el éxito:* basta con que el médico haya *tomado medidas con miras al mejor resultado*, incluso cuando lo mejor es imposible. El consuelo que la visita proporciona al enfermo basta para que la familia acepte los cuidados y el médico reclame sus honorarios. Basta con que el médico *no haya engañado* a quienes le han llamado sobre la inutilidad de los esfuerzos. *Volenti et scienti non fit injuria*» (1).

2. ERROR INVOLUNTARIO. — El enfermo podía curar. No obstante el médico tratante, de una ciencia y habilidad ordinarias, ha cometido *involuntariamente* un error de diagnóstico o de terapéutica, error excusable, es cierto, pero que de hecho *ha agravado el mal*, y hasta ha *ocasionado la*

ambos comenzábamos.» Desde entonces no puso en la sala de espera sino objetos de arte de dimensiones respetables (Dr. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 262, 1931).

(1) Ch. Coppens: *Morale et médecine*, págs. 115 y sigs.; Dr. Dechambre: *Le médecin*, pág. 280; Dr. G. Morache: *La profession médicale*, pág. 186.

Por esto nos limitaremos a una *triple observación* derivada del derecho natural.

1. El *derecho natural* exige que los conocimientos médicos del médico legista sean muy extensos, y que su modestia esté a la altura de sus conocimientos, los cuales, a pesar de su amplitud, serán forzosamente limitados e insuficientes en algún sentido. Un médico legista no debe vacilar, «por una falsa vergüenza, en pedir en casos particulares la ayuda de un perito más competente (1) en cuestiones sociales, del mismo modo que un médico en la práctica diaria, y aun de los más instruídos, no vacila en llamar a un médico consultante especial para enfermedades especiales» (2).

2. Una *psicología de buena ley* puede contribuir a resolver la cuestión tan compleja de la *alucinación mental,* y por tanto a decidir si es necesario ingresar o mantener a una persona en un manicomio; si un individuo tiene la capacidad requerida para los actos de la vida civil o el testimonio en justicia; si un inculpado es responsable del crimen o del delito que se le imputa (3).

3. Del mismo modo, únicamente una *psicología muy sagaz* puede llevar a buen término el estudio tan difícil de la *responsabilidad atenuada:* distinguir los grados de la responsabilidad moral; determinar las causas, de orden muy diverso, que la disminuyen (4).

(1) Se puede leer en P. Brouardel el relato de *ciertos errores* que se hubieran evitado si el experto hubiese seguido este consejo. Citaremos solo un ejemplo:

«Hace algunos años fuí llamado a declarar ante el tribunal con un joven colega que había sido uno de los buenos discípulos de los hospitales. En su certificado había afirmado que la membrana himen de una niña de ocho años había desaparecido completamente. Sobre este certificado la justicia había proseguido. Nosotros encontramos la membrana intacta. El acusado confesaba haber cometido algunos tocamientos, y a pesar de nuestra relación, no se había ordenado el no ha lugar. Faltaba determinar la gravedad de los trastornos. Después de habernos puesto en presencia, mi colega y yo, el Presidente del tribunal nos rogó que procediéramos a un nuevo examen. Nos fué fácil demostrar a nuestro colega que la integridad de aquella membrana no era dudosa...» (*La responsab. médic.* etc., págs. 248 y sig.).

Otros errores han tenido peores consecuencias, puesto que han motivado una condena injusta (*Ibid.*, pág. 250).

(2) Dr. Brouardel: *La responsabilité médicale,* etc., pág. 247.

(3) Ch. Coppens: *Morale et médecine,* págs. 133 y sig.; Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* págs. 241 y sig.

(4) Dr. Grasset: *Idées médicales,* págs. 95 y sig.; *Idées paramédicales et médicosociales,* págs. 72 y sig.; págs. 261 y sig.; *Código de derecho canon.,* can. 2.203 y sig. *Consúltese,* sobre los Sindicatos médicos, a Henri Verger: *Précis de déontologie médic.,* págs. 219 y sig.

APENDICE (1)

DE LA CONTINENCIA PERIODICA EN EL MATRIMONIO

INTRODUCCION

590. Doble cuestión. — Es manifiesto que hablamos únicamente de la continencia periódica *en el matrimonio legítimo.* Fuera del matrimonio, o incluso en el matrimonio ciertamente inválido y reconocido como tal por uno de los cónyuges, la continencia *absoluta* es de rigor. Está claro igualmente que nos hallamos en presencia de una *doble cuestión:* una *médica,* que depende de los médicos, o, más exactamente, de los especialistas en ginecología; otra *moral,* que, sin substraerse al buen sentido, es del dominio de los moralistas. Como es justo, la cuestión *médica* no podría ser comprendida, hasta bien propuesta, sin algunas explicaciones previas.

1. Cuestión médica. — *¿Hay* en el ciclo menstrual, cualquiera que sea su duración, un período de *fecundidad posible,* y un período *único?*

¿Está este período *único* de fecundidad encuadrado *antes* y *después,* por un período de infecundidad? ¿Va *seguido,* hasta el primer día de la menstruación esperada, y *precedido,* a partir del primer día inclusivo de los menstruos precedentes, de un período de *esterilidad absoluta?*

Se ve fácilmente el *doble alcance práctico* de la respuesta, que sería afirmativa y *moralmente cierta.* Los esposos que de común acuerdo desean limitar las relaciones sexuales *elegirían* de preferencia para estas relaciones, o, por el contrario, *evitarían* con cuidado, los únicos días propicios a la concepción. Los *elegirían* si, como conviene, quieren multiplicarse, y los *evitarían* si tienen el propósito de limitar los nacimientos por causas justas. Al obrar así, muy lejos de actuar *contra natura,* se *conformarían* a las leyes naturales de la generación humana, dictadas por Dios mismo.

Conviene por tanto definir con más precisión los *elementos del problema* por resolver.

(1) Por hallarnos en China hemos recibido demasiado tarde las obras que necesitábamos. De ahí este apéndice, que completa lo que hemos dicho brevemente en el cuerpo de la obra.

3. *¿Según qué consideraciones* deben fijarse los honorarios de los consultantes, de los especialistas, de los cirujanos, con concurso del médico tratante o sin él?

En los tres párrafos siguientes examinaremos esta triple cuestión, eminentemente práctica y de una solución muy delicada. Tanto más cuanto que ha habido, hay y habrá siempre «algunas dificultades entre clientes y prácticos con respecto a la fijación de los honorarios. Curados o no, los enfermos censuran a menudo el importe de los honorarios, excesivamente elevados en su opinión. «Los satíricos han dicho que sólo demuestran una discreción sin igual aquellos a quienes el médico ha sabido reducir al silencio» (1).

§ 1. — Justo apreciador

531. I. Fijación por la autoridad pública. — Puesto que es muy difícil y hasta imposible asimilar completamente un caso a otro, la *autoridad pública,* por ejemplo una municipalidad, no está en condiciones de tasar las visitas médicas y «hacer variar la tasa de acuerdo con ciertas particularidades de la visita, como la duración de ésta y la hora a que ha sido hecha», sin tener en cuenta la intensidad del trabajo intelectual a que el médico debe entregarse a veces para establecer un diagnóstico prudente y una terapéutica razonada (2).

Es preciso reprobar con mucha más energía lo que se ha denominado «*socialización de la medicina*». Se habló mucho de ello en 1904, «a raíz de una tentativa hecha por la municipalidad de Zurich para *transformar en funcionarios* a cuarenta médicos de aquella ciudad, que habrían aceptado cuidar *gratuitamente* a todo enfermo que hubiera satisfecho un importe anual de 4,35 francos. El producto de esta tasa individual suministraba una suma anual de 500.000 francos, que, divididos entre los médicos adheridos al sistema, aseguraba a cada uno una constante de 12.500 francos» (3).

(1) Dr. G. Morache: *La profession médicale,* pág. 178.

Desde el comienzo de este artículo importa notar que tenemos en cuenta la fijación de los honorarios y en modo alguno su *fijeza.*

Sobre este punto estamos plenamente de acuerdo con *Noël Hallé,* que escribe:

«He combatido el principio de la *fijeza* de los honorarios como doblemente defectuoso estimando que nuestra moral profesional lo condena, como también la moral común.

Por una parte, en efecto, este modo de *tasación fija* prescinde de nuestro deber de asistencia; por otra parte, se opone a la equidad... vulgar.

Al rehusar sus cuidados al enfermo que no puede pagarlos en la tasa generalmente elevada que se ha fijado, el médico elimina de su práctica a todos los pobres. Los «fijistas» se atienen, pues, deliberadamente a una concepción estrecha, puramente utilitaria y baja de nuestra profesión.

Tasando con la misma tasa, sea cual fuere su valor infinitamente variable, todos los servicios que presta, el fijista contraviene la regla elemental que tiene en cuenta todos los elementos de determinación. «De los componentes normales, el médico a precio fijo sólo retiene uno: su situación personal. Su punto de vista se hace, pues, enteramente egoísta» (*De l'éducation médicale,* págs. 187 y sigs.).

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 273.

(3) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin,* págs. 389 y sigs., 1931.

2. Procedimientos incompatibles o poco compatibles con la dignidad profesional. — No hay que confundir con la costumbre que acabamos de recordar, y en la que la iniciativa corresponde al *cliente,* un *doble procedimiento* poco compatible, si no deshonroso, con la dignidad profesional.

1.° El *primero,* muy peligroso y que «oculta a menudo malos designios», consiste «en *exigir* el pago *anticipado* de los honorarios (1). De tal suerte tendríamos al enfermo a nuestra merced y nos sería muy fácil no cumplir las promesas anteriores al trato... He escuchado las quejas de uno de nuestros más honorables y distinguidos colegas respecto a un cliente afecto de una enfermedad incurable, quien, atraído por el renombre de un práctico, tuvo que entregarle una fuerte suma de buenas a primeras y fué abandonado por él después de algunas consultas» (2). Si queremos llamar a las cosas por su nombre, hay en esto abuso de confianza y villanía.

2.° El *segundo* procedimiento no concuerda con la *dignidad profesional.* Consiste en *exigir,* al principio de una enfermedad aguda, la *garantía escrita* de una retribución por los cuidados futuros (3).

Sin embargo, no quisiéramos, si no son necesarios socorros urgentes, condenar absolutamente y *en todos los casos* esta manera de obrar. En esta cuestión, como en muchas otras, el recto Dechambre parece habernos dado la *solución justa:* «Un médico que exige», aun por escrito, «una garantía de pago de sus honorarios de un enfermo que, *pudiendo hacerlo,* no ha liquidado con él una deuda por cuidados anteriores, comete una acción de gusto discutible, pero muy legítima» (4).

Entonces la dama, con una sonrisa, abrió el bolso de terciopelo, sacó muy ostensiblemente de él cinco billetes de mil francos, que puso en su portamonedas, y replicó: «Mi querido doctor, es Vd. demasiado modesto, y me cree muy fútil. Esta bolsa, naturalmente, no estaba vacía: contiene ahora la suma que Vd. me pide» (Maurice de Fleury: *Le médecin,* pág. 59).

(1) Se trata del pago *anticipado de todo* el futuro tratamiento, y no solamente, conforme a la moda inglesa, de la próxima visita.

(2) Dr. Dechambre: *Le médecin,* págs. 281 y sigs.

(3) Moureau y Lavrand: *Le médecin chrétien,* pág. 163. El procedimiento sería más odioso y podría acarrear graves consecuencias si el médico exigiera esta garantía escrita *en el curso* de una enfermedad aguda.

(4) Dr. Dechambre: *Le médecin,* pág. 282, nota 1; Moureau y Lavrand, págs. 164 y siguientes.

«*Se ha recomendado igualmente,* como medida preventiva y de sanción respecto a estos clientes desvergonzados que van de médico en médico sin pagar a ninguno, ponerlos en el índice e inscribirles en el *libro negro.* Así se llama el libro en que cada médico inscribe, para darlos a conocer a sus colegas, a los malos pagadores de su clientela. Observamos simplemente que esta medida, legítima en sí misma, degeneraría en abuso manifiesto si en él se inscribieran *verdaderos pobres,* o si una inscripción, aun legítima, sirviera de pretexto para rehusar a cualquiera *servicios de urgencia*» (Moureau: *Le médecin...,* págs. 165 y siguientes; Dr. E. Hubert: *Le devoir du médecin,* núm. 132, pág. 134). En respuesta al Dr. Stouffs, que había combatido sus prevenciones respecto al libro negro, el doctor E. Hubert escribe: «Mi querido colega, tanto me dirá Vd. que tendré que ser de su opinión. Lo hago tanto más voluntariamente cuanto que tengo la seguridad de que no dejará morir sin socorro a ninguno de sus *negros*» (*loc. cit.,* pág. 134).

ciclo menstrual, sino el final, y que se contara la duración del ciclo en días» (1).

2.° *Resultados sensiblemente idénticos.* — Partiendo de puntos opuestos y computando de diversa manera el ciclo menstrual, Knaus y Ogino llegan no obstante a *resultados prácticamente idénticos,* por lo menos para los ciclos que, oscilando de veintiséis a veintiocho días, o de veintiocho a treinta, o más raramente, de veintiséis a treinta, no duran nunca en mujeres sanas menos de veintiséis días o más de treinta. Concuerdan en efecto en estos *tres datos:* la fecha de la ovulación; la sobrevida, limitada a algunas horas, del óvulo apto para ser fecundado; el poder fecundante de los espermatozoos, limitado a dos o tres días, y hasta, según Knaus, a cuarenta y ocho horas. Esto basta para que determinen de una manera *substancialmente* paralela el único período de fecundidad posible y el doble período de esterilidad fisiológica.

En el artículo I, dedicado a la *cuestión médica,* expondremos estos resultados, continuando como hasta ahora sirviéndonos de la obra, poco metódica pero muy documentada, del Dr. J. N. J. *Smulders,* que data del año 1933 y se titula: *De la continencia periódica en el matrimonio* (2).

En el artículo II trataremos con bastante brevedad la *cuestión moral.* Considerando de preferencia los derechos y los deberes del práctico, investigaremos si el *médico* puede *en conciencia* aconsejar la continencia periódica por razones médicas. Lo que diremos del médico se aplica en cierta medida al director de conciencia.

ARTICULO PRIMERO

CUESTION MEDICA: KNAUS; OGINO

§ 1. — Solución de H. Knaus

591. I. Exposición para los ciclos regulares de veintiséis a treinta días. — H. Knaus ha tomado como objeto exclusivo de sus investigaciones personales los ciclos menstruales regulares de cuatro semanas, es decir, de *veintiséis a treinta días* en mujeres en buen estado general, «con condiciones de vida normal».

Contando, como hemos dicho, a partir del primer día inclusive de la menstruación *pasada,* se apoya, para determinar el *único* período de fertilidad y el *doble* período de esterilidad, en tres verdades de experiencia que conciernen a la fecha de la ovulación espontánea y única, a la vitalidad muy corta del óvulo y a la duración efímera del poder fecundante de los espermatozoides.

(1) *De la continence périodique...,* pág. 35; 197 y sig.
(2) Librería Letorrey y Ané, París.

De estas tres verdades de experiencia deriva tres reglas prácticas que se aplican a los ciclos de veintiséis a veintiocho días; de veintiocho a treinta días; de veintiséis a treinta días.

Para conocer su pensamiento basta, pues, enunciar las tres verdades en las que se funda y las tres reglas prácticas que de ellas deduce.

1. Triple verdad. — Las tres verdades que sirven de base a las conclusiones de Knaus son la fecha de la ovulación, el poco tiempo durante el cual conserva el óvulo su aptitud para ser fecundado y el espermatozoide su poder fecundante.

1.° *Fecha de la ovulación.* — H. Knaus ha demostrado «experimentalmente que para una mujer con un ciclo regular de cuatro semanas», y particularmente un ciclo de veintiocho a treinta días, «la ovulación tiene lugar del décimocuarto al décimosexto días», es decir, el décimocuarto, décimoquinto o décimosexto días del ciclo menstrual contando desde el *primer* día de la menstruación precedente (1). El Dr. R. de Guchteneere añade que esta fecha «corresponde a las fechas de Ogino si se traslada el cálculo a la menstruación siguiente» (2).

Además, y esto es importante, H. Knaus admite que esta ovulación espontánea del décimocuarto al décimosexto días es *única* en el curso del mismo ciclo menstrual. Niega resueltamente que haya ovulaciones *provocadas* por las relaciones sexuales, y rechaza por consiguiente lo que se ha denominado «*período excepcional de concepción*» (3).

Para las demostraciones de esta doble aserción, remitimos a la obra del Dr. Smulders, «*De la continencia periódica...*», y al estudio del doctor R. de Guchteneere sobre «*las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina*» (4).

2.° *Vida efímera del óvulo.* — En la mujer, e incluso en todos los seres de sangre caliente, el *óvulo* desprendido del ovario está destinado a la destrucción al cabo de algunas horas si no es fecundado inmediatamente. Cuando menos no conserva su aptitud para ser fecundado después de las veinticuatro horas. H. Knaus lo afirma en varias ocasiones (5).

El Dr. R. de Guchteneere no es de otra opinión. Según él, el óvulo está condenado «a una muerte precoz si la fecundación no interviene como mecanismo salvador». Y expone la razón, accesible incluso a los profanos. «Esta fragilidad se explica por el hecho de que, al menos en los mamíferos, la segmentación del óvulo comienza en el folículo (6), y se continúa durante la migración bajo el impulso de la conjugación» con los espermatozoides. «Si ésta falta, el óvulo muere en algunas horas en el estadio de la segunda división de maduración. Este hecho ha sido demostrado experimentalmente por Hammond.» Así, en la coneja, «el óvulo puesto en

(1) *De la continence périodique...,* págs. 121; 109, etc.
(2) *De la continence périodique...,* págs. 198 y sig.
(3) *Ibid.,* pág. 124; pág. 125, nota 2; págs. 195 y sig.
(4) *De la continence périodique...,* págs. 189 y sig.
(5) *Ibid.,* págs. 61 y sig.
(6) *De la continence périodique...,* págs. 194 y sig. — Comprended: en el folículo de Graaf, y por tanto en el ovario.

modo honorable a las necesidades del *presente* y para asegurar de algún modo el *porvenir*.

1. PASADO. — En la fijación de los honorarios hay que tener en cuenta los largos años que el médico ha empleado en su formación, en su educación profesional, en la adquisición de su diploma y de sus títulos oficiales.

«Es de toda justicia que el práctico reclame... una compensación del tiempo y dinero consumidos en la adquisición de su diploma» (1).

«Si el médico ha consagrado diez o quince años a su aprendizaje para adquirir una mayor habilidad en su profesión, es justo que exija honorarios más elevados» (2).

2. PRESENTE. — Nadie negará que los honorarios deben representar lo que es necesario para que el médico pueda vivir *honorablemente* de su trabajo y hacer vivir a su familia. El médico no tiene por tanto la menor obligación de aceptar «honorarios de hambre» (3).

3. PORVENIR. — «La vida del médico digno de este nombre es en conjunto una vida de sacrificio», que de ordinario no puede continuar cuando se ha rebasado cierta edad. Es justo, pues, que un trabajo concienzudo e inteligente le reporte lo suficiente, no sólo para fundar una familia y dar a sus hijos una educación liberal, sino también para hacer frente a los gastos que acarrea la enfermedad y para asegurarse una vejez libre de la indigencia.

Ya sabemos que no siempre ocurre así. «El que pertenece casi exclusivamente a la profesión médica», en la Francia actual, «es el hombre que trabaja y no se gana la vida, o que por lo menos gana lo suficiente para vivir y hacer vivir a los suyos al día en tanto trabaja, pero que no puede casar a sus hijas, a duras penas puede educar a sus hijos, y *sobre todo* que, en caso de enfermedad (con tanta mayor razón en caso de muerte), deja a todos los suyos en la más negra miseria, ni siquiera en la miseria dorada» (4).

536. II. Principio particular. — En justicia la cifra de los honorarios debe ser proporcional: a la naturaleza o importancia de los cuidados prestados y exigidos por la gravedad o la duración de la enfermedad; a la legítima reputación del médico y a su situación profesional, o, en otros términos, al valor médico del práctico, valor que nosotros suponemos de notoriedad pública; a la posición social y a la fortuna del cliente; a las condiciones económicas en que el médico ejerce su profesión, y por tanto al precio creciente de los artículos imprescindibles para la vida; a las costumbres locales, con tal que tengan en cuenta todos los elementos que acabamos de enumerar; finalmente a todo convenio honesto cuyos términos hayan sido establecidos de antemano entre el enfermo, que obra con toda libertad, y el médico que se compromete a cuidarle.

(1) Dr. Vincent: *La médecine*, pág. 107.
(2) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 387, 1931.
(3) *Ibid.*, pág. 386.
(4) Dr. Grasset: *Le milieu médical*, etc., págs. 32 y sig.

Se comprenden fácilmente las escasas ventajas y los grandes inconvenientes de esta medida, que suprime ciertamente el problema de los honorarios, pero que, *para no ser injusta*, debe suponer lo que no existe ni existirá jamás: me refiero a una igualdad perfecta de talentos, de cualidades morales y sociales, de trabajo entre médicos, incluso de confianza por parte del público.

1. VENTAJAS. — Puede ser agradable para un *enfermo*, o para aquel que teme llegar a estarlo, asegurarse cuidados médicos gratuitos pagando cada año una pequeña tasa. Por lo demás, cobrar 12.500 francos sería una perspectiva agradable «para el *médico* que no llegara a ganarse la vida», sobre todo si, como todo funcionario, podía contar con un retiro (1).

2. INCONVENIENTES. — Pero en realidad este sistema es contrario a los intereses de la gente sana, y *particularmente* de los enfermos y de los médicos.

1.° *Gente sana.* — Si obligamos a todo el mundo a pagar la tarifa médica, «aquellos que por su sobriedad y su cuidado de la higiene» se mantienen de ordinario en buen estado de salud tendrán razón para quejarse.

2.° *Enfermos.* — Los enfermos no conservarán o conservarán el derecho de elegir entre los médicos que habrán consentido en transformarse en funcionarios. *Si no lo conservan*, se verán tal vez obligados a dirigirse a un médico que no goza en absoluto de su confianza, y que, teniendo asegurado cierto bienestar, no se preocupa en manera alguna de estar al corriente de los progresos de la ciencia. *Si conservan por el contrario la libre elección*, se dirigirán en gran número a los médicos más renombrados y les agobiarán de trabajo, con gran detrimento de los enfermos, que no podrán ser atendidos suficientemente, y de los médicos mismos, que estarán excesivamente ocupados.

3.° *Médicos.* — Como hemos dicho, los médicos que se recomiendan al público por su habilidad y sus cualidades morales deberán, *por el mismo precio*, trabajar mucho más que los otros, transformados en rentistas de la profesión: es una injusticia, o por lo menos una falta de equidad (2).

532. II. Fijación por un sindicato de médicos. — Al parecer un sindicato de médicos no podría tasar *de manera precisa y en todos los casos* los cuidados prodigados por los prácticos de determinada región. Sin embargo, le es más fácil establecer una *tarifa mínima*, con tal que esta tarifa no sea demasiado elevada, y que la obligación de no reducir los honorarios por debajo de la cifra fijada no sea demasiado rígida y por tanto implique excepciones.

1. TARIFA PRECISA Y UNIVERSAL. — Una tarifa aplicada, no solamente a la visita misma, sino *a todas sus particularidades* y a cada una de las operaciones de pequeña o gran cirugía, *no parece admisible* por la sen-

(1) Dr. P. Le Gendre: *La vie du médecin*, pág. 389, 1931.
(2) *Queremos decir* que no hay injusticia propiamente dicha, puesto que los médicos interesados *consienten*; pero *en sí* el procedimiento es injusto.

ción. Estas *experiencias prácticas* no provienen solamente de mis propias observaciones, sino también de numerosas comunicaciones llegadas a mí de parte de médicos y profanos, tanto aquí como en el extranjero» (1).

2. J. N. J. SMULDERS. — «La regla de Knaus puede ser seguida con toda seguridad, aun por los más escépticos, para los ciclos regulares de veintiséis a treinta días (es decir, en los casos que no ofrecen nunca ciclos inferiores a veintiséis días ni superiores a treinta días. El resultado obtenido pondra fin definitivamente al escepticismo más tenaz» (2).

3. R. DE GUCHTENEERE. — «La realidad de un período *absolutamente* estéril, cuya duración y momento son determinados de una manera precisa, *parece... estar* demostrada actualmente por los trabajos de Knaus y de Ogino». (3).

Apoya igualmente esta conclusión en los tres datos de Knaus.

1.° *Fecha de ovulación.* — «Los resultados» de las investigaciones de Knaus son extremadamente demostrativos. De este modo encontramos resuelta para los ciclos de veintiocho días la cuestión tan debatida de *la fecha de ovulación,* en concordancia perfecta, por otra parte, con las investigaciones tan precisas de Schroeder» (4).

2.° *Muerte rápida del óvulo no fecundado.* — «Existen... buenas razones para admitir, con Knaus y Ogino, que *el óvulo* no fecundado muere rápidamente dentro de las veinticuatro horas...» (5).

3.° *Breve sobrevida de los espermatozoides.* — Como ya hemos dicho, también en este punto se adhiere el Dr. R. de Guchteneere a la opinión de Knaus (6).

593. III. Precauciones requeridas. — La exposición que precede nos indica las precauciones que deben adoptarse para *aplicar* correctamente las tres reglas de Knaus. Conviene especialmente que cada interesada conozca de modo preciso el principio, y por tanto el primer día, del último flujo menstrual; la duración del ciclo menstrual; las causas principales que pueden provocar su prolongación y algunas veces su acortamiento.

1. FECHA EXACTA DEL PRIMER DÍA. — La *primera* precaución requerida es la de observar exactamente, y si es necesario anotarla para acordarse de ella, la fecha exacta del primer día de la última menstruación.

«Knaus se complace en subrayar la importancia de la fecha precisa del primer día de los menstruos, que es preciso determinar *a partir del primer día* de la menstruación inclusive, *y no* a partir del día siguiente al flujo menstrual (error que cometen con bastante frecuencia los principiantes, como he podido experimentar)» (7).

(1) *De la continence périodique...*, págs. 121 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 110.
(3) *De la continence périodique...*, pág. 8.
(4) *Ibid.*, págs. 7 y sig.
(5) *De la continence périodique...*, pág. 8; págs. 194 y sig.
(6) *Ibid.*, págs. 202 y sig.
(7) *De la continence périodique...*, págs. 122 y sig.

2. DURACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL. — Una *segunda* precaución no menos necesaria es la de no engañarse sobre la *duración precisa* del ciclo menstrual que hay que tener en cuenta.

Así una mujer, que por graves razones desea evitar un nuevo embarazo, se equivoca sobre la duración del ciclo menstrual. Creyéndolo de veintiocho a treinta días, cuando en realidad va de los veintiséis a los veintiocho, guarda la continencia del undécimo al décimoséptimo días, en lugar de abstenerse, como convendría, del noveno al décimoquinto. Es decir, que se expone durante dos días a una nueva concepción.

3. CAUSAS DE VARIACIONES. — Las *causas principales* que pueden alterar el ciclo menstrual, y por tanto prolongarlo o a veces abreviarlo, son el parto, la lactancia, la enfermedad, el exceso de trabajo, la proximidad de la menopausia, que se produce de ordinario hacia los cincuenta años, incluso el simple cambio de vida o de clima.

Así pues, es preciso, antes de aplicar una de las tres reglas de Knaus, *asegurarse de la regularidad* del ciclo, y «después de un embarazo», por ejemplo, «esperar cuando menos los dos primeros menstruos» (1).

§ 2. — TEORÍA O SOLUCIÓN DE OGINO

594. I. Exposición. — Las reglas de Knaus se aplican únicamente a los ciclos regulares de cuatro semanas, es decir, de veintiséis a treinta días. *Otro es el caso* en las conclusiones de Ogino, quien parte, no del primer día de la menstruación *precedente,* sino del primer día de la menstruación *siguiente,* y cuenta la duración del ciclo menstrual *en días y no en semanas.* Sus teorías y sus reglas prácticas se aplican a *todos* los ciclos menstruales sin excepción alguna y cualquiera que sea su duración. Y esto por la sencilla razón de que ha efectuado expresamente sus investigaciones en ciclos regulares de duración muy desigual, «desde los de veintitrés días hasta los de cuarenta y cinco» (2).

En todos ha encontrado los mismos cinco días aptos para la *ovulación* espontánea y única; veinticuatro horas, cuando más, en el curso de las cuales conserva el *óvulo* su aptitud para ser fecundado; un máximo de tres días durante los cuales conservan los *espermatozoides* su poder fecundante.

Es decir, que ha descubierto: 1.°, un período único de fecundidad, período limitado a ocho días; 2.°, un período invariable de esterilidad absoluta: los once días que preceden inmediatamente a la menstruación venidera; 3.°, un segundo período de completa esterilidad, pero éste variable, que precede a los ocho días de fecundidad, proporcional a la duración del ciclo menstrual: dicho período llega, por consiguiente, a once días si el ciclo es de treinta días, y hasta de veintiséis si el ciclo es de cuarenta y cinco.

Precisemos algún tanto esta *«solución de conjunto»*, propuesta con una perfecta seguridad.

(1) *De la continence périodique...*, pág. 123.
(2) *Ibid.*, págs. 80 y sig.; 60 y sig.

1. Fecha de la ovulación.— K. Ogino ha tomado como principal objeto de sus estudios la fecha de la *ovulación*.

Concluye que ésta se verifica siempre en el mismo período: *entre el décimosexto y el duodécimo días* que preceden a la menstruación esperada (1). Y como hay que contar el décimosexto y el duodécimo, tenemos *cinco días* propicios para la concepción considerando la fecha de la ovulación. «No obstante, la ovulación no se efectúa sino en un momento dado durante este período de cinco días» (2). Además de *espontánea* es, pues, *única*.

¿Hay sin embargo en ciertos casos un «*período excepcional*» de ovulación y por tanto de concepción posible aparte de estos cinco días? Desde 1932 cree Ogino «*que en la práctica no puede tenerse en cuenta este hecho* (3). Y R. de Guchteneere hace notar que la hipótesis «de las ovulaciones *provocadas*» por las relaciones sexuales no se apoya en ningún argumento serio. «Su verosimilitud no es muy grande, puesto que la ovulación *espontánea* es la regla en todos los mamíferos, con excepción de tres especies» (4).

2. Muerte rápida del óvulo. — En este punto, que completa al primero y prepara la solución práctica, no es Ogino menos afirmativo que Knaus.

Después de una experiencia de siete años tiene derecho a escribir: «Las relaciones conyugales después de la fecha de la ovulación fueron siempre estériles durante meses y años. Esto prueba evidentemente que el óvulo humano *pierde muy rápidamente* su aptitud para la fecundación después de la ovulación», es decir, después de su salida del ovario, o, en otros términos, su liberación (5).

A este respecto, para demostrar con hechos que las relaciones conyugales después de la fecha de la ovulación son siempre infecundas, menciona «casos en los que mujeres recién casadas, cuya fecha de matrimonio caía antes o durante el período de concepción o de ovulación, quedaron inmediatamente encintas, al paso que otras jóvenes casadas, cuya fecha de matrimonio caía después del período de ovulación, y por consiguiente de concepción, menstruaron por lo menos una vez antes de quedar encintas».

Por esto su *conclusión* muy firme es ésta: «La concepción es imposible en el período comprendido *entre el undécimo y el primer día* antes de la menstruación esperada (6).

3. Muerte rápida de los espermatozoides. — El Dr. Smulders expone así el *pensamiento de Ogino* sobre esta cuestión.

«Ogino no ha profundizado en este punto con el mismo cuidado que en otros. Se contenta, sin añadir el menor comentario, con decir simplemente: «por lo que hace a la longevidad de los espermatozoides, hay que deducir de los trabajos de Hoehne, Behne, Schwarski, Hansemann y Zweifel, que pueden vivir en los órganos genitales femeninos durante tres días, y excepcionalmente de cuatro a ocho días. Decimos que «*pueden vivir*», pero no que «*sean aptos para la fecundación*» (1).

(1) *De la continence périodique...*, págs. 60 y sig.; 75 y sig., etc.
(2) *Ibid.*, pág. 129.
(3) *Ibid.*, págs. 120; 89, en nota; 18.
(4) *Ibid.*, págs. 191 y sig.
(5) *Ibid.*, pág. 64.
(6) *Ibid.*, pág. 64.

«No obstante, en la práctica, se atiene a la época concepcional ordinaria de ocho días» (2).

El Dr. Smulders hace observar que la teoría de Knaus sobre el «poder fecundante de los espermatozoides durante cuarenta y ocho horas tan sólo» anula totalmente el «período excepcional de concepción» de Ogino.

Añade: «Personalmente estoy seguro de que al asignar al poder fecundante de los espermatozoides *un lapso de tres días,* o de setenta y dos horas, se han tenido ampliamente en cuenta los datos actuales de la ciencia en la cuestión que nos interesa» (3).

Al distinguir *motilidad y poder fecundante,* el Dr. R. de Guchteneere hace suya, como hemos dicho, la opinión de H. Knaus (4).

4. Consecuencias prácticas. — De estas tres premisas deriva Ogino las *consecuencias prácticas* de que todo ciclo menstrual, aunque sólo fuera de veintitrés días, o por el contrario de cuarenta y cinco, se compone de un *triple período:* un período de fecundidad posible y un doble período de esterilidad absoluta. El *único período* de fecundidad posible va constantemente del décimonono al duodécimo día antes de la menstruación venidera. En este período están comprendidos los días décimonono y duodécimo.

El período de esterilidad más *cercano* a los menstruos *próximos* comprende siempre once *días* enteros: es decir, que es invariable.

El período de esterilidad más *alejado* de la menstruación *esperada* es proporcional a la duración del ciclo, y comprende, además de los días de la menstruación precedente, todos los días que transcurren hasta el décimonoveno, antes de la futura menstruación, y por tanto antes del primer día del período de concepción.

En otros términos, si nos *remontamos* de la menstruación *siguiente* a la menstruación *precedente* tenemos:

1.º, invariablemente, *once días* de completa esterilidad *antes* del primer día de la menstruación esperada;

2.º, invariablemente, *ocho días* de fecundidad posible, que comienzan al duodécimo día que *precede* a los futuros menstruos y terminan al décimonoveno día *antes* del primer día de la menstruación venidera;

3.º, un período de entera esterilidad que, proporcionado a la duración del ciclo menstrual, es respectivamente de cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, diez, días, etc., según que el ciclo sea de veintitrés, veinticuatro, veinticinco, veintiséis, veintisiete, veintiocho, veintinueve o de treinta días,

(1) *De la continence périodique...*, pág. 71.
(2) *Ibid.*, pág. 73.
(3) *Ibid.*, pág. 71, nota 3; pág. 72.
(4) *Ibid.*, págs. 202 y sig.

etcétera. Si por tanto el ciclo fuera de cuarenta y cinco días, se contarían en este momento veintiséis días de esterilidad absoluta.

Si por el contrario *descendemos* de la menstruación precedente a la menstruación siguiente encontramos: 1.°, el período de esterilidad proporcional a la duración del ciclo; 2.°, los ocho días de fertilidad posible; 3.°, los once días de esterilidad invariable y completa. Asimismo, el *primer* período de esterilidad, el que acompaña y sigue a las reglas, se prolonga hasta el décimonoveno día *antes* de la menstruación próxima.

595. II. Pruebas maestras de la teoría. — No insistiremos en los argumentos que demuestran la muerte rápida del óvulo no fecundado y de los espermatozoides. Nos limitaremos a exponer brevemente, y según el Dr. R. de Guchteneere, las pruebas principales sobre las que Ogino establece sus conclusiones relativas a la *fecha de la ovulación*. En el fondo todo se reduce a estas dos cuestiones: ¿Ha tenido razón Ogino al tomar la menstruación venidera como punto de partida? Al adoptar como punto de partida la menstruación siguiente, ¿demuestra que todo es confuso y discordante si se parte de la menstruación precedente, al paso que todo se aclara y concuerda si se arranca de la menstruación futura? Como se ve, estas dos cuestiones se reducen en realidad a una sola.

1. Legitimidad del punto de partida. — «Se ha demostrado, en efecto, por numerosas investigaciones, que si se cuenta a partir de las *últimas* reglas la ovulación se encuentra en días *muy variables* en el curso del ciclo», a menos que éste tenga regularmente de veintiséis a treinta días... «Es un mérito para Ogino haber demostrado que, a fin de establecer con seguridad la *fecha de la ovulación*, es preciso calcularla tomando como punto de partida la menstruación *siguiente*, con la que la ovulación tiene una relación causal...», puesto que la menstruación es debida a un óvulo no fecundado (1).

2. Irregularidad, o, por el contrario, regularidad. — «Ogino hizo este descubrimiento reanudando simplemente las investigaciones de sus predecesores... sobre un material de 118 laparotomías.

No teniendo en cuenta de éstas sino los 81 casos en los que el ciclo era regular (de veintitrés a cuarenta y cinco días), encuentra que las fechas de ovulación se escalonan del undécimo al trigésimocuarto días si se las relaciona con los menstruos *precedentes*.

Más, por el contrario, la mayor regularidad preside a la puesta ovular si se calcula en sentido inverso a partir de la menstruación *siguiente* (cuya fecha conocemos por tratarse de ciclos regulares); esta puesta se produce siempre *del duodécimo al décimosexto días* que *preceden* a las reglas venideras...» (2).

3. Divergencia o, por el contrario, concordancia. — Concordancia con *Knaus* en primer lugar «para los ciclos regulares de veintiocho días» (3).

(1) *De la continence periodique...*, págs. 196 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 197.
(3) *Ibid.*, pág. 198.

Concordancia igualmente con las fechas de ovulación, en apariencia divergentes, obtenidos por los *predecesores*.

«Lo que prueba claramente el valor de las investigaciones de Ogino es que ha podido hacer *desaparecer las contradicciones* de la literatura ginecológica aplicando su procedimiento de cálculo *en sentido contrario* al de las estadísticas publicadas por sus predecesores.

Examinando nuevamente los 557 casos relatados en la literatura alemana por Schroeder, Ruge, Halban, Seitz, Fraenkel, etc., ha demostrado que, con excepción de quince casos, todas las fechas de ovulación, tan divergentes en apariencia, entraban en el período *de los doce a los dieciséis días antes* de la menstruación» (1).

Evidentemente los quince casos que parecen hacer excepción «no pueden en absoluto anular la sorprendente concordancia de los otros 542».

La observación es del Dr. Smulders, que añade: «Si se tiene en cuenta que varios de estos casos se remontan ya a décadas, que no fueron examinados según un plan uniforme, que en otro tiempo se expresaba muy a menudo la duración de un ciclo en semanas, y que la anamnesis menstrual (2) era muy defectuosa porque se concentraba toda la atención en el punto de partida entonces en uso, a saber, la última menstruación conocida, debemos más bien asombrarnos de que tales datos *puedan* presentar una concordancia tan importante» (3).

4. Conclusión del Dr. R. de Guchteneere. — «Así el problema tan confuso de la ovulación en la especie humana *queda resuelto* en el sentido de una *periodicidad precisa* en conformidad con las leyes generales de la fisiología comparada...» (4).

596. III. Aplicación práctica. — Puesto que Ogino calcula la *fecha de ovulación*, y por tanto de fecundidad posible, según el primer día de la menstruación *venidera*, se comprende cuál es, en la aplicación práctica para *cada* interesada, la *triple dificultad* de su método. *Ante todo* el primer día de la futura menstruación puede ser desconocido, o conocido solamente con más o menos probabilidades. *Luego*, el ciclo menstrual puede ser constante, pero de forma múltiple: oscilar por ejemplo de veintiocho a veintinueve días, o de veintiséis a veintinueve, o incluso de veintiocho a treinta y cinco, lo que quiere decir que el ciclo más corto dura veintiocho días y el más largo treinta y cinco. *Finalmente* la forma del ciclo puede ser no solamente múltiple, sino también *irregular*. Ahora bien, «cuanto más irregular es la forma del ciclo, tanto más es de temer que en un momento dado presente de improviso un ciclo extraordinario, *más corto o más largo* que los comprobados hasta entonces» (5).

(1) *De la continence périodique...*, pág. 199; págs. 60 y sig.; págs. 75 y sig.
(2) La anamnesis menstrual es el *recuerdo* del comienzo o del primer día de las reglas.
(3) *De la continence périodique...*, págs. 87 y sig.
(4) *Ibid.*, pág. 199.
(5) *Ibid.*, pág. 92; pág. 94.

Un pequeño número de reglas generales y algunas reglas particulares ayudan a resolver estas dificultades. Pero a menudo lo más seguro es consultar a un médico *buen conocedor* del método Ogino (1).

1. Reglas generales. — Limitémonos a enunciar *tres reglas más generales,* que se reducen a esto: estudiar previamente el tipo del ciclo; calcular sobre el ciclo más largo el primer día de la menstruación esperada; no fiarse de la memoria.

1.° *Primera regla: estudiar el tipo del ciclo.* — El primer día de la menstruación siguiente, que sirve en este caso de punto de partida, puede caer en fechas muy diferentes según los individuos. Para determinarlo de una manera precisa es necesario conocer bien la forma o el tipo de ciclo cuyo comienzo se investiga. *Hay que saber* si es a la vez constante y simple, por ejemplo constantemente de veintiocho días; o constante pero multiforme, por ejemplo unas veces de veintiocho días y otras de veintinueve; o por último múltiple e irregular.

A este efecto nos dedicaremos durante varios meses consecutivos a inscribir cuidadosamente el primer día de la menstruación; a contar exactamente el número de días que transcurren hasta el comienzo de la menstruación siguiente; a comparar entre sí los ciclos menstruales así obtenidos. Si una mujer «menstrua *irregularmente* nos será preciso, en caso necesario, basar nuestros cálculos en una anamnesis menstrual *de más de seis meses* para poder conocer con exactitud el tipo de ciclo de esta mujer» (2).

«*En caso de imposibilidad* de fijar exactamente la fecha de los próximos menstruos», por ejemplo «después de un parto hasta la primera menstruación...», o también «en caso de aborto», el método Ogino no es aplicable (3).

2.° *Segunda regla: calcular sobre el ciclo más largo.* — «Para calcular el primer día de la menstruación esperada se adopta siempre *el ciclo más largo* cuando se trata de ciclos multiformes» (4), por ejemplo de ciclos el más corto de los cuales dura veintiséis días y el más largo veintinueve.

(1) *Naturalmente,* para conocer el período más favorable, o, por el contrario, más rebelde a la concepción, no es necesario dirigirse a un médico que, haciendo coincidir la ovulación con la menstruación, pone en los alrededores de las reglas el período de fertilidad y en medio del ciclo el período de esterilidad. Este fué el doble error de Capellmann, quien aconsejaba, para evitar la concepción, «14 días de *continencia* después del último flujo menstrual y algunos días», 3 ó 4, «antes del siguiente» *(De la continence périodique,* págs. 94; 53 y sig.; 113, 134 y sig.). Un método semejante da, para evitar la concepción, buenos resultados con un *ciclo de corta duración* (veintitrés a veintiséis días cuando más). Pero no indica en modo alguno la época más favorable para la fecundación *(De la continence périodique...,* pág. 53).

Los dos cónyuges cuya dolorosa historia cuenta el Dr. Smulders lo advirtieron demasiado. «Dos cónyuges me comunicaron que, casados desde hacía nueve años, habían deseado ardientemente tener una bella colección de hijos y que, aconsejados por el médico, sólo habían tenido relaciones sexuales *los primeros días después y los últimos antes* de la menstruación. No fueron bendecidos en su deseo, y la esposa sobre todo estaba profundamente afligida. Mi folleto les reveló que habían hecho *precisamente lo contrario* de lo que era necesario hacer» *(De la continence périodique...,* pág. 136).

(2) *De la continence périodique...,* págs. 93 y sig.

(3) *Ibid.,* págs. 105 y sig.

(4) *Ibib.,* pág. 93.

Además, siendo a menudo imposible saber de antemano cuál de los ciclos multiformes está en curso, si el más corto o el más largo, o uno de los intermediarios, para evitar todo error hay que tener en cuenta a la vez el ciclo más largo que pueda sobrevenir y el ciclo más corto que pueda realizarse, descendiendo de la menstruación precedente, o partiendo de la menstruación futura y remontándose a la anterior.

Tomemos nuevamente como ejemplo el ciclo que no tiene nunca menos de veintiséis días ni más de veintinueve.

Hay que tomar en consideración:

a) *el ciclo más largo,* y por tanto el ciclo de veintinueve días, para determinar, a partir del primer día, ya conocido, de la menstruación precedente, el primer día de la menstruación *venidera;*

b) *el ciclo más largo,* para contar, remontándose hacia la *última* menstruación, los once días de esterilidad absoluta: al hacer esto no invadimos ciertamente los días propicios a la concepción;

c) *a la vez el ciclo más largo y el ciclo más corto:*

el ciclo *más largo,* y en este caso el de veintinueve días, para determinar *en sentido contrario,* partiendo del duodécimo día antes de la menstruación *esperada,* los ocho días de concepción posible, que son comunes a todos los ciclos, y van hasta el décimonoveno día inclusive de la menstruación futura;

el ciclo *más corto,* y por tanto el ciclo de veintiséis días, para añadir a los ocho días de concepción, comunes a todos los ciclos, y por consiguiente al de veintinueve días, los tres días que son propicios a la fecundación *si el ciclo se cumple en veintiséis días,* es decir, los días veinte, veintiuno y veintidós antes de la menstruación futura, *remontándose* siempre hacia la menstruación precedente, y los días ocho, nueve y diez, *descendiendo* de la menstruación pasada. Sin esta precaución corremos el riesgo de contar como estériles días que pueden llevar a la concepción *si el ciclo es en realidad de veintiséis días;*

d) *únicamente el ciclo más corto,* y por consiguiente el ciclo de veintiséis días, para calcular el número de días infecundos que *acompañan* o *siguen* inmediatamente al flujo menstrual, y que no pasan de siete en el ciclo de veintiséis días.

Así pues, en un ciclo que oscile de veintiséis a veintinueve días, tenemos, partiendo de la menstruación siguiente y remontándonos hasta el primer día de la menstruación precedente:

Once días de esterilidad absoluta; once días de concepción posible; siete días de esterilidad completa (1).

Resulta de ello que los ocho días de continencia reclamados por el método Ogino pueden alargarse en muchos casos, si se quiere evitar seguramente un nuevo embarazo por razones graves. No obstante, según Smulders, «la mayoría de los cónyuges sólo deberán abstenerse durante diez o doce días» (2).

(1) *De la continence périodique...,* pág. 93.

(2) *Ibid.,* pág. 113.

3.° *Tercera regla: no fiarse de la memoria.* — Esto es evidente después de lo que acabamos de decir. En la obra del Dr. Smulders se encontrarán los *detalles* de lo que conviene anotar por escrito (1).

Es igualmente manifiesto que con frecuencia conviene, y hasta es necesario, consultar a un médico experimentado. El Dr. Smulders insiste en este punto en varias ocasiones (2).

Si no es posible consultar fácilmente a un médico, se añadirán espontáneamente algunos días de continencia, o se empleará, para los ciclos regulares de veintiséis a treinta días, el método Knaus, que parece ser de aplicación más fácil.

2. Reglas particulares. — Las reglas particulares tienen en su totalidad el mismo objeto. Tienden a aclarar el punto más delicado e importante, que es el de determinar con la mayor precisión el *primer día* de la menstruación *venidera*.

Nos ocuparía demasiado espacio enunciarlas aquí. Remitimos, pues, al lector a la obra del Dr. Smulders (3).

ARTICULO II

CUESTION MORAL: MORALIDAD DE LA CONTINENCIA PERIODICA

597. Cuestión inevitable. — La cuestión moral nace *inevitablemente* de la cuestión médica, resuelta con tan perfecta seguridad por Ogino y Knaus. Y puesto que el ser humano puede elegir de hecho para sus relaciones íntimas los días más favorables para la procreación, *o por el contrario y exclusivamente* los días absolutamente estériles, se ve por consiguiente que la cuestión moral se nos ofrece bajo un *doble aspecto*. Como es justo, *nadie negará* a los esposos legítimos el derecho de preferir para sus relaciones sexuales el período *más propicio* para la concepción. Sin embargo, la otra cuestión parece a algunos, y lo es a primera vista, menos luminosa. Espíritus probos se preguntan si los cónyuges tienen *plenamente el derecho* de elegir para el acto conyugal, con miras a limitar los nacimientos o incluso a evitar la procreación, la *doble época de esterilidad absoluta* de que se compone, como hemos dicho, todo ciclo menstrual.

En este artículo *nos proponemos* demostrar que la continencia periódica no es ilícita en sí, considerando su *objeto,* con tal que sea practicada de común acuerdo, a menos de excusa legítima; luego, que puede ser de todo punto lícita si se consideran las *circunstancias* que dan a la acción concreta su realidad individual, y particularmente el *motivo* que la inspira. De ello deduciremos fácilmente el deber del médico.

(1) *De la continence périodique...*, págs. 98 y sig.
(2) *Ibid.*, págs. 94 y sig., etc.
(3) *Ibid.*, págs. 101 y sig.

1. Conexión íntima de las dos cuestiones. — No es difícil demostrar con claridad la estrecha conexión de las dos cuestiones: médica y moral.

1.° *Certidumbre.* — «Para Knaus y Ogino», en esto muy diferentes de Capellmann, «no existen verosimilitud e inverosimilitud: afirman con seguridad que han llegado a la *certidumbre* en esta materia difícil» (1).

2.° *Casi inutilidad de la continencia absoluta.* — Según Smulders, «desde ahora ya no se hablará, por regla general, de continencia *total* en el matrimonio: pues actualmente se puede por lo menos recurrir a la continencia periódica *sin temor a fracasos*... En mi opinión es posible por tanto aplicar la continencia periódica *casi* siempre, aun en los casos de indicaciones severas...» (2).

3.° *Ligereza relativa de las restricciones.* — «En la actualidad — lo demuestran mis experiencias de más de un año, así como comprobaciones científicas — la mayoría de los cónyuges no deberán abstenerse sino *por espacio de diez a doce días*. Los días restantes pueden unirse en toda tranquilidad... Y en este caso, como en todo lo que se efectúa a intervalos regulares, la adaptación a tal estado es muy rápida» (3).

Si tal es el *valor técnico* del nuevo método, conviene grandemente saber cuál es en justicia su *valor moral*.

2. Acto conyugal restringido al período de fecundidad. — Nada más legítimo ni más conforme al ideal.

«La Iglesia ha reverenciado en todo tiempo... un ideal de castidad nupcial en el que no se haga uso de los derechos conyugales sino para realizar el *primer fin* del matrimonio: la procreación y la educación de los hijos. Ya San Agustín hablaba en términos admirativos de los que llegan a practicar la castidad en el matrimonio siempre que la concepción es imposible...» (4). De este modo las relaciones íntimas entre esposos se convertirían en una ascención hacia Dios.

3. Relaciones sexuales limitadas al período de esterilidad. — Recordemos desde ahora el principio vulgar, pero fecundo, de que la bondad moral de un acto concreto resulta de *tres elementos*. Todo acto humano es moralmente bueno si la acción considerada en sí misma, y por tanto en su *objeto,* es moralmente buena o cuando menos indiferente; si ninguna de las *circunstancias* es moralmente defectuosa; si el fin del agente, y por tanto el *motivo,* no tiene nada de reprensible.

«La continencia periódica no constituye una excepción a esta ley general. Aquí también, *objeto, circunstancias,* comprendido el *motivo,* son los elementos que contribuyen a juzgar el valor moral de una acción» (5).

Nos bastará, pues, examinar estos tres elementos. Con la condición, sin embargo, de tener constantemente presente la distinción capital entre

(1) *De la continence périodique...*, en la que hay un artículo del Dr. P. Heymeijer, S. J., pág. 166.
(2) *Ibid.*, págs. 144, 145, 146.
(3) *Ibid.*, págs. 113 y 149.
(4) *Ibid.*, págs. 186 y sig. (art. del Dr. P. Heymeijer).
(5) *Ibid.*, pág. 178 (art. del Dr. P. Heymeijer).

la *parte del hombre,* que obra por libre impulso, y la *parte de la naturaleza,* que ejerce su actividad al margen de la libertad humana. En este caso la parte del hombre, o, como se dice, *la acción humana,* se reduce a no viciar, *por la manera de cumplirla,* la relación íntima, destinada por Dios mismo a la generación. Todo lo demás, ovulación, fecundación, nidación, embarazo, etc., es *únicamente parte y acción de la naturaleza.*

Sin perder nunca de vista esta importante distinción, examinaremos en tres párrafos la moralidad del *objeto;* la moralidad de las *circunstancias* y del *fin perseguido por el agente;* los derechos y deberes del médico. Asimismo, reconoceremos sin dificultad que la *primacía* corresponde al *motivo.*

§ 1. — Moralidad del objeto

598. Fin de la obra y medio. — Todo acto libremente propuesto por el hombre tiende naturalmente a un *término inmediato* del que depende su valor moral específico y que toma el nombre de *objeto.* Asimismo, tiende a este término inmediato, que es el fin de la obra, por un *medio* bueno, malo o indiferente. Así, por su naturaleza, la limosna tiene por objeto directo el alivio del pobre. Pero si hago limosna con dinero robado a un propietario conocido mío, me sirvo, para alcanzar un buen fin, de un medio malo. Por consiguiente, para que un acto humano sea moralmente bueno en razón de su *objeto,* es necesario que el *término inmediato* y el *medio* para alcanzarlo no tengan moralmente nada de censurable.

Se comprende sin esfuerzo la aplicación a la cuestión que nos ocupa. Considerada en su *objeto,* la continencia periódica, aun practicada de común acuerdo con la intención de evitar la procreación o de limitar los nacimientos, no es ilícita *en sí* si el término inmediato al que tiende y el medio puesto en práctica nada tienen de contrario a la ley moral.

En este caso las *circunstancias,* y particularmente el motivo, le darán su valor moral. *Investiguemos,* pues, si el *término inmediato* y el *medio empleado* no son en nada opuestos al derecho natural.

599. I. Moralidad del término inmediato. — Considerado en toda su *amplitud,* el *término inmediato,* al que tiende en este caso de común acuerdo, que suponemos plenamente voluntario, el libre querer de los esposos, encierra, por decirlo así, *cuatro componentes:* 1.°, la abstención o la continencia durante todo el período favorable a la concepción; 2.°, el acercamiento más o menos frecuente, según deseo de uno u otra, en el lapso en que la ausencia del óvulo, que puede ser fecundado, asegura por leyes providenciales una absoluta esterilidad; 3.°, la firme determinación, explícita o implícita, de aceptar el nacimiento de una nueva vida si, a consecuencia de falsos cálculos, o por cualquier otra causa, se produce el embarazo; 4.°, el claro conocimiento de que al lado

de la procreación, fin primario del matrimonio y de las relaciones íntimas (can. 1013, § 1), hay un doble fin secundario: la ayuda mutua, y por tanto la manifestación del amor recíproco; el remedio a la concupiscencia.

De estos cuatro componentes, el tercero y el cuarto no originan ninguna cuestión moral. Quedan el *primero* y el *segundo.* Conviene examinarlos, y, para ello, definir *cuáles son* y *cuáles no son* los deberes recíprocos de los cónyuges.

1. Cuáles son los deberes de los esposos. — En virtud de su contrato de matrimonio, que entre bautizados es un verdadero sacramento, los esposos legítimos tienen recíprocamente una *doble obligación,* origen de todas las demás. Deben *cumplir* el acto conyugal, destinado por Dios mismo para la propagación del género humano, siempre que una de las dos partes lo exija razonablemente, y cumplirlo *correctamente,* sin viciarlo, sin intentar deliberadamente despojarlo de su eficacia y de su fuerza por alguna práctica anticoncepcional, *sin obrar contra natura.*

2. Cuáles no son los deberes de los esposos. — Puesto que nadie está obligado a casarse, que las gentes estériles pueden contraer matrimonio, válido y lícito, con facultad de usar de él como todos los demás (can. 1068, § 3), que los esposos no están obligados a reivindicar sus derechos, a condición de no obrar nunca contra natura, sino que pueden renunciar a ellos por consentimiento mutuo, con tal que no haya peligro de incontinencia, y practicar en la unión conyugal la castidad, que la procreación aun siendo el *fin primario* del matrimonio, no es sin embargo, el *fin único,* consideramos como ciertas las dos conclusiones siguientes, que bastan a nuestro objeto.

1.° *Primera conclusión.* — Los esposos están autorizados a guardar la continencia por consentimiento mutuo durante todo el período de *fecundidad.* «Pueden concluir este acuerdo, pues nada les obliga a hacer uso de su derecho matrimonial precisamente en aquel momento» (1).

Para obligarles a ello no se podría apelar al fin *primario* del matrimonio. No resulta de este fin «que *toda pareja* debe cooperar con la acción todopoderosa de Dios para recibir... este precioso fruto del matrimonio que son los hijos... A pesar de que los hijos ocupan el primer lugar entre los dones del matrimonio, no son su *fin único,* como tampoco son el *fin indispensable* de cada unión en particular» (2).

2.° *Segunda conclusión.* — Libres de abstenerse durante el período de *fertilidad,* los esposos legítimos están igualmente en libertad de mantener relaciones íntimas en el curso del período *infecundo,* relaciones que no pervierta ninguna práctica anticoncepcional y que *únicamente* leyes providenciales hacen estériles.

Indudablemente frustran el fin primero del matrimonio. Sin embargo, puesto que no vician el acto conyugal *por la manera de cumplirlo,* y que

(1) *De la continence périodique...,* pág. 174 (art. del Dr. P. Heymeijer).
(2) *Ibid.,* págs. 172 y 173.

tienen *justos motivos,* como diremos, «obran según la sana razón al perseguir los fines secundarios» (1).

Así pues, no se les puede reprochar que ejecuten deliberadamente actos *contra natura,* ni que quieran, en el mal sentido de la palabra, los *goces* sin las *cargas.*

«Sería contra natura gozar de una acción y tener cuidado al mismo tiempo de eliminar las cargas que pudieren derivar de ella interviniendo intencionalmente en la naturaleza. No es contrario a la naturaleza negarse un placer, para evitar las cargas, en los días en que éstas serían la consecuencia inevitable (2).

Esta postrera consideración nos lleva de modo enteramente natural a examinar la moralidad del *medio.*

600. II. Moralidad del medio empleado. — Si el *término inmediato,* que es la abstención durante el período de fecundidad y el libre uso del matrimonio en el curso de los períodos infecundos, no tiene, como acabamos de decirlo, nada de malo, ¿cuál es el valor moral del *medio empleado* para alcanzar este término? Es fácil demostrar, por un *doble camino,* que dicho medio, el acto conyugal, es enteramente irreprochable. En otros términos, basta considerar en sí mismo, y oponer a las prácticas neomaltusianas, el *acto realizado* durante el período de esterilidad.

1. MEDIO CONSIDERADO EN SÍ MISMO. — En este caso especialmente conviene recordar la distinción entre la *acción del hombre,* sometida al libre arbitrio, y la *acción de la naturaleza,* substraída a la libertad humana.

1.° *Acción del hombre.* — En la «continencia periódica», la libre acción del hombre *no difiere en absoluto,* en sí misma, de los actos conyugales realizados durante el período de concepción y aptos por sí mismos para dar lugar a un nuevo nacimiento. Posee todas las cualidades requeridas. No solamente se unen los esposos *correctamente* en primer lugar, sino que el germen de vida es depositado en la vagina y nada se opone a su progresión hacia el útero y a su entrada en este órgano.

2.° *Acción de la naturaleza.* — En virtud de las leyes providenciales, únicamente falta la *acción de la naturaleza.* En aquel momento no hay ningún óvulo que, después de liberado, pueda ser fecundado.

2. MEDIO COMPARADO CON LAS PRÁCTICAS NEOMALTUSIANAS. — Bajo el pretexto de que el *fin* es idéntico y de que este fin es, por una y otra parte, la *limitación de los nacimientos,* se ha querido asimilar a las prácticas neomaltusianas la continencia periódica en el matrimonio.

La verdad es que existe un abismo infranqueable entre el neomaltusianismo y la continencia periódica. Si el *fin* se presta a comparación, el *medio* puesto en práctica es enteramente opuesto.

(1) *De la continence périodique...,* pág. 174.
(2) *Ibid.,* pág. 168.

La acción humana, que hace imposible la concepción al *viciar* el acto conyugal por la forma en que es ejecutado, se realiza deliberadamente *contra natura:* he aquí todo el neomaltusianismo.

La acción de la naturaleza, que, por falta de óvulo, no completa a la acción humana *efectuada correctamente:* tal es la continencia periódica, conforme a las leyes providenciales, muy lejos de serles contraria.

«Al recurrir a la continencia temporal, aun con la intención de evitar o de limitar los nacimientos, los esposos *no se oponen* a la finalidad misma de la función sexual. Realizan el acto *conforme a la naturaleza:* no hay en ellos *contradicción* entre la finalidad natural del acto y la forma en que lo ejercen. No hay destrucción de orden esencial a nuestra naturaleza, tal como Dios la ha querido.

De hecho, la fecundación no tendrá lugar, *de lo que es causa la misma naturaleza* al rehusar en este período toda fecundación a la esposa. El acto ejecutado en este momento preciso carece de eficacia para procrear una nueva vida, *porque la naturaleza ha sido hecha así* por Dios, *y no* porque el artificio de los hombres lo impida» (1).

Concluyamos, con el profesor W. Duynstee, que es absolutamente imposible asimilar la continencia periódica al neomaltusianismo. «Admitiendo que persigue el mismo *objeto,* difiere de él esencialmente en que no emplea un *medio* intrínsecamente malo para obtenerlo» (2).

§ 2. — MORALIDAD EN RAZÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS Y DEL FIN

601. Importancia. — La continencia periódica no es mala ni por el término inmediato al que tiende ni por el medio empleado para alcanzar este término. Lo que no significa que sea *por este solo hecho* moralmente buena. Si bueno es procurarse por medios honestos una cloriosa corona de hijos, no es necesariamente bueno evitarlos por los mismos medios, o por lo menos limitar su número.

Considerada por consiguiente sólo en su *objeto,* la continencia periódica es *indiferente* más bien que moralmente buena (3).

Las *circunstancias,* y, en primer lugar, el *móvil* que inspire a los cónyuges, le darán la bondad o la malicia moral que le niega su objeto.

Sabemos ya cuál es la común condición de los actos humanos *indiferentes.* ¿Es indiferente la acción considerada en sí misma, *en su objeto?* Dependerá entonces plenamente de las *«circunstancias»* que el acto sea o no moralmente bueno. Y será a menudo el móvil o el *motivo* el que en primera instancia dilucidará la cuestión.

Aquí la primacía corresponde al *móvil.* Las circunstancias hacen más bien que los esposos tengan o no una *razón válida* para limitar los nacimientos.

(1) *De la continence périodique...,* pág. 176 (art. del Dr. P. Heymeijer).
(2) *Ibid.,* págs. 153 y sig.
(3) *Podríamos decir* lo mismo del *deseo positivo* de no tener hijos. Prescindiendo del motivo, malo o bueno, este deseo es indiferente.
(4) *De la continence périodique...,* pág. 179.

602. I. Papel de las circunstancias. — Tres circunstancias merecen un examen particular. Estas tres circunstancias, que deben considerarse más atentamente, son la necesidad del consentimiento mutuo; la gravedad, mayor o menor, de los peligros que el período de continencia implica para los dos esposos o para uno de ellos; finalmente, en cierto límite, las exigencias del bien común. Por lo demás veremos que estas tres circunstancias nos llevan a la *misma conclusión:* únicamente *motivos justos* legitiman la continencia periódica.

1. Necesidad del consentimiento mutuo. — Por regla general admitimos el principio siguiente, único que salvaguarda la igualdad de los derechos conyugales entre legítimos esposos: «Un consentimiento mutuo sincero, *que no sea impuesto* por una de las partes, es plenamente indispensable» (1).

Sin embargo, se comprende que este principio no es absoluto, sino que tiene excepciones. Una mujer que no puede, sin grave inconveniente o tal vez sin peligro de muerte, exponerse a un nuevo embarazo, está plenamente autorizada *para imponer a su marido* la continencia periódica. Tenemos, pues, en esto una primera cuestión que en último análisis se resuelve por el motivo.

2. Peligros nacidos de la continencia. — Puede ocurrir que de los diez o doce días de continencia periódica nazca un *doble peligro:* el de relaciones adúlteras o el de prácticas neomaltusianas. De ordinario este peligro no será muy grave. Pero si es real, es necesario, para exponerse a él, una razón proporcionada, y por lo tanto *un motivo más serio* que en los demás casos (2).

3. Exigencias del bien común. — Aquí también importa distinguir la regla y la excepción.

La *regla* es que «Dios no ha impuesto ni al individuo, ni a la raza humana por entero, la preocupación de tener una posteridad muy numerosa», o incluso, si se trata de particulares, de tener una posteridad (3). ¿Pero no habría *excepción* para esposos ricos y sanos que podrían, sin graves molestias, tener familia numerosa y dar al país un ejemplo saludable, del que prevén con seguridad sus buenos efectos? Digamos solamente que en este caso, bastante raro, sería difícil encontrar razones que legitimaran plenamente la continencia periódica y excusaran de toda falta, aun ligera, a los interesados.

603. II. Papel del motivo. — Todo lo que precede demuestra evidentemente que la *intención* de los cónyuges desempeña en esto un *papel primordial.*

(1) *De la continence périodique...*, pág. 181 (art. del Dr. P. Heymeijer).
(2) *Ibid.*, pág. 181.
(3) *De la continence périodique...*, pág. 177 (art. del Dr. P. Heymeijer). Descuidamos mencionar el caso, muy raro, en el que hubiera, para preservar a la familia o al país de un grave perjuicio, una seria obligación de tener relaciones íntimas en el curso del período de fertilidad.

Un motivo inconfesable y siempre reducible al egoísmo, al amor a las comodidades, a la sensualidad, hace culpable a la continencia periódica en lugar de legitimarla.

En cambio una *justa causa,* médica o social, la legitima por completo.

Así pues, sólo queda por resolver esta *doble cuestión.* Si el motivo es de los que se ocultan a los demás, y que se intenta ocultar a sí mismo a veces, ¿qué especie de falta cometen los esposos? ¿Qué debe entenderse por *causa justa,* causa válida, causa suficiente?

1. Naturaleza y gravedad de la falta. — Distingamos netamente dos especies de casos, según haya violación, o, por el contrario, respeto a los derechos.

1.° *Violación de los derechos conyugales.* — Si el consentimiento mutuo sincero es reemplazado por la imperiosa voluntad de una de las dos partes, y la *aquiescencia forzada* de la otra, deseosa de tener hijos, pero aun más deseosa de conservar la paz del hogar, hay en realidad *violación de los derechos conyugales,* y de ordinario *falta grave,* si no contra la castidad, por lo menos contra la justicia, o, lo que es lo mismo, contra la fidelidad conyugal.

2.° *Respeto a los derechos conyugales.* — Supongamos que ambos esposos están de perfecto acuerdo. Por avaricia, por temor a los hijos, a los gastos, por temor a maternidades fatigosas o por cualquier otro móvil que se reduce fácilmente a éstos, los cónyuges acuerdan la práctica de la continencia periódica. Sin duda, propiamente hablando, no pecan contra la castidad. Pero la falta de que se hacen culpables tiene toda la malicia del motivo que la inspira. Y si de ordinario esta falta es ligera, otras veces puede ser grave.

2. Causas justas. — Con intención empleamos el término de causas *justas.* En efecto, puesto que se trata aquí, no de asignar una razón que *excuse* la observancia de una ley positiva de indiscutible gravedad, sino de indicar los motivos que hacen *moralmente buena* la continencia periódica, y por lo tanto, en virtud de su objeto, *indiferente,* tenemos en sí por suficiente a toda causa *razonable,* es decir, a todo motivo *dictado por la razón,* y no por un egoísmo ávido de goces sin cargas, enemigo de las sanas restricciones, inconciliable con el espíritu de sacrificio necesario a cualquier hombre digno de este nombre. Nos falta solamente deducir de este principio las conclusiones que contiene. Distinguiremos los motivos simplemente razonables y las razones de orden social o médico verdaderamente graves.

1.° *Motivos razonables, sin ser graves.* — Si los esposos pueden, con toda lealtad, darse testimonio de que al practicar la continencia periódica ceden a un motivo *dictado por la recta razón* y que no se exponen a graves peligros, no tienen motivo para inquietarse, y el confesor no les reriminará por su conducta. Naturalmente, la tranquilidad será mayor si se han decidido, como conviene, por una grave razón de orden social o médica.

2.° *Motivos graves de orden social.* — El Dr. R. de Guchteneere indica algunos que muy a menudo tienen repercusión desfavorable sobre la salud de los padres o de los hijos.

«Un salario módico, una casa pequeña, el trabajo de la mujer fuera de casa, la falta de auxilio, el paro obrero, son otras tantas contingencias sociales que gravitan sobre la salud y aumentan desmesuradamente la carga física de la maternidad» (1). Es justo que los esposos, y en caso necesario sus consejeros, especialmente el confesor, lo tengan en cuenta.

3.° *Motivos graves de orden médico.* — Los motivos de orden médico, o, en otros términos, las «*indicaciones*» son de dos clases. Hay indicaciones perpetuas e indicaciones provisionales.

a) *Indicaciones perpetuas.* — «Estas indicaciones serán a veces formales en los casos, relativamente raros, en que un nuevo embarazo sería un grave peligro para la vida o para la salud de la madre; en ciertos casos también, más raros todavía, en que una lacra hereditaria e incurable arrebatara toda esperanza de progenie sana.»

b) *Indicaciones provisionales.* — «En general la indicación es *transitoria*. Se trata de un *estado patológico momentáneo,* o, más simplemente, de permitir a la madre que *rehaga las fuerzas* minoradas por embarazos sucesivos.»

Para explicar mejor este último caso, que se refiere a las *maternidades demasiado aproximadas,* el Dr. R. de Guchteneere añade: «La continencia periódica aparece entonces como una medida temporal que asegura a los nacimientos este *espaciamiento conveniente* que muy a menudo la lactancia materna no logra realizar.»

Su *conclusión* es que la continencia periódica así practicada «*servirá al ideal de la fecundidad racional*. Esta consiste, para los padres, en educar el mayor número posible de hijos sin daño para la salud de todos, salvaguardando al mismo tiempo la armonía de la vida conyugal» (2).

«Si Dios — dice el profesor Schmitt — ha creado a los órganos genitales estériles durante cierto tiempo, ha tenido también en esto sus sanas intenciones» (3), que, al parecer, la *fecundidad racional* realiza plenamente.

§ 3. — Papel del médico: derechos y deberes

604. I. Breves observaciones. — Para no alargar desmesuradamente este artículo, nos limitaremos a muy breves observaciones, que expondrán la ciencia deseable; las reglas que deben seguirse en las indicaciones; la prudencia en las prescripciones; los beneficios probables.

1. Ciencia deseable. — Conviene soberanamente que todos los médicos conozcan a fondo la teoría y la práctica del método Ogino-Knaus.

(1) *De la continence périodique...*, pág. 190, nota.
(2) *Ibid.*, págs. 189 y sig., nota 1.
(3) *Ibid.*, pág. 168.

Solamente así podrán guiar a sus clientes con pleno conocimiento de causa (1).

2. Reglas en las indicaciones. — Es evidente que el médico debe tener en cuenta indicaciones *médicas,* o, en su conjunto, *médicas y sociales*. Pero estimamos, con el Dr. R. de Guchteneere, que no le corresponde «tomar la iniciativa en los casos en que *sólo* exista la indicación social, sin repercusión en la salud, pues sería traspasar su terreno, inmiscuirse en cuestiones de conciencia personal que nada le importan» (2).

3. Prudencia en las prescripciones. — «El médico se atenderá estrictamente a las reglas, y no prescribirá *más días de continencia* que los necesarios. Sólo entonces podrá afirmar en plena conciencia que hay que *conformarse estrictamente a los días de continencia prescritos* si se quiere lograr el fin propuesto» (3).

4. Beneficios probables. — Una palabra sobre las esperanzas legítimas y sobre las que parecen menos fundadas.

1.° *Esperanzas legítimas.* — Después de haber observado durante ocho meses, por muy graves motivos, la continencia periódica, o mejor luego de haber substituído por ella la continencia *absoluta* que seguía «por indicación médica severa», un marido escribía al Dr. Smulders:

«Mi vida actual nada tiene de comparable a la pesadilla pasada: son dos existencias totalmente diferentes que no es posible parangonar. No os podéis figurar la felicidad que nos ha aportado Ogino.

Una continencia absoluta durante ocho meses no es ciertamente fácil de soportar. Sin embargo, dadas las circunstancias, ¿cómo habría yo podido reanudar las relaciones conyugales de no haber existido Ogino?

Por esto me alegro de la existencia de tal método. Mis nervios se han normalizado, y la salud de mi mujer es visiblemente mejor. Imaginad todo lo que esto significa para ella: una vida conyugal normal sin el temor del embarazo, que sería fatal para ella...» (4).

2.° *Esperanzas menos fundadas.* — «Se ha exagerado el valor del método de Ogino como antídoto del neomaltusianismo: nos parece ser de orden *preventivo* más bien que *curativo*.

En otros términos, si bien el conocimiento de un método seguro de limitación de los nacimientos por la continencia periódica es susceptible de impedir que *en el futuro* numerosas parejas se entreguen a las prácticas anticoncepcionales, muy raros serán los que, *ya acostumbrados* a estas prácticas malhechoras, las abandonen para reemprender una vida conyugal honesta y sana.

La doble razón que aporta el Dr. R. de Guchteneere es digna de mención, pues la primera contiene un elogio implícito de la continencia periódica. «Temen a la *restricción* que, a pesar de todo, les impondrá este

(1) *De la continence périodique...*, págs. 150 y sig.
(2) *Ibid.*, pág. 190, nota.
(3) *Ibid.*, págs. 96 y sig.; págs. 139 y sig.
(4) *Ibid.*, págs. 142 y sig.; pág. 144.

método; temen más todavía a un fracaso eventual, por lo demás siempre posible» (1).

605. II. Médico del alma: su papel. — El médico del alma, o, en otros términos, el confesor, tiene un *doble papel* fácil de definir: de ordinario, apreciar si hay una justa causa para practicar la continencia periódica; remitir, cuando menos para la ejecución, y por tanto para los detalles del método, al médico del cuerpo.

1. Lo que suponemos. — Suponemos al director de conciencia bien convencido de que la continencia periódica es lícita: lícita por su *objeto,* que moralmente no es bueno ni malo; lícita por las *circunstancias,* si nada obliga a los esposos a tener relaciones íntimas durante el período fértil; lícita por el *motivo,* si tal conducta no es inspirada por ninguna consideración deshonesta.

En caso necesario, recordará las *dos declaraciones* de la *S. Penitenciaría:* una, más reciente, del 16 de junio de 1880; otra, más antigua, de 1853; por lo demás, ambas datan de una época en la que las teorías científicas eran mucho menos firmes, y las dos son anteriores a la publicación de la obra de Capellmann.

Según la declaración del 16 de junio de 1880, no hay motivo para inquietar a los cónyuges que hacen este uso del matrimonio, y el confesor puede insinuar prudentemente la continencia periódica a los esposos a los que no hubiera logrado disuadir por otros medios del crimen detestable del onanismo.

La respuesta de 1853 es todavía más clara. El arzobispo de Amiens había planteado esta *cuestión:*

«Ciertos esposos, apoyándose en la opinión de los médicos, están persuadidos de que hay en el mes varios días durante las cuales la concepción no puede tener lugar. ¿Es necesario inquietar a los que *solamente* hacen uso del matrimonio *durante estos días...*?

He aquí los términos de la *respuesta,* que fué negativa:

«Considerándolo todo, la Sagrada Penitenciaría responde a V. I. el arzobispo de Amiens *que no es preciso inquietar* a las personas de que habla *con tal que* no hagan nada para impedir la concepción.»

2. Apreciar si existe una causa razonable. — Por lo común no le será muy difícil al confesor juzgar si en el caso concreto existe un *motivo razonable* de restringir las relaciones íntimas al período infecundo.

3. Remitir al médico. — El director remitirá al médico: 1.°, siempre, o casi siempre, para la práctica del método; 2.°, luego, si la única razón legítima que existe es de orden estrictamente médico y excede de su competencia; 3.°, finalmente, siempre que en un caso particularmente grave, en el que un nuevo embarazo pueda tener consecuencias desastrosas, se trate de decidir si la continencia periódica conjura todo peligro, o si es preciso, para mayor seguridad, recurrir a la continencia absoluta a pesar de sus inconvenientes reales.

(1) *De la continence périodique...*, pág. 190, nota (art. del Dr. R. de Guchteneere).

CONCLUSION GENERAL

606. Certidumbre respectiva. — Llegados al término de este estudio, estimamos útil exponer las *tres conclusiones* que de él se desprenden naturalmente: 1.ª, la cuestión *moral* se resuelve con una certidumbre que no deja subsistir duda alguna; 2.ª, a los especialistas corresponde discernir si ocurre de otro modo con la cuestión *médica;* 3.ª, los débiles rayos de luz que aclaran a nuestros ojos el plan divino bastan para hacernos admirar las disposiciones de la divina Sabiduría y hacernos bendecir las solicitudes amorosas de la divina Bondad.

1. Certidumbre de la solución moral. — Es plenamente cierto que la continencia periódica es legítima por todos conceptos, considerada desde el punto de vista de la ley moral. Esta certidumbre se apoya en definitiva en el único principio que sigue.

Con la triple condición de proponer constantemente actos correctos por la manera como son ejecutados, de no estar obligados por circunstancias especiales a la procreación, de no tener nunca una intención indigna del ser racional, sino por el contrario una intención dictada por la recta razón, dos esposos legítimos, seguramente libres de guardar siempre la continencia, o de ejercer enteramente, aunque fuesen estériles, sus derechos conyugales, pueden, de común acuerdo, elegir para sus relaciones íntimas, con exclusión de toda otra época, el tiempo que les convenga, aunque fuera únicamente el período de esterilidad absoluta. La buena intención hará moralmente buena una acción que, conforme a las leyes providenciales, es indiferente por su naturaleza.

2. Certidumbre de la solución médica. — Si la solución moral es cierta, lo es igualmente la solución médica? En un artículo escrito en latín, y publicado en la *Nouvelle revue théologique,* el R. P. F. Hürth concede una certidumbre científica a las teorías que determinan la fecha de la ovulación. Pero hace alguna salvedad sobre la muerte rápida del óvulo, y sobre todo de los espermatozoides (1). El Dr. Smulders le reprocha fundar su apreciación «en datos forzosamente incompletos, sin contar que se aventura en un terreno que no es el suyo en absoluto» (2). Le reprocha aún más exigir la continencia absoluta en los casos en que un nuevo embarazo acarrearía muy graves inconvenientes (3).

En esto nos adherimos sin dificultad a la opinión del Dr. Smulders. Dejemos a los especialistas la *doble tarea* de aclarar plenamente la cuestión teórica y aplicar prudentemente los datos actuales a la práctica.

3. Belleza y bondad del plan divino. — Lo poco que entrevemos nos permite admirar y bendecir el ritmo armonioso que se desarrolla de una *doble manera* según haya o, por el contrario, no haya fecundación.

(1) *N. R. T.*, págs. 683 y sig., 1931.
(2) *De la continence périodique...*, págs. 147 y sig.
(3) *Ibid.*, pág. 148.

Describamos muy sumariamente las fases principales de este ritmo, que son en verdad modulaciones de sabiduría providencial y de paternal bondad.

1.º *Fases que siempre se efectúan.* — a) En realidad la *ovulación* es el comienzo, el término inicial de todo el ciclo menstrual. Por esto es un gran progreso haber determinado con exactitud su fecha precisa. Tenemos el punto de partida.

b) Sigue la *formación del cuerpo amarillo:* por diversas causas, y especialmente por sus secreciones internas, prepara de tal suerte al útero que, si la fecundación sobreviene, el óvulo fecundado puede *anidar* en buen lugar en la matriz.

2.º *Si no hay fecundación.* — Nos hallamos entonces en presencia de tres fases, estrechamente ligadas entre sí.

a) El óvulo no fecundado *muere rápidamente,* o cuando menos deja de ser apto para la fecundación.

b) Hay *regresión* del cuerpo amarillo, que degenera después de algunos días y no ejerce ya su acción sobre el útero.

c) Entre los días trece y diecisiete a partir de la ovulación se produce la menstruación. Expulsa todo lo que ha sido preparado en vano para la nidación y el embarazo. Por este hecho señala el fracaso de la ovulación, y pone fin al ciclo: es un aborto sin fecundación (1).

3.º *Si hay fecundación.* — Si, por el contrario, hay fecundación y nidación, el cuerpo amarillo menstrual se transforma, bajo la influencia del óvulo fecundado, *en cuerpo amarillo gravídico,* que impide el flujo menstrual y se opone a una nueva ovulación en tanto conserva su vigor.

Es el *embarazo* que comienza, prosigue y termina con el parto.

La *lactancia* «obra como un factor antagonista, moderador de la actividad ovárica». Retarda considerablemente la menstruación, y, en muchos casos, impide que los embarazos se sucedan con excesiva rapidez: es un mecanismo natural de regulación (2).

Si la lactancia no basta, la *continencia periódica* acude felizmente en su ayuda. Como hemos dicho, «aparece entonces como una medida temporal que asegura a los nacimientos este *espaciamiento conveniente* que, con bastante frecuencia, no logra realizar la lactancia materna» (3).

Es tarea de los médicos y especialistas desarrollarnos el plan divino. A ellos corresponde demostrarnos toda la sabiduría y beneficencia que en él se encierra.

(1) *De la continence périodique...,* pág. 191 (art. del Dr. R. de Guchteneere).
(2) Dr. R. de Guchteneere: *La limitation des naissances,* págs. 173 y sig.
(3) *De la continence périodique...,* pág. 189, nota 1 (art. del Dr. R. de Guchteneere).

INDICE ALFABETICO

NOTA. — Remitimos casi siempre a los *números.* La referencia a las páginas se indica por las letras *pág.* o *págs.*

ABLACIÓN DEL ÚTERO CANCEROSO: casos que se presentan, 396; — solución, 398.
ABORTO LLAMADO MÉDICO: punto de vista moral, 387, 388; — punto de vista médico, 389, 390; — operaciones moralmente semejantes, 393.
ADAPTACIÓN AL CLIENTE: naturaleza, 226; — medios generales, 226; — límites, 226. V. ENFERMOS DIVERSOS; MORAL; OPTIMISMO, etc. Véase también 132 y sig.
ADVERTIR A UN ENFERMO EN PELIGRO DE MUERTE: obligación, 124 y 125; — gravedad, 126; — origen, 127; — extensión, 128; — manera de hacerlo, 129; — lo que hay que decir, 130; — lo que conviene decir, 130; — lo que importa callar, 130.
ALIENACIÓN MENTAL: una sana psicología favorece su estudio, 589.
«AMBULANTES»: médicos llamados ambulantes, 568 y sig.
ANCIANOS: cómo cuidarlos, 134.
ANESTÉSICOS: uso, si se trata de enfermos, 202; — de los moribundos, 205. V. CLOROFORMO.
ANGUSTIA DEL ENFERMO DESEOSO DE VER SIN RETARDO AL MÉDICO: tenerlo en cuenta, 88, pág. 87, nota 1.
ANTICONCEPCIONALES (PRÁCTICAS). V. NEOMALTUSIANISMO.
ASCESIS INDIRECTA, 133, not. 3.
ASESINATO: voluntario en sí, 376; — voluntario en la causa, 377; — su moralidad: si es directo, 377 y sig; si es indirecto, 379 y sig.
ASISTENCIA GRATUITA DE LOS POBRES: existencia, título, extensión de la obligación, 214 y sig.; — consejos de la ley moral, 417 y sig.; — práctica de la asistencia gratuita, 421 y sig.
AUTORIDAD DE LA LEY: y secreto profesional, 487 y sig.
AYUDANTES DEL MÉDICO: están obligados al secreto profesional, 469, 3; — su papel si están encargados del cloroformo, 360, 2.

BANDOS LOCALES: mantenerse apartado de ellos, 550, 2.
BAUTISMO: en caso de necesidad, poder y deber de toda persona, 425, 426; deber del médico, 427; — manera de bautizar: lo que hay que hacer siempre, 429; — en caso de duda, 430; — en el curso de un parto difícil, 431; — en caso de aborto, 432; — en presencia de fetos monstruosos, 433; — en el seno materno, 434; — después de la muerte de la madre, 435; véase bibliografía, 1935, nota.
BIEN COMÚN: sus exigencias relevan del secreto natural, 457, 2; — simplemente prometido, 459, 3; — confiado, 461, 2; — y a veces del secreto profesional, 487 y sig.
BIEN DEL INTERESADO: releva del secreto natural, 457, 2; simplemente prometido, 459, 2; confiado, 461, 1; y a veces del secreto profesional, 499; 482; 461. V. CONSENTIMIENTO.
BIEN DE UN TERCERO: releva del secreto natural, 457, 2; — prometido, 459, 3; — confiado, 461, 3; — y a veces del secreto profesional, 490 y sig.
BIEN PERSONAL DEL DEPOSITARIO Y POR TANTO DEL MÉDICO: releva del secreto natural, 457; — prometido, 459; — confiado, 461, 5; — y hasta a veces del secreto profesional, 500.
«BIRTH CONTROL»: forma disimulada del neomaltusianismo, 308, 310; — su inmoralidad y maleficencia, 311 y sig.; — sus cuatro argumentos, 315 y sigs.; — debe ser combatido por el médico, 321 y sig.
BLENORRAGIA: relativamente al matrimonio, 285, 3, 3.º
BOLETINES DE SANIDAD: pueden violar el secreto profesional, 478.
BONDAD: necesidad, 108; — atributos, 109.

CAMBIO DE MÉDICO: planteamiento de la cuestión, 557, 2; — derecho del enfermo y deber del médico, 558; — exposición de las opiniones, 561; — solución racional, 562.
CAMBIO DE PROFESIÓN: gran prudencia y reserva en los consejos que dé el médico, 281.

CARDÍACOS: relativamente al matrimonio, 285, 2.

CARIDAD RESPECTO A LOS ENFERMOS: dedicarse a su servicio, 41 y sig.; — en las visitas mostrarse bueno, paciente, firme, 108 y sig.; — advertir al enfermo de la gravedad de su estado, 124 y sig.; — no dar ningún consejo reprobado por la sana moral, 287 y sig.; — hacer bautizar o bautizar a los niños en peligro de muerte, 427; — no rehusar un certificado que se pueda despachar sin grave inconveniente, 449, 452.

CARIDAD RESPECTO A LOS POBRES. V. ASISTENCIA GRATUITA DE LOS POBRES: CONSULTAS GRATUITAS.

CARIDAD HACIA LOS COLEGAS: en todo tiempo, 549 y sig.; 511; — en caso de enfermedad, 527, pág. 644, nota 5.

CARIDAD, PUEDE SER VIOLADA de muchas maneras, 10, etc.

CASTIDAD, 283 y sig. V. CELIBATO.

CAUSAS EXCUSANTES RELATIVAS: a los preceptos eclesiásticos, 438; — al secreto: natural e impuesto a todos, 457; prometido, 459; confiado, 461; natural e impuesto al médico, 462 y sig.; que recae sobre hechos perjudiciales al enfermo, pero descubiertos a causa del ejercicio de la profesión, 465; profesional, 481 y sig. V. SECRETO PROFESIONAL.

CELIBATO: sólo tiene valor junto con la continencia y puede ser necesidad, cobardía, virtud, 283; — si es *necesidad*, el médico prohibirá o desaconsejará el matrimonio, 284 y sig.; — si es *cobardía*, el médico podrá aconsejar el matrimonio, 286; — si es *virtud*, y virtud posible, el médico no podría desaconsejarlo, 287 y sig., pues la continencia perpetua es posible, 290; permitido, 291; rico en beneficios individuales, 292; sociales, 293; sin peligro para la salud, 294.

CERTIFICADOS: despacho obligatorio por varias razones, 499; — reglas que deben seguirse: respetar la verdad, 451; no olvidar nunca la prudencia, 452; — guardar el secreto profesional: desde este punto de vista, certificados que se suministran en vista de un seguro de vida, 484; certificados que se despachan a una Compañía de seguros sobre la causa del fallecimiento, 485; declaraciones en justicia provocadas por el cliente y favorables a sus intereses, pág. 486.

CESÁREA (OPERACIÓN): después de la muerte de la madre, 435; — precauciones antes, durante y después de la operación, 435.

CESIÓN DE CLIENTELA: su verdadera naturaleza, 566; — condiciones exigidas por la justicia, 567.

CIENCIA PROFESIONAL: definición, 12; — necesidad, 13; — ventajas intelectuales relativas a la prudencia, 107; morales, 17; — extensión requerida, 18 y sig.; — medios prácticos de adquirirla, etc., 21. V. RESPONSABILIDAD.

CIENCIA ÚTIL AL MÉDICO: directamente, 22; — indirectamente, 22; — cultura literaria, 23; — cultura filosófica, 24.

CIRUGÍA. V. OPERACIONES.

CIRUJANO: 332 y sig. V. OPERADOR.

CLOROFORMO: exige discreción, prudencia, vigilancia, 360.

COLEGAS: 544 y sig. V. RELACIONES CON LOS COLEGAS.

COMPETENCIA: cuál es la condenable, 556, 3; 569 y sig.; 578.

COMPROBADOR (MÉDICO): y secreto profesional, 469, 5.

CONCIENCIA: el médico debe ser hombre de conciencia, 28 y sig.; 506.

CONSEJOS MÉDICOS RELATIVOS: al cambio de profesión, 281; — a un retiro anticipado, 282.

CONSEJOS MORALES RELATIVOS: al celibato, 284 y sig.; — a las relaciones sexuales antes del matrimonio, 295 y sig.; — a la edad del matrimonio, 299 y sig.; — a los matrimonios entre próximos parientes, 303 y sig.; — a las prácticas anticoncepcionales, 305 y sig.; 321 y sig.; — a la fecundación artificial, 323 y sig.; — a la poligamia, remedio de la esterilidad de la primera mujer, 326 y sig. V. CELIBATO, etc.

CONSENTIMIENTO DEL ENFERMO: *legítimo;* de las visitas demasiado frecuentes, 96; — o hasta inútiles, 99 y sig.; — una consulta plenamente inútil, 160; — en ciertos casos la prescripción de remedios: menos seguros, 188, 2; — inútiles, 195; — de doble efecto, 198; — de doble filo, 199; — en un caso muy raro una dosis de morfina que priva a un moribundo del sentimiento, 203; — un prudente y hábil uso del hipnotismo, 248; — una operación peligrosa, 357; — la revelación del secreto natural, 457;—del secreto prometido, 459; — del secreto confiado, 461; — y a veces del secreto profesional, 482 y sig.

CONSENTIMIENTO NO LEGÍTIMO SIEMPRE: la revelación del secreto profesional, 471, 482 y sig.

CONSENTIMIENTO NUNCA LEGÍTIMO: la experimentación con miras a comprobar en el enfermo una hipótesis científica, 182 y sig.; — el abuso de los anestésicos y especialmente de la morfina, 202 y sig; — la fecundación propiamente artificial, 324; — una operación directamente mortal, 356; — los falsos certificados o los certificados de complacencia, 451.

CONSULTANTE EN LA CABECERA DEL ENFERMO: sus deberes con el paciente, 165 y sig.; — sus deberes con el médico tratante: durante la consulta, 168 y sig., 177, nota 4; pág. 229, nota 1; después de la consulta, 574; — en los casos de operación, 575; — sus honorarios, 178; 539.

CONSULTANTE EN SU GABINETE DE CONSULTA. V. GABINETE.

CONSULTANTE; ESTÁ SOMETIDO: al secreto profesional, 469, 1.

CONSULTAS: deber del médico tratante, si es necesario una consulta, 154 y sig.; — útil, 156 y sig.; — inútil pero exigida por la familia, 160; perjudicial por la imprudencia del consultante, 161 y sig.; — modo de proceder antes, durante y después de la consulta, 173 y sig. V. CONSULTANTE.

CONSULTAS GRATUITAS DADAS A TODOS EN EL DESPACHO DEL MÉDICO: derecho real, 578; — ciertas precauciones deseables, 578, 2.

CONTABILIDAD: debe llevarse siempre al corriente, 529, 3.

CONTINENCIA PERIÓDICA EN EL MATRIMONIO, 590 y sig.; — cuestión médica, 591 y sig.; — cuestión moral, 597 y sig.

CONVENCIONES DE HONORARIOS: honrados, 538, 6; — deshonrosos, 538, 6; — peligrosos, 538, 6.

COOPERACIÓN A UNA MALA ACCIÓN: condiciones requeridas, 375.

CORTESÍA: con los clientes: necesaria al médico, 55, 2; 56, 3; 57 y sig.

CORTESÍA CON LOS COLEGAS: debe ser conforme al derecho natural, 552; — adaptada a las circunstancias, 553; — acomodada a las costumbres reinantes, 554.

CRÁNEOTOMÍA. V. REDUCCIÓN: operaciones que le son moralmente semejantes, 392.

CREMACIÓN: obligaciones del médico, 445; — explicación, 446.

CRIADOS: tienen derecho al secreto profesional; 472, 3; — pero hay excepciones, 472, 3; 498; — sobre todo en casos de sífilis, 498.

CRÍMENES Y SECRETO MÉDICO: crímenes cometidos por el enfermo, 475, 488; — crímenes cometidos en perjuicio del enfermo, 465; 488, 1; — crímenes cometidos en beneficio aparente del cliente, 475, 4; 488, 1; — crímenes a cometer por el enfermo, 490 y sig.

CRÍTICA DE LOS COLEGAS: contraria a la justicia; al honor...; al interés personal, 545.

CUALIDADES QUE DEBEN EJERCERSE EN LAS VISITAS:

CUALIDADES INTELECTUALES: necesarias al médico: juicio y prudencia, 25; 332.

CUALIDADES INTELECTUALES MUY ÚTILES: don de observación; — imaginación inventiva; — buena memoria, 26. V. OPERADOR.

CUALIDADES INTELECTUALES, QUE DERIVAN DE LA VERDADERA CIENCIA: fe en el arte médica, 102 y sig.; — paciencia con la enfermedad, 104 y sig.; — prudencia total, 106 y sig.

CUALIDADES MORALES INHERENTES AL AMOR AL DEBER Y A LA DEVOCIÓN: bondad compasiva 108 y sig.; — paciencia con el enfermo y la familia, 110 y sig.; — gran firmeza, 112 y sig.; — veracidad y franqueza, 117 y sig.

CUALIDADES SOCIALES QUE SE REFIEREN A LA DISTINCIÓN: sencillez, 114; — discreción y reserva, 115. V. estas palabras. V. VISITAS.

CURACIONES MILAGROSAS; condiciones requeridas, 439; — ejemplo típico, 440; — papel obligatorio del médico, 441; — su papel facultativo, 442.

CHARLATANISMO: definición, 38; — formas, 38; — causas de éxito, 38.

DEBER (HOMBRE DE): definición, 28; — necesidad, 29; — conclusiones prácticas, 30 y sig.

DEBERES DE ESTADO DEL MÉDICO: se deducen de la justicia y de la caridad, 10.

DECLARACIÓN ANTE LOS TRIBUNALES Y SECRETO PROFESIONAL, 486.

DECLARACIÓN DE NACIMIENTO Y SECRETO PROFESIONAL, 475, 4.

DENUNCIA DE LOS CRIADOS, etc. V. SÍFILIS.

DENUNCIA DE LOS CRÍMENES O DELITOS CONOCIDOS BAJO EL SIGILO DEL SECRETO PROFESIONAL, 475; 3; 488, 1.

DENUNCIA DE LAS INJUSTICIAS A COMETER, 490 y sig.

DEONTOLOGÍA MÉDICA: definición, 1; — relaciones con la moral común, 2 y sig.; — importancia, 7; — división, 8; — orígenes, 9; — principios directivos, 10.

DEPENDENCIA (ESTADO DE): y secreto profesional, 472.

DERECHO CANÓNICO: su papel y su autoridad en deontología médica, 9.

DERECHO CIVIL: su papel en deontología médica, 9.

DERECHO NATURAL: principal origen de la deontología médica, 9; 543.

DEVOCIÓN O CELO: naturaleza de la devoción en general, 41; — naturaleza de la devoción médica, 42; — grados, 43 y sig.; — móviles, 46 y sig.; — frutos, 51 y sig.

DIAGNÓSTICO: no apresurarse en formularlo interiormente, 82, 106; — Apresurarse menos todavía en enunciarlo, 82, 106.

DICOTOMÍA: definición, 542; — práctica algunas veces injusta; siempre peligrosa; siempre contraria a la dignidad profesional, 542.

DIGNIDAD PROFESIONAL: *es* respecto a sí mismo, 32, 33; — respecto a los demás, 34 y sig.; — respecto a la profesión, 37 y sig. V. CHARLATANISMO.

DIGNIDAD PROFESIONAL: *excluye* el mercantilismo, 40; — cierto reclamo, 541; — lo

que es sospechoso de venalidad, 541; — la dicotomía, 542.
Discreción: en las miradas, palabras, actos, 115. V. Secreto profesional.
Disimulo de la verdad: en qué casos está permitido con un enfermo en peligro de muerte, 122 y sig.; — prohibido, 124 y sig. V. Advertir.
Distinción: naturaleza, 54 y sig.; — ventajas para el médico, 57 y sig.; — conclusión, 59; — distinción de espíritu, 56, página 60, nota 1.
Divorcio: sus males, 329.

Edad: del matrimonio, 299 y sig.; — que da derecho al secreto médico, 472.
Embarazo ectópico: 391; 396 y sig.
Embarazo ilegítimo: cae en el secreto profesional, 475, 4.
Encuesta: preliminar a la consulta común, 167.
Encuesta indiscreta: puede ser una violación del secreto profesional, 477.
Enfermedades y secreto profesional: enfermedades epidémicas que son un peligro público, 489, 4; — enfermedades perjudiciales a un tercero: enfermedades contagiosas sin ser sifilíticas, 493; — sífilis antes del matrimonio, 494 y sig. V. Sífilis; — lo que el médico debe callar en relación con la enfermedad, 475.
Enfermedades venéreas: está permitido al médico divulgar, si lo descubre, un remedio curativo o preventivo de la sífilis, 206; — indicar preservativos, 207; — aplicarlos, 208; — condiciones requeridas, 206 y sig.
Enfermos diversos: afectos realmente; cuidados adaptados a los niños, 132; — a los jóvenes, 133; — a los ancianos, 134; — a las mujeres, 135; — a los incurables, 136.
Enfermos imaginarios: propiamente dichos, 137 y sig.; — niños grandes, 142; — neuróticos o neurópatas, 143.
Enfermos simulados o falsos: reconocer la impostura, 145; desenmascarar la impostura, 146 y sig.; — revelar la impostura, 149 y sig.
Error magistral: por demasiada confianza en sus luces, 162, pág. 155, nota 1.
Escepticismo en medicina: por parte del médico; sus inconvenientes, 102 y sig.
Especialidad farmacéutica: es posible prescribirla, 192.
Especialización de buena ley, pág. 35.
Espíritu de cuerpo: en qué consiste el verdadero, 522 y nota 1; 547.
Esterilidad: puede hacer ilícito el matrimonio, 285, pág. 202, nota 3; — no autoriza a la poligamia, 327; ni al divorcio, 328 y sig.
Esterilización, 344 y sig. V. Operaciones ilícitas.
Estudiantes de medicina: ciencia que deben adquirir, 12 y sig.; — cualidades que deben darse, 25 y sig.; — por qué vías se formarán y merecerán más tarde la confianza de los clientes, 223; — deben mantenerse en guardia contra el hábito de la crítica, 556, 3.
Eugenia: en general, 211 y sig.; — la falsa, 213 y sig.; — la verdadera, 214 y sig.; — papel del médico, 216 y sig.
Eutanasia: física artificial, 204; — moral, 204.
Examen corporal: reglas que deben seguirse, 81, 3; — obliga al secreto profesional, 473 y sig.
Examen del enfermo: más minucioso en el curso de la primera visita, 78; — siempre personal, 79; — completo, 80; — metódico, 81; — fecundado por la reflexión, 82; — practicado por todos los consultantes, 168, 1.
Examen prenupcial: naturaleza; atributos; ventajas; papel de las partes y del médico, 220.
Exención de los preceptos eclesiásticos: preceptos en cuestión, 436; — papel del médico, 437; — causas excusantes, 438.
Experimentación para comprobar una hipótesis científica: sobre el enfermo, 182 y sig.; 184; — sobre un enfermo condenado a muerte que consiente en ello, 183; — sobre la propia persona, 182, 185.

Falsos enfermos, 144 y sig. V. Enfermos.
Faltas involuntarias pero imperdonables: que acarrean la responsabilidad legal, 513 y sig.; — que no suprimen el derecho a los honorarios, 527 bis, 3.
Faltas voeuntarias: que suprimen todo derecho a honorarios, 527 bis, 4; — que obligan a veces a una compensación pecuniaria, 527 bis, 4; 508.
Farmacéutico en sus relaciones con el médico, 40; 84, 2; 201; 541.
Farmacéutico y remedios vendidos muy caros a un enfermo imaginario, 141, 2.
Farmacéutico relativamente al secreto profesional, 469, 2.
Fe en el arte médica: necesidad, 102; 224 y sig.; naturaleza, 103.
Fe en el médico: saber inspirarla, 222 y sig.
Fecundación artificial: propiamente dicha, 324; — ayudada por el arte, 325; — papel del médico, 323 y sig.
Feticidio directo o indirecto: V. Operaciones obstétricas, 368 y sig.
Feto ectópico: embarazo extrauterino, 391; — solución adaptada a los diversos casos, 391; 396 y sig.
Firmeza: necesidad, 112; — atributos, 112; — debe a veces recurrir a la intimidación, 113.

Fórmula: para advertir con miramientos a un enfermo en peligro de muerte, 129, pág. 124, nota 2.
Franqueza: su verdadera naturaleza, 117 y sig.; — con un enfermo en peligro de muerte, 124 y sig. V. Advertir.
Freudismo o psicoanálisis: cuádruple aspecto, 251; — el hombre, 252 y sig.; — el inconsciente, 254 y sig.; — la metapsicología, 258 y sig.; — el «pansexualismo», 261 y sig.; — la exploración del inconsciente, 270 y sig.; — la cura psicoanalítica, 274 y sig.; — observaciones críticas, 256, 3; 257, 4; 260, 3; 269; 273, 2; 276, 3; — conclusiones generales, 277 y sig.

Gabinete de consulta: derechos y deberes del consultante en su despacho, 577; — derecho de cuidar indistintamente a todos los enfermos, 577; a parte de algunas excepciones, 577; — derecho de dar a todos consultas gratuitas, 578; pero son deseables ciertas precauciones, 578, 2; — deberes negativos respecto a los colegas: nada de críticas, 579; — nada de substracción de enfermos, 579, 2; — deberes positivos con los colegas: principio general, 580; aplicaciones, 581; — gabinete múltiple, 570.

Higiene: cómo acostumbrar a ella al público, 132, pág. 128, nota 1.
Hipnosis: naturaleza, 235; — procedimientos que la provocan, 235; — grados, 235; — característica, 235.
Hipnotismo: definición, 234; — comprende la hipnosis y la sugestión, 235 y sig.; — eficacia terapéutica, 237 y sig.; — peligros, 243 y sig.; — condiciones del uso lícito, 248 y sig.
Hipócrates: retrato que hace del médico, 60; — juramento que lleva su nombre, 63.
Honor médico: en tiempo de epidemia, lo que exige, 49, nota 2.
Honorarios médicos: verdadera noción, 526; — derecho del médico, 527; — derecho independiente del resultado no obtenido, pero procurado lealmente, 527 bis.; — derecho al parecer, aunque se hayan prestado los cuidados a título de caridad, 528; — derecho que puede ser reivindicado por cualquier medio honrado, 529; — a determinar, no por la autoridad pública, 531; ni en todo caso por un sindicato de médicos, 562; sino por el tratante o el consultante, 533; — principios de determinación: principio general, 535; principio particular, 536 y sig.; — fijación en ciertos casos: consultante, 178, 539; tratante que asiste a la consulta, 178, nota 1; 539; cirujano, 540; — ganancias ilícitas peligrosas, poco honrosas, 40; 541; — dicotomía, 542; — honorarios del reemplazante: escogido por el médico ordinario, 564, 3; llamado por el enfermo, 565, 2; — honorarios y secreto profesional, 501: V. principalmente Dicotomía.

Imaginarios (enfermos); después de haber ganado su confianza, 138; — cómo obrar sobre la moral, 139 y sig.
Impostura de los falsos enfermos: reconocerla, 145; — inutilizarla, 146 y sig.; — en caso necesario, revelarla, 149 y sig.
Impotencia perpetua: anula el matrimonio si le precede y es real, 285; — pero es difícil de comprobar, 285; — ¿es en todo caso objeto del secreto profesional?, 492.
Imputabilidad a falta, 373 y sig.
Incomprensiones entre colegas: prevenirlas; desvanecerlas lo más pronto posible, 550.
Incontinencia sexual antes del matrimonio: es contraria a la ley moral, 295 y sig.; — compromete el porvenir, 297; — expone la salud, 298; — y por consiguiente nunca puede ser aconsejada por el médico, 295 y sig.
Incurables: los *falsos* incurables aseguran por su curación la reputación del médico, 100, nota 2; 136, nota 1; — si son *verdaderos* el cuerpo y sostener la moral, 136; — a no deben abandonarse, 98, 100; — aliviar veces advertirles de la gravedad de su estado, 128; 364, 3; — cuidados sin ser curados, deben los honorarios, 527 bis; — pueden ser motivo de convenciones deshonrosas, 538, 3.
Iniciación sexual: sus tres elementos, 219, 1; — fácilmente aguijón del vicio, 219, 2; qué hacer en casos particulares, 219, 3; — nunca debe ser pública, 219, 4; — inmediatamente antes del matrimonio será precisa y mesurada, 219, 5; — conclusión, 219, fin.
Interés personal y secreto. V. Bien personal; principalmente 500 y sig.
Intimidación: necesaria en ciertos enfermos, 113; — y especialmente con los falsos enfermos, 147.
Intriga (Espíritu de): tres actitudes distinguibles, 39.

Jovencitas: manera de cuidarlas, 221, nota 2; — derecho al secreto profesional, 472, 2.
Jóvenes: cura moral a veces necesaria, 133; derecho al secreto profesional, 472, 2. V. Hipnotismo.
Juramento de Hipócrates, 63.
Justicia: con la caridad resume casi todos los deberes del médico, 10.
Justicia: con los clientes: obliga al médico a poseer una ciencia práctica suficiente, 19

y sig.; — a no rebajarse al charlatanismo bribón, 38; — a visitar, después de cuasi-contrato a los enfermos, 65 y sig.; — a menos de causa excusante, 72 y sig.; 75; a examinarles seriamente, 78 y sig.; — a tomar las precauciones necesarias al redactar y explicar sus prescripciones, 84, 86; — a hacer sus visitas en tiempo oportuno, 88; — a no multiplicarlas inútilmente, 93, 99; — a no favorecer las imposturas de un falso enfermo, 144 y sig.; — a provocar una consulta necesaria, 155; — a aceptar una consulta exigida por la familia, 158; —a no seguir las indicaciones del consultante si las juzga ciertamente perniciosas o menos seguras, 161 y sig.; — a no experimentar nunca una hipótesis científica a costa del enfermo, 182 y sig.; — a prescribir los remedios más seguros, los más rápidos, los menos caros, 187 y sig.; — a evitar por lo tanto los remedios nocivos o inútiles y a no usar sino con toda reserva los remedios dudosos o peligrosos, 190 y sig.; 194 y sig.; 196 y sig.; 200 y sig.; — a no favorecer la falsa eugenia, 213 y sig.; 217; — a no emplear imprudentemente el hipnotismo, 248 y sig.; — a no dar consejos morales perjudiciales al alma o a la salud, 295 y sig.; 308 y sig.; 321 y sig.; — a no *esterilizar* sino por razón de salud, 345; — a no practicar ni una operación inútil, ni una operación destinada a un fracaso seguro, ni, sin asentimiento del cliente, una operación peligrosa, 351 y sig.; — a desplegar todos los medios para asegurar el éxito de una operación delicada, 358 y sig.; — a evitar toda operación directamente mortal, 376 y sig.; 385 y sig.; — a no practicar más que en ciertas condiciones una operación indirectamente mortal o nociva, 379 y sig.; 396 y sig.; 382 y sig.; — a extender ciertos certificados, 449; — a no dar en absoluto certificados falsos y perjudiciales a un tercero, 451 y sig.; — a mantener el secreto natural, y, más todavía, el secreto profesional, 456 y sig.; 468 y sig.; — a no aumentar fraudulenta o indebidamente la nota de honorarios, 533; 538, 6; etc.

Justicia: hacia los colegas: obliga a no hablar mal de los colegas sin causa verdaderamente excusante, 545, 546, 511; — a no suplantar fraudulentamente al médico que ha elegido un substituto temporal, 564; — a observar las cláusulas del contrato designado con el nombre de cesión de clientela, 567; — a no atraer en provecho propio a un enfermo que acude por error, 587.

Lactancia materna: sus beneficios, 218, 3; 135, 2.

Limpieza: de la persona y de las vestiduras, 56, 52, nota 2; — de todo lo que sirve para una operación, 359 y sig.

Malthus: su teoría, 306, pág. 320, nota 1; — su argumento, 320.

Masturbación: no es una necesidad física, 295.

Matrimonio: del médico, 32; — a prohibir o desaconsejar por el médico, 284 y sig.; — aconsejable, 286; — plenamente libre, 287 y sig.; — edad, 299 y sig.; uniones consanguíneas, 303 y sig.; — prácticas ilícitas, 305 y sig.; — su unidad, 327; — su indisolubilidad, 328 y sig.

Medicina legal: definición, 588, hacia el final.

Médico: ciencia que debe poseer, 18 y sig.; — ciencia que le es útil, 22 y sig.; — sus cualidades intelectuales, 25 y sig.; — debe ser: hombre de deber, 28 y sig.; — de dignidad, 31 y sig.: de verdadera devoción, 41 y sig.; — de distinción, 54 y sig.; — debe dar prueba en sus visitas de numerosas cualidades, 101 y sig.; — sin olvidar la veracidad y una prudente franqueza, 117 y sig.; — debe adaptarse a las diversas categorías de enfermos, 132 y sig.; 226 y sig.; — debe obrar a menudo sobre la moral, 221 y sig.; merecerá la confianza por su elevación de ideas, su valor profesional, su valor moral..., 223, etc., etc. V. Profesión médica, etc.

Médico funcionario del Estado: debe sobre todo prevenir el mal por la higiene y la inspección, 588, 1; — reparar el mal por su colaboración con la Asistencia pública gratuita, 588, 2; — descubrir la causa del mal por el peritaje en materia criminal o civil, 588, 3; — derivará principalmente su regla de acción de la ciencia de la higiene pública; de la jurisprudencia médica; de la medicina legal, 589; — sin descuidar el derecho natural ni la psicología, 589.

Médico y secreto. V. Secreto natural. Secreto profesional.

Médicos: ambulantes: definición, 568; — con clientes en varias localidades, 569; — con gabinete de consulta fuera de su residencia, 570.

Médicos: comprobadores. V. Secreto profesional.

Médicos: consultantes a la cabecera de los enfermos o en su despacho. V. Consultantes, Gabinete.

Médicos: de balnearios. V. Relaciones con sus colegas y entre sí.

Médicos: peritos. V. Peritaje, Secreto profesional.

Médicos: funcionarios del Estado, 588, 589. V. Médico funcionario.

Médicos: legistas, 588, 589.

Médicos militares: clientela civil, 571.

Médicos: tratantes. V. Relaciones entre tratantes, etc., etc.

Memento: de la Conferencia Laennec, 62.

Mentira: es inherente al verdadero charlatanismo, 37 y sig.; — nunca está permitida, 118 y sig.; — debe distinguirse con cuidado de lo que es su apariencia, 119; — su verdadera definición, 120; — conclusiones relativas a los enfermos en peligro, 122 y sig.; 124 y sig.

Mercantilismo: noción, 40; — división, 40.

Moral (acción sobre la); para obrar sobre la moral, ganar la confianza, 222 y sig.; — hacer nacer la esperanza de curación adaptándose al cliente, 224 y sig.; por un sabio optimismo, 227; sin atacar de frente los prejuicios, 228; — reprimir la presunción, 229; — engendrar la confianza en las fuerzas recobradas, 230; engendrarla por persuasión, 231; por imposición, 232. Véase Psicoterapia.

Moral en cirugía: influencia moral del operador, 363 y sig.; — de la familia, 366; — del medio social y físico, 367.

Moralidad: condiciones, 3; — principio, 4; — fundamento de la obligación moral, 5; — conclusiones, 6.

Morfina, etc.: ventajas e inconvenientes, 202; — uso permitido, 202; — precauciones necesarias, 202; — particularmente con los moribundos, 203; — inmoralidad de la eutanasia física artificial, 204.

Mujeres: tener en cuenta al cuidarlas las características y las funciones del sexo, 135; — tener en cuenta también los rasgos especiales que distinguen a la jovencita, a la casada joven, a la mujer en período de menopausia, a la mujer de edad, 221, nota 2. V. Imaginarios.

Neomaltusianismo: objeto perseguido, 305; — medios principales, 306; — difusión, 307; — inmoralidad, 311; — consecuencias para el individuo, 312; — para la familia, 313; — para la sociedad, 314; — deberes del médico, 321 y sig. V. «Birth Control».

Neurópatas: cómo cuidarlos, 143. V. Psicoterapia, Hipnotismo, etc.

Niños: por la edad: manera de cuidarlos, 109, 4; 132; 221, nota 1; — mejor medio de apaciguarlos, 221, nota 1; — y secreto profesional, 472, 1.

Niños: por la edad avanzada: secreto profesional, 472, 1.

Niños: por falta de virilidad: papel del médico, 142.

Niños de pecho sifilíticos: secreto profesional, 496.

Nodrizas: sífilis y secreto profesional, 496.

Nota de honorarios: enviarla pronto; reiterar el envío si es preciso; justificarla; perseguir su pago, 529.

Operación cesárea: después de la muerte de la madre, 435.

Operaciones ilícitas: en general, 353 y sig.; 343 y sig.

Operaciones ilícitas: en particular, si se trata de la esterilización; naturaleza del acto operatorio, 344; — lícita como medida terapéutica necesaria, 345; — ilícita como medida punitiva, 346; — como medida preventiva de orden privado, 347; — como medida eugénica, 348; — no es una sabia medida de protección social, 349.

Operaciones obstétricas: dan lugar a difíciles problemas, 368; — deben resolverse según el derecho natural, 368; — después de haber distinguido: el voluntario directo y el voluntario indirecto, 369 y sig.; — la muerte directa y la muerte indirecta, 376 y sig.; — siempre prohibidas si matan directamente al feto o a la madre, 377 y sig.; — permitidas con ciertas condiciones, si el feticidio es indirecto, 379 y sig.; — permitidas igualmente si, siendo necesarias, son simplemente perjudiciales para el hijo, ya viable, 382 y sig.; — se dividen por consiguiente en operaciones: seguramente prohibidas, 385 y sig.; — seguramente permitidas, 394 y sig.; — probablemente lícitas, 395 y sig. V. Reducción del feto vivo, Aborto, Feto ectópico, etc., etc.

Operaciones peligrosas: sólo están permitidas si son necesarias, 351 y sig.; — probabilidades de éxito, 355 y sig.; — y de ordinario consentimiento del interesado, 357 y sig.; — reglas que deben seguirse antes de la operación, 359; — durante la misma, 360; — después de la misma, 361.

Operaciones y secreto profesional: relativamente al marido de la mujer operada, 492, 2.

Operador (el): cualidades comunes al cirujano y al médico, 332; — cualidades propias del cirujano, 333, y que son la mano, 334; la cabeza, 335; el corazón, 336; — formación técnica, 337; — colaboración con el médico antes, durante y después de la operación, 338; — su influencia moral: antes de la operación, 363; — después de la operación, 364.

Opio, etc.: exige una gran prudencia en el médico que lo administra, 202, pág. 186, nota 1.

Optimismo: necesario al médico, 227.

Orientación habitual del alma: única que asegura entre colegas la práctica de la justicia, de la caridad, de la cortesía, 555; — su naturaleza, 556.

PACIENCIA: con la enfermedad, 104 y sig.; — con el enfermo, 110; — con la familia, 111.

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL: en qué condiciones es lícito, 382 y sig.

PERITAJE EN EL JUICIO DE UN COLEGA: objeto que debe alcanzarse, 514 y sig.; — medios que deben emplearse, 514 y sig.; 521 y sig.

PERITO (MÉDICO): su papel en los procedimientos matrimoniales, 444; — en el juicio de un colega, 521 y sig.; — en el examen de una nodriza, 497; — hacia quien está obligado al secreto profesional, 469, 4.

PERSONALIDAD: sus etapas, 149, nota 1.

PESIMISMO: lo que es y por qué conviene evitarlo, 227.

POBRES: 412 y sig. V. ASISTENCIA GRATUITA DE LOS POBRES.

POLÉMICAS DE PRENSA: evitarlas en la prensa extramédica, 550, 3; — en la prensa médica conservar la caridad, 550, 3.

POLIGAMIA: contraria a la unidad y a la indisolubilidad del matrimonio, 326 y sig.

PREFACIO: punto de vista en el que se sitúa el autor: método seguido; lectores a los que se dirige, pág. V y sig.

PROCEDIMIENTOS MATRIMONIALES: participación de los médicos, 443; — papel de los peritos, 444.

PROFESIÓN MÉDICA: cómo prepararse para ejercerla, 11 y sig.; 223; — respetarla y atraerle el respeto, 37 y sig.; — ejercerla como hombre de deber, 28 y sig.; — de devoción, 41 y sig.; — de distinción, 54 y sig.; — cualidades que requiere, 101 y sig.; 223; — flexibilidad que exige para con los diversos enfermos, 132 y sig.; 225 y sig.; — comporta una vocación, 26, página 35; 223, pág. 222, nota 1; — implica la obligación del secreto pofesional, 466 y sig. V. particularmente MÉDICO, RELACIONES...

PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS: lo que está permitido al médico, o divulgación, 206, indicación, 207 y aplicación de los preservativos, 208; — lo que está permitido al cliente: algunos casos más delicados, 209.

PRONÓSTICO: exige una gran prudencia, 106, 2; 130, 3.°;—dificultad, importancia, elementos, fórmula, 227, pág. 228, nota 2.

PRUDENCIA: necesaria al médico, 25, 2; — en el diagnóstico, 82, 106; — en el pronóstico, 106; 130, 3.°; 227, pág. 228, nota 2; — en la medicación, 106, 186 y sig.

PSICOTERAPIA: naturaleza y procedimientos, 231, pág. 233, nota 1.

PUNCIÓN DE LAS MEMBRANAS FETALES: caso que la exige, 407; — solución, 408.

RECETA: composición, 83 y sig.; — explicación, 85 y sig.

RECLAMO MÉDICO: mentiroso, 37 y sig.; — no mentiroso, 40, 3; — pagado en los periódicos, 541, 1.

REDUCCIÓN DEL FETO VIVO: desde el punto de vista moral, 385; — desde el punto de vista médico, 386.

REEMPLAZOS MÉDICOS: definición y división, 563; — deberes del reemplazante elegido por el tratante, 564; — sus honorarios, 564, 3; — derechos y deberes del reemplazante llamado por el enfermo, 565.

RELACIONES CON LOS COLEGAS, SEAN QUIENES FUEREN: orígenes que deben explotarse e ideas maestras, 543; — importancia de la cuestión, 543; — deben ser relaciones de justicia, de caridad, de cortesía, 543 y sig.; — deben excluir la calumnia y la maledicencia, 545 y sig.; — es una cuestión de justicia, 546; de honor para todo el cuerpo médico, 547, e incluso de interés personal, 548; — deben estar impregnadas de caridad, 549; — y de una caridad que no se contente con evitar el mal, sino que haga el bien, 549 y sig.; — deben ir acompañadas de la cortesía: impuesta por la ley moral, 552; — adaptada a las circunstancias, 553; — exigida por las costumbres reinantes, que prescriben al recién llegado la visita a los ancianos, 554; — cosas todas que suponen una orientación habitual del alma: necesidad de esta orientación, 555; — su naturaleza, 556.

RELACIONES CON SUS COLEGAS DE LOS MÉDICOS EN SU GABINETE DE CONSULTA. V. GABINETE DE CONSULTA, 577 y sig.

RELACIONES DE LOS MÉDICOS DE BALNEARIOS CON SUS COLEGAS, Y POR TANTO CON LOS TRATANTES: principio general sobre la necesidad de concordia, 583; — papel del médico tratante antes, durante y después de la estación de aguas, 584; — papel del médico de balnearios antes, durante y después de la cura, 585.

RELACIONES DE LOS MÉDICOS DE BALNEARIOS ENTRE SÍ: principios generales, 586; — casos particulares, 587.

RELACIONES ENTRE TRATANTES: deben determinarse según dos principios indiscutibles, 558; — visitas clandestinas a los enfermos de un colega: visitas prohibidas, 559; — visitas permitidas, 560; — aceptación de clientes ajenos, que quieren absolutamente cambiar de médico: diversas opiniones, 561; — solución racional desde el doble punto de vista de la justicia y de la caridad, 562; — reemplazos médicos: definición y división, 563; — reemplazante elegido por el médico ordinario, 564; — reemplazante llamado por el enfermo, 565; — cesión de clientela: verdadera naturaleza del contrato, 566; — condiciones exigidas por la justicia, 567; — en varias localidades a la vez: clientes, 569; — gabinete de consulta, 570; — médicos militares: pueden tener una clientela civil, 571. V. CAMBIO DE MÉDICO, etc.

RELACIONES ÍNTIMAS ENTRE ESPOSOS: beneficios cuando son normales, 312, pág. 329, nota 3.

REMEDIOS: su objeto esencial, 180 y sig.; — excluyen la experimentación peligrosa, 182 y sig.; — deben ser los más seguros, los más rápidos, los menos caros, 187 y sig.; — qué hacer si son perjudiciales, 190; — ya experimentados en los animales, 191; — secretos, 192; — nuevos, 193; — inútiles, 194 y sig.; — dudosos, 196 y sig.; — peligrosos por ser tóxicos, 201, o anestésicos, 202, y si el enfermo está moribundo, 203 y sig. V. EXPERIMENTACIÓN, etc.

REMEDIOS PREVENTIVOS: sobre todo de las enfermedades venéreas, 205 y sig.; 209.

RESPONSABILIDAD ATENUADA: su estudio depende de la psicología, 589.

RESPONSABILIDAD EN GENERAL: su naturaleza, 504; — se divide en moral y legal, que es civil o penal, 505.

RESPONSABILIDAD MORAL: es más extensa, más temible, más eficaz, única eficaz, 506.

RESPONSABILIDAD MORAL DEL MÉDICO HACIA LOS CLIENTES: faltas voluntarias a la caridad o a la justicia, 508; — faltas involuntarias a la justicia, 509, 190; — conducta práctica, 510.

RESPONSABILIDAD MORAL DEL MÉDICO HACIA LOS COLEGAS: principio general, 511; — necesidad de evitar la detracción en todas sus formas, 511. V. RELACIONES ENTRE COLEGAS.

RESPONSABILIDAD MORAL PROVENIENTE DE UNA IGNORANCIA GRAVEMENTE CULPABLE: su gravedad, 15; — sus consecuencias, 16; — sus límites, 16.

RESPONSABILIDAD LEGAL DEL MÉDICO: su necesidad, 513 y sig.; — sus límites naturales, 514, 515; — tribunal más apto para juzgar, 516 y sig.; — lo que es en Francia, 519 y sig.; — lo que debe ser y debe hacer el médico perito, 521 y sig.

RETIRO ANTICIPADO: consejo solicitado por el enfermo o dado espontáneamente por el médico, 282.

REVELACIÓN INJUSTA DEL SECRETO PROFESIONAL: puede ser directa, 478, o indirecta, 479.

SECRETO CONFIADO: definición, 455; — naturaleza de la obligación, 460; — cuatro grados, 460, 3; — cinco causas excusantes, 461.

SECRETO EN GENERAL: definición, 454; — tres clases, 455.

SECRETO NATURAL EN GENERAL: definición, 455; — naturaleza de la obligación, 456; — sus límites, 457.

SECRETO NATURAL IMPUESTO AL MÉDICO EN RELACIÓN CON LOS HECHOS DE QUE SE ENTERA: en el comercio ordinario de la vida, 463; — a causa del ejercicio de sus funciones, 464; — a veces incluso a causa del ejercicio de su profesión, 465.

SECRETO PROFESIONAL: ligado al ejercicio de la profesión médica, 468; — impuesto por consiguiente a los tratantes y a los consultantes, 469, 1; — a los farmacéuticos, 462, 2; — a los ayudantes, 469, 3; — en cierto sentido a los médicos peritos, 469, 4; — igualmente, en cierto sentido, a los médicos comprobadores, 469, 5; — obligatorio en beneficio del enfermo y de toda su familia, 470 y sig.; si bien todos los enfermos no tienen derecho, en toda circunstancia, al secreto profesional, 472; — comprende todo lo que declara el enfermo y todo lo que el médico descubre por el examen corporal, 473, 474, si lo así confiado no pudiera ser divulgado sin causar al enfermo o a su familia perjuicio real o disgusto motivado, 474; — comprende por consiguiente la naturaleza de la enfermedad, 475, 1; — su gravedad, 475, 2; — sus circunstancias, si su revelación tiene el riesgo de ser comprometedora, 475, 3; el hecho de un embarazo ilegítimo, 475, 4; — puede ser violado de cuatro maneras, 476; por una encuesta indiscreta, 477; por la revelación directa, 478; por la revelación indirecta, 479; por todo empleo injustificado, 480; — no es rigurosamente absoluto, 481; — en ciertas condiciones el consentimiento del enfermo puede relevar de él, 482; y de hecho releva de él en ciertos casos, 483 y sig.; — el bien común y la autoridad de la ley pueden desligar de él, 487, 488, 489; — igualmente el bien de un tercero, si el enfermo es causa de la injusticia que se prepara, 490, 491, 492 y sig.; — del mismo modo, el bien del cliente, 499; — y finalmente el interés personal del médico, 500.

SECRETO PROMETIDO: definición, 455; — naturaleza de la obligación, 458; — sus límites, 459.

SEGUROS: sobre la vida y secreto médico, 484 y 485. V. CERTIFICADOS.

SENCILLEZ: es una de las cualidades del hombre distinguido, 55; — naturaleza y ventajas, 114.

SERVICIOS PÚBLICOS (GRANDES) Y SECRETO PROFESIONAL: secreto en el ejército y en las fábricas de vidrio, 489, 1.

SÍFILIS: en qué casos se opone al matrimonio, 285, 3, 2.°.

SÍFILIS Y SECRETO PROFESIONAL: antes del matrimonio, 494; — en el curso del matrimonio, 495; — de los niños de pecho, 496;

— de las nodrizas, 497; — de los criados, 498.
Sugestión: definición, 236; — eficacia terapéutica, 237 y sig. V. Hipnotismo.

Totum, *cito et exactum*, 80, pág. 79, nota 1.
Tóxicos: precauciones que deben adoptarse en su empleo, 16; 84, 2; 201.
Tuberculosis y matrimonio, 285, 3, 1.º

Uso injustificado del secreto profesional: es su violación, 480; — teoría por tanto poco coherente, 494, 2.

Venalidad: es incompatible con la dignidad profesional, 541, 2; — en qué casos existe, 541, 2.
Veracidad, 117 y sig. V. Mentira.
Visitas a los enfermos: naturaleza de la obligación, 65 y sig.; — su extensión, 72 y sig.; — sus límites, 75 y sig.; — tres elementos constitutivos de cada visita: el examen del enfermo, 78 y sig.; la composición de la receta, 83 y sig.; la explicación de la prescripción, 85 y sig.; — circunstancias de las visitas: prontitud, 88 y sig.; hora, 89; duración, 90 y sig.; frecuencia, 92 y sig.; continuación, 97 y sig.; consejos de orden práctico, 88, pág. 87, nota 3. V. Examen, Receta, Diagnóstico, Cualidades, etc., etc.
Visitas clandestinas: a los enfermos de un colega, 577 y sig.; 559 y sig.
Visitas recíprocas: de bienvenida, 554.
Vocación médica: lo que es, pág. 35, 3.º; 223, pág. 220, nota 1.
Voluntario (acto): definición, 369; — división, 370; — directo, 371; — indirecto, 372; — que implica imputabilidad a falta, 373 y sig.

