

Nuevas aportaciones en torno al problema de la «vida» y de la «muerte» y sus incidencias jurídicas

(A propósito de los trasplantes de corazón)

Por el profesor JEAN GRAVEN

Ex rector de la Universidad de Ginebra, presidente del Tribunal de Casación, presidente de la Asociación Internacional de Derecho Penal.

Traducción del doctor RUPERTO NUÑEZ BARBERO, profesor adjunto de Derecho Penal de la Universidad de Salamanca.

SEGUNDA PARTE

VIII. LA SITUACIÓN JURÍDICA FUNDAMENTAL

Tras las consideraciones necesarias y las primeras conclusiones suscitadas por el problema actual, el jurista puede volver a tomar en sus manos los hilos y reunirlos para tratar de definir, a su vez, la posición del Derecho. Confesemos que se encuentra un tanto asombrado cuando oye decir —como ha ocurrido— a personas cultas, en el curso de una conversación, y dando muestras de sorpresa: “¡Pero es un problema médico! No se trata de un problema jurídico. No vemos en qué...” Es, por el contrario, un problema jurídico tan complejo como el problema médico y el problema moral, puesto que los dos últimos desembocan en el primero, e incluso *muy particularmente complejo*: Porque si hay una “actitud moral” o ética, y “una actitud médica” o profesional común, nos encontramos por el contrario ante *unas concepciones jurídicas diversas*, según los lugares, los sistemas y el tiempo.

1. Las dificultades aparecieron ya cuando se trataba del problema *directo*, en sí aparentemente sencillo, sin embargo, planteado por la “*eutanasia activa*”. Yo lo había examinado en la *Revista Internacional de Criminología y de Policía Técnica*, en 1950, en un momento en que esta cuestión era discutida en el mundo entero, y, a mayor abundamiento, también en Europa, cuando el Dr. Sándor, en enero de ese año, tuvo que comparecer ante el Tribunal de New Hampshire, en Estados Unidos. Había, en 1949, por propia iniciativa, considerando este acto como un deber de conciencia, dado la “muerte

por piedad" a la esposa de uno de sus colegas con su consentimiento, porque padecía un "cáncer incurable" muy avanzado y "sufría atrocemente", inyectándole cuatro decímetros cúbicos de aire en las venas, como se ha podido apreciar por lo expuesto en la introducción. Citado ante la justicia, puesto en libertad provisional bajo fianza de veinte mil dólares y con promesa de no ejercer su ministerio hasta el fin del proceso, había asumido sus responsabilidades —dado que había anotado el hecho en la "ficha de tratamiento"— "declarando con voz firme que se consideraba *no culpable*" (55). La cuestión jurídica esencial fue, particularmente y de modo previo, muy hábilmente discernida por su defensor, quien se esforzó en demostrar que la paciente en estado agónico, cuando fue liberada de sus sufrimientos, estaba "prácticamente muerta" ("no cesaba en su estertor crispando sus manos que retorcián las sábanas del lecho", según manifestó la enfermera) en el instante en el cual, sin previa desinfección, el médico había clavado su jeringa en la articulación del brazo, y que "no se le podía en consecuencia condenar, puesto que, en cierto modo, había matado a un cadáver". El médico —profesional concienzudo y respetado— había afirmado ante el Tribunal: "No tengo nada que ocultar. No he cometido ni crimen ni pecado; sabía que obraba contra la ley y tenía moralmente el derecho de hacerlo."

a) Pero la ley, en Derecho *anglo-americano* (*common law*), prevé el castigo más riguroso —es decir, la pena de muerte en los casos en que no ha sido todavía abolida— para todo homicidio premeditado calificado de *murder* y no es posible en este caso, para el jurado, admitir, con el fin de absolver al médico, que éste había sido "víctima de su subconsciente y había matado en un momento de demencia y de depresión moral", como había hecho el jurado de Bridgerton, en Connecticut, en febrero del mismo año, para absolver a la joven estudiante Carol Paight, quien, ante su petición reiterada, había dado muerte a su padre, canceroso, en el hospital, con su propia pistola. Sin embargo, el Dr. Sándor, borrado del cuadro médico del hospital, no fue condenado: fue absuelto —al igual que lo fue el Dr. Casters, en medio del aplauso general, por el Jurado de Lieja doce años más tarde— y abandonó la sala de audiencia en compañía de su esposa

(55) Ver el artículo: "Faut-il punir l'euthanasie?", *Revue de criminologie et de police technique* 1950, núm. 1, p. 27 y ss. Numerosas indicaciones sobre las controversias y publicaciones de esta época son dadas en él, y a ellas remitimos al lector. En Suiza, el caso ha sido tratado a fondo, especialmente en el Cuaderno núm. 10, de 1.º de abril de 1944, de la fundación suiza *pro infirmis*, en Zurich, y en varias tesis doctorales (por consecuencia del "programa de eutanasia" decidido por Hitler y aplicado por el régimen nazi). Se puede recordar la de HAFNER, *Die Tötung auf Verlangen* (comparación del Derecho suizo y alemán, Berna, 1925); VELDEGEGLI, *Tötung auf Verlangen, Selbstmord, etcétera* (Neuchâtel, 1933); HURNY, *Le problème de l'euthanasie en droit moderne* (Berne, 1942); PIECHOWICZ, *Die Tötung auf Verlangen* (Fribourg, 1946), y, después, sobre todo, HAUSER, *Die Frage der Euthanasie im schweiz. Strafrecht* (Zurich, 1952). Ver también otras indicaciones (especialmente sobre el Derecho alemán y el Derecho francés) en *Le procès de l'euthanasie, Revue Penale Suisse*, 1964, p. 121 y ss. y 233 y ss., especialmente pp. 242 a 244, notas.

rodeado de aclamaciones, en medio de un concierto de claxons y al son de las campanas que algunos habían hecho repicar en su honor.

Esta situación imposible, creada por la tradición intransigente y simplista en extremo del derecho británico (56), explica por qué ha sido precisamente en Inglaterra y en los EE. UU. donde se ha visto no solamente a los jueces populares con su "buen sentido", sino también a médicos, eclesiásticos y hasta obispos, pedir que se cambiase la ley y se "legalizase" la eutanasia por humanidad, la *mercy killing*, por razón y por espíritu de justicia (57). En Inglaterra, donde la cuestión fue debatida en la Cámara Alta hace ya unos treinta años, el Dr. Milland, fundador de la "Voluntary Euthanasia Legislation

(56) Véanse sobre la justicia criminal inglesa y su ciega adhesión al pie de la "letra" al principio de intimidación y al castigo capital, las *Reflexions sur la peine de mort*, de Albert CAMUS y Arthur KOESTLER, tan valientes y sensatas, y, en particular, las *Reflexions sur la potence*, de este último. Son edificantes e instructivas. Sobre el Derecho inglés en sí mismo en lo que concierne la materia, ver STEPHEN, *Digest of the Common law*, especialmente pp. 208 y 233. Un ejemplo característico se da en el caso siguiente: En Leeds, el 2 de diciembre de 1934, una madre, Mrs. Brownhill, de sesenta y dos años, fue condenada a muerte por haber matado, por medio de gas, a su hijo, idiota, al que cuidaba desde hacia cuarenta y dos años; fue al saber que sus días estaban contados, a causa de una afección cancerosa, cuando la desdichada madre, enloquecida, había dado la muerte "dulce" a su hijo, a quien le debía todo y no podía vivir sin ella. BARRERE y LALOU, que citan el hecho (p. 57), se preguntan justamente: "¿Es posible que por salvaguardar la letra de una Ley, no su espíritu, la Sociedad revista una faz, una máscara tan odiosamente caricaturesca?". "De este modo, una mujer, con una devoción de la que pocos humanos son capaces, sacrifica totalmente su vida personal a la puramente vegetativa de su hijo. Un día, sabe que ella misma está condenada. ¿Qué va a ser del hombre-niño que ella sola ha criado, que ella sola ama, y que no puede prescindir de ella para llevar a cabo los gestos elementales de la vida? Esta mujer encuentra el valor necesario para suprimirlo. ¿Qué hace la justicia ante este acto excepcional, cuya circunstancias atenuantes son manifiestas? Condena a muerte a una madre ya condenada a muerte y que había ganado, con cuarenta y dos años de admirables sacrificios, el derecho de disponer de la vida de este muerto-vivo que era su propio hijo". Los autores añaden: "Es horrible. Es absurdo..." y es verdad. He aquí lo que puede resultar del sacrosanto adagio: *dura lex, sed lex*. La ley es formal y, ante la Comisión Real de encuesta sobre la pena de muerte, uno de los más eminentes jueces de Inglaterra, Lord Goddard, se alzó contra los "homicidios por compasión", de los cuales señaló el real peligro de imitación y declaró "que no veía la manera de separar este género de homicidios de la categoría de *murder*".

(57) El primer texto legal que cesó de considerar la eutanasia como un homicidio criminal premeditado, y que la convirtió en *licita bajo ciertas condiciones*, ha sido admitido, en 1906, por el Parlamento del Estado de Ohio, a propuesta de Mrs. Ann Hall. Disponía que "toda persona que padeciese una enfermedad incurable, acompañada de grandes dolores, puede solicitar la reunión de una comisión de cuatro personas por lo menos que decidirán sobre la oportunidad de poner fin a esta vida dolorosa". Así se puso en práctica, en cierto modo, la solución preconizada por el Canciller de Inglaterra, Thomas Morus, el humanista canonizado por la Iglesia católica en 1935, en su "Estatuto Ideal de la República de la Isla de la Utopía, en 1518, en el extraordinario texto situado, de modo significativo, en el capítulo "Esclavos"... Pero la disposición de legalización condicional controlada, votada en el Estado de Ohio, fue rechazada por el Congreso de Washington.

Society", instituida con base en el modelo de la "American Euthanasia Society", en 1936, declaraba claramente conocer a un médico que había liberado a su propio padre de sus padecimientos dándole muerte y se recordó el caso de Sir James Purves-Stewart, neurólogo distinguido y "abogado de la eutanasia" (fallecido en 1949), quien había revelado en una revista médica, hacía algunos años, haber accedido a la súplica de una amiga agonizante que le imploraba la hiciese morir: "No digo lo que hice, añadía, pero, al día siguiente, la enferma no se despertó. Si me hubiesen hecho comparecer ante los jueces, hubiese sido condenado." Y, en ocasión de un Congreso de esta misma sociedad, en 1947, un médico, el Dr. E. A. Barton, afirmó, sin temor (exponiéndose a la viva reacción del cuerpo médico-legal): "Quisiera ser el primer médico que haga públicamente esta confesión: Declaro que accediendo a su petición he aplicado la inyección liberadora a enfermos incurables, que se retorcan de dolor. No lo he hecho con frecuencia, y me ha parecido claro que, a los ojos de la justicia, me convertiría por ello en un homicida, e incluso en un vulgar asesino, para el cual la justicia de este país prevé la horca. Sin embargo, no me considero como un asesino y no siento ningún remordimiento de conciencia" (58).

En el momento de las discusiones de 1950, el corresponsal en Londres del "Journal de Genève" (59) señalaba que el movimiento en favor de la eutanasia hacía notables progresos y que la encuesta abierta por un importante periódico daba el 60 por 100 de respuestas favorables. El reconocimiento legal de esta situación particular reunía adeptos de relieve, tales como el deán de la Catedral de San Pablo en Londres, el obispo de Birmingham y los dirigentes de ciertas sectas religiosas; la Sociedad para la legislación de la eutanasia voluntaria se proponía someter al legislador un proyecto recogiendo la resolución presentada anteriormente ante la Cámara de los Lores por Lord Ponsonby y apoyada particularmente también por Lord Dawson, médico del rey, presidente del "Royal College of Physicians". La Sociedad para la eutanasia reunía al mismo tiempo las firmas de miembros del cuerpo médico con vistas a una petición que debía ser enviada a la Organización de las Naciones Unidas para solicitar de dicho organismo que incluyese en la "Declaración Universal de los derechos del hombre, el de recibir la eutanasia voluntaria, la "muerte dulce", tomando las precauciones debidas.

(58) Para más detalles y referencias, ver *Rev. internat. de criminol. et de pol. tech.*, 1950, pp. 36 a 38, et *Rev. pénale Suisse*, 1964, p. 14 y ss., artículos citados. La declaración citada del Dr. Barton, en 1947, se encuentra en la tesis de HAUSER, ver páginas 83 y 86.

(59) J. MENESSIER, núm. de 19 de enero de 1950. Ver también, en el mismo periódico, el artículo del pastor y profesor d'ESPINE, titulado *Euthanasie et foi chrétienne*, recordando la opinión favorable de personalidades, tales como un Fosdick o un Coffin, e indicando que una petición había sido presentada a las autoridades legislativas del Estado de Nueva York por 379 pastores y rabinos pidiendo el reconocimiento legal de la eutanasia en los casos desesperados y bajo ciertas condiciones.

Toda esta acción que aquí se pone de relieve tiene por objeto el demostrar que el Derecho tradicional anglo-americano, a pesar de su rigor, lleva en sí, como un fermento sano, una regla de la cual puede salir el rejuvenecimiento y la justicia: es la noción de la *mens rea*, de "la intención culpable" necesaria, que debe permitir, si se comprende y desarrolla bien, la introducción del elemento "subjetivo" en el Derecho penal buscando mejor su línea actual. El principio "*actus non facit reum nisi mens sit rea*" (el acto no hace al culpable si la voluntad no es culpable), supone —como sucede en el Derecho suizo, que es, sin embargo, opuesto a la *common law* británica— que exista en el autor la intención, o sea, la conciencia y la voluntad criminales (art. 18 CP suizo de 1937). Estas condiciones son análogas a las que plantea Clarke en su "Analysis of criminal liability" (60), y son, por consecuencia, en sí, de naturaleza a conducirlas a unas soluciones comparables a las del Derecho suizo, tan comprensivas y tan citadas en todas partes como ejemplo, como lo veremos un poco más adelante, en materia de homicidio a ruego insistente de la víctima (artículo 114). La intención "culpable" o "mala" no es la de "matar" en el sentido criminal, cuando el autor quiere llevar a cabo un acto altruista, bienhechor y caritativo, en el sentido humano.

No es éste el momento de estudiar con detalle la evolución del Derecho inglés (61) o americano, sino el de mostrar la tendencia cada vez más imperativa en el sentido que nos ocupa. ¿Cómo hallar mejor prueba que la que se ha puesto de manifiesto con la acogida que se ha hecho al profesor Barnard en Londres y la situación que éste encontró allí? Las intercalo retrospectivamente en este análisis porque demuestran que la solución legal —o por lo menos jurídica— del problema del injerto de corazón se ha encontrado en aquel país. En efecto, con ocasión de su interview en la BBC inglesa (2 de febrero), el cirujano, según nos informa la prensa, "ha tenido oportunidad de conocer al hombre que será probablemente el primero que ha de ser objeto de un trasplante de corazón en Gran Bretaña. El hombre, cuyo nombre no ha sido revelado, tiene unos cincuenta y cinco años de edad. Estaba sentado en una silla de ruedas. "Estoy dispuesto a ser operado mañana", dijo al responsable del programa, y añadió: "He escuchado al profesor Barnard y estoy actualmente persuadido de que lo que ha sido hecho con otros puede ser hecho conmigo. Quiero convertirme en otro hombre. Mi cirujano me ha asegurado que me colocaría un nuevo corazón cuando llegase el momento".

(60) He desarrollado esta idea en el informe comparativo sobre el Derecho suizo, pedido por la "Royal Commission on Capital Punishment" al hacer su amplia encuesta sobre la pena de muerte, con miras a su posible abolición en Gran Bretaña. Ver GRAVEN, *Le système de la répression de l'homicide en droit suisse*, en *Rev. de droit penal et de criminologie*, Bruselas, enero de 1951, número 4, p. 353 y ss., bajo cifra 1, B, L'importance de l'attitude "subjective" du délinquant.

(61) Remitimos al lector a la exposición de ANCEL, M. A., *L'euthanasie et l'opinion en Angleterre*, en *Rev. de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1957, p. 951.

Los cirujanos y cardiólogos ingleses pueden, en consecuencia, emprender tal operación sin correr el riesgo de ser puestos a disposición de la justicia y soportar una condena criminal.

b) En el *Derecho clásico continental* que está, como bien se sabe, sacado del modelo francés, o sea, del Código penal de 1810, la situación se presenta de modo bien diferente, aunque como base exista también el principio de que "todo homicidio cometido con premeditación se califica de asesinato" (art. 296 CP), y que "todo culpable de asesinato será castigado con la pena de muerte" (art. 302 ap. 1). Está claro que, dentro de una interpretación estricta de estas disposiciones, el médico que da muerte a un ser todavía "vivo" aunque sea en situación de vida artificialmente sostenida "más allá del coma"—cae bajo esta disposición, puesto que ha debido preparar las condiciones y los instrumentos de su acto y en consecuencia lo ha "premeditado" en el sentido del Derecho penal. Debe, a partir de tal momento, ser castigado bajo la inculpación de homicidio "calificado como asesinato", salvo el remedio de las "circunstancias atenuantes" judiciales o "morales" generalizadas en Derecho francés después de la reforma de 1832. Estudiando brevemente este problema, a propósito del "homicidio a petición de la víctima", el profesor Bouzat recuerda que "cada vez que la cuestión se ha planteado en Derecho, ante una jurisdicción de instrucción, se ha ordenado el paso a la Sala de lo Criminal, y "cuando se han presentado recursos contra tales decisiones, han sido rechazados". Lo que significa que, para la jurisprudencia, el consentimiento de la víctima en el caso de la eutanasia —sea en primero o segundo grado— "no justifica el homicidio a petición de la víctima", y hace que en tal caso "la dificultad será resuelta del modo más frecuente por la indulgencia del jurado" (62).

Esto es lo que explica por qué, en su *Dossier confidentiel de l'éuthanasie*, publicado en 1962, I. Barrere y E. Lalou, de acuerdo con la oposición general han criticado ásperamente este sistema (63). estimando que "la cosa ocurre como si el legislador hubiese temido el abrir de par en par una puerta que sería injusto dejar completamente cerrada", y ésta es la razón por la cual también han insistido

(62) BOUZAT, *Traité de droit pénal et de criminologie*, tomo I, 1963, número 306, p. 285; DONNEDIEU DE VABRES, *Traité de droit criminel et de législation pénale comparée*, 1947, núm. 421, p. 242. La posición jurídica es la misma en Bélgica, donde, según el profesor CONSTANT, "hay asesinato incluso cuando la muerte ha sido dada a una persona incurable, padeciendo intolerables sufrimientos, y que pide que se ponga fin a sus días, porque admitir la eutanasia sería atentar contra el principio intangible de la vida humana. *Traité elemental de Derecho penal*, tomo I, 1965, núm. 487, p. 546, con una vasta bibliografía "sobre la represión de la eutanasia", p. 547, nota.

(63) Ed. Stock, París. Ver, a este propósito, las páginas 184 y ss., especialmente 188 y ss. Los autores hacen resaltar estos temores, que es oportuno poner de manifiesto: "¿Quién sabe si el paciente... no ha cedido a un momento de desánimo? ¿Cómo discernir si no es precisamente el homicida el que ha provocado este cansancio de la vida?... La conciencia se subleva ante la idea de que unos asesinatos solapados, dictados por el egoísmo del agente, pudiesen quedar impunes".

sobre los "argumentos psicológicos", en los cuales hay que buscar, según ellos, "la desconfianza que con frecuencia —a justo título— envuelve la noción misma del homicidio por compasión", y la "falta de generosidad aparente de los juristas franceses". Lo que motiva esta desconfianza de los juristas "es, en suma, el temor de cometer una injusticia por omisión, absteniéndose de buscar y de castigar a los verdaderos culpables que se encuentran disimulados tras la cortina cómoda de la eutanasia".

Alguien ha dicho, con ocasión de la encuesta resumida en este "Dossier confidentiel" que, "con sus métodos, sacerdotes y médicos están fuera del problema", exactamente como el legislador que lo ha emitido y el juez que se resiste a examinarlo "con generosidad", es decir, desde el punto de vista esencialmente humano, que no es el de la desconfianza sistemática ni el del inmovilismo de la ley añeja en su concepción petrificada del "homicidio calificado". Los mismos autores han indicado, con asombro, que "millares de personas —cientos de médicos, decenas de sacerdotes— les habían puesto de manifiesto con toda confianza, el fondo de su pensamiento", en tanto que ningún *hombre de toga*, exceptuando solamente uno, por otra parte "paralizado por los lazos sutiles de su código profesional", ha juzgado oportuno el hacerles conocer "su experiencia vivida o su profesión de fe largamente madurada" a este respecto. Han señalado, con igual asombro, que "el público tampoco ha estudiado la cuestión bajo su aspecto jurídico y legal, y la ha abordado apenas bajo su aspecto judicial" (lo que abunda en mi observación inicial), en tanto que "los lectores de periódicos parecen sin embargo, apasionarse por los grandes procesos que giran en derredor del crimen eutanásico". Y han sacado la conclusión de que, en definitiva y sobre el terreno jurídico, "es un pequeño país, Suiza, quien parece haber examinado con mayor sentido humanístico y más amplitud de visión este delicado problema", en los cuatro artículos del Código penal (112 a 115) "aplicables al examen de este acto complejo, terrible y contradictorio, que es la eutanasia" (64).

c) Cuál es, en consecuencia, la esencia y el sentido de estas disposiciones, expuestas de manera detallada en los estudios que se han consagrado a ellas (65), y a las cuales remitimos al lector para mayor precisión. Las posiciones de partida siguientes dan la solución de nuestro derecho y pueden ser puestas en evidencia para la solución del problema que hoy nos ocupa.

(64) Op. cit., p. 185. Ver, por otra parte, las indicaciones de Derecho comparado dadas por el abogado R. CHARLES, ¿Se puede admitir la eutanasia? (París, 1955. Ed. Enseignement et perfectionnement techniques).

(65) Al lado de los Comentarios al Código penal suizo, relativos a los artículos 111 y 115, sobre el homicidio, y de tesis y publicaciones ya citadas, véanse mis estudios anteriores sobre el sistema suizo en cuanto a estas cuestiones: "Faut-il punir l'euthanasie?", *Rev. Int. de Crim. et de pol. tech.*, 1950, número 1, p. 137 y ss.; "Le médecin devant le droit pénal", edición de *Médecine et Hygiène*, Ginebra, 1953, Cap. VI; "Le droit a mourir", eutanasia y asistencia al suicida, p. 34 y ss.; "Le procès de l'euthanasie", *Rev. pén. suisse*,

En primer lugar, se trata de que un caso de eutanasia, a pesar de que constituye prácticamente un acto indiscutible de homicidio¹, no debe ser considerado como un acto de *homicidio* ordinario en el sentido jurídico, y muchos menos como un *asesinato*, o sea, como un homicidio agravado por el hecho de que ha sido “premeditado”, pensado, decidido e incluso preparado con antelación, en el sentido del Derecho clásico y tradicional.

La eutanasia —sea en forma de apresuramiento de la muerte cercana, o de la suspensión de un período de supervivencia sostenido por medios médicos— exigiría, para que hubiese asesinato, la “intención culpable” de matar, de dar la muerte, el *animus necandi*. No es, en absoluto, de esta intención de la que se trata en este caso.

En el primer caso, de eutanasia “por acción”, propiamente dicha, la intención es en efecto la de aliviar, la de facilitar una muerte inminente y en todo caso tenida por muy próxima e inevitable, para abreviar los sufrimientos que la rodean, para socorrer al enfermo, hacer su fin más humano, más compasivo, ayudarle a extinguirse dulcemente.

En el segundo caso, de eutanasia denominada “por omisión” no hay tampoco intención homicida, puesto que la extracción del corazón tiene lugar ciertamente sobre una persona condenada por la ciencia médica, “prácticamente muerta” y sin esperanza de curación; en resúmen, sobre un “cadáver que vive vegetativamente”, tal como ha sido establecido en cada caso según manifestación de los expertos en la materia en los trasplantes practicados, y por medios científicamente experimentados y no sujetos a error.

Es evidente además, y en segundo lugar, que hoy, en toda acción humana, quirúrgica o de otra clase, es necesario tener en cuenta, para juzgar a su autor, los *móviles* del acto ejecutado. El Código penal suizo formula este principio como una obligación general para el juez, y se la recuerda expresamente en ciertos casos, en su artículo 63, tales son precisamente los de los homicidios llamados por esta razón, “privilegiados”. Lo cual se refiere tanto al homicidio cometido cuando el autor “se encontraba bajo los efectos de una emoción violenta y que las circunstancias hacían excusable” (art. 113), como al homicidio cometido “a petición seria y reiterada de una persona” (art. 114), o bien en los casos de “incitación o ayuda al suicidio por parte de tercero” (art. 115) que no es punible —el suicidio no está ya considerado en sí como un crimen y la complicidad en el sentido jurídico no puede, en consecuencia, ser sancionada— más que en el caso de que la persona perseguida haya obrado “impulsada por un móvil egoísta”

1964, núm. 3, pp. 242 a 254. Bosquejo de una solución legal aplicable, con los ocho principios que se han deducido; ver, en fin, también el estudio de conjunto sobre “La répression de l'homicide en droit suisse”, *Rev. de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1966, núm. 2, p. 241 y ss., y, en particular, pp. 271 a 278, núm. 5: El homicidio a petición de la víctima y la asistencia al suicida.

(y si, por otra parte, el suicidio ha sido efectivamente consumado o al menos intentado).

Y, es de justicia porque hay en realidad un abismo entre el móvil *altruista*, que está comprendido en el caso del injerto cardíaco realizado para *salvar la vida*, para hacerla posible de nuevo, pues un móvil humanitario reclama una acción *salvadora*, y el móvil egoísta, perverso, por codicia o vil, pero siempre *destructor*, que caracteriza jurídicamente un homicidio premeditado. El móvil, siendo en el caso particular estudiado, exactamente contrario, elevado y noble en sí —puesto que es un móvil el de una vida que sostener y que asegurar al que lo recibe, y no de dar muerte al que se encuentra sumido en coma prolongado o rebasado— se concibe que el derecho se muestra en este caso comprensivo y se haga flexible, y que los moralistas, las personalidades religiosas, no condenen el acto que es, en último análisis, no un acto de barbarie, sino un acto de caridad.

2. Sin embargo, desde el punto de vista particular del *injerto de corazón* y de lo que se llama, sin suficiente precisión jurídica, eutanasia *pasiva*, quedan por dilucidar varios puntos para responder a las objeciones que deben esperarse.

La primera reposa sobre el hecho de que, en el caso de muerte acaecida sin que exista un acto homicida positivo *directo*, debe de haber impunidad, a causa de la falta de relación de conexión necesaria en Derecho, puesto que al dejar simplemente extinguirse la vida del donante, *absteniéndose* de prolongarla artificialmente por la aplicación de algún aparato o de mantenerla por medio de inyecciones, de balones de oxígeno o de cualquier otro modo, nos encontraríamos ante la aplicación de la regla lógica según la cual *ex nihilo nihil fit*, es decir, que "nada puede salir de nada" o que "ninguna cosa puede ser producida con nada". Me atrevo apenas a poner de manifiesto, porque me parece falaz y paradójico, este razonamiento del Derecho clásico heredado de la doctrina y de la jurisprudencia francesas, cuyo relieve y permanencia fueron tales que se creyó con frecuencia, por una especie de respeto o de "temor reverencial", deber imitarlos hasta en sus más evidentes defectos.

El embarazo de los mejores representantes de la ciencia jurídica francesa de hoy (como también los de la ciencia belga, que se encuentra en el mismo caso) es comprensible, aunque el error haya sido corregido en parte por una legislación más o menos reciente. En efecto, el Código penal francés de 1810 no había previsto la cuestión, y se hizo necesario esperar hasta la promulgación de una ley especial de 19 de abril de 1898, llamada "sobre los niños mártires" (ya en esta época), para resolverla expresamente, asimilando a los "golpes y heridas" previstos por el artículo 312 del Código penal, la privación de cuidados o alimentos en lo que concierne a los niños de menos de quince años. "Con excepción de este caso particular, la jurisprudencia no se había atrevido jamás a asimilar la omisión a la comisión", lo que le parecía "imposible por ausencia de previsiones legales"; y no

se atrevió a hacerlo tampoco después, como se ha visto claramente en el célebre asunto de la "secuestrada de Poitiers", juzgado por el Tribunal de Apelación en noviembre de 1901, en la cual los jueces estimaron que no era posible hacer extensiva esta disposición a las otras personas y especialmente a las personas dementes o débiles mentales (66). "De este modo la abstención más culpable desde el punto de vista moral no podía ser sancionada." Esto se debe solamente —aparte de lo que concierne al silencio de la ley, que no prevé la omisión al nivel que prevé la comisión— a "la dificultad de probar la mala intención" en el caso de abstención y al hecho de que la represión no podría jugar, en el caso límite, más que "cuando el culpable hubiese confesado o se hubiera envanecido ante testigos de su mala acción". La carencia de la jurisprudencia y de la doctrina es debida igualmente, como lo muestra el conjunto de las antiguas disposiciones entre los teóricos, a esta "querrela bizantina" acerca de la ausencia de lazo causal.

El resultado de ello puede ser deplorable, como lo ha demostrado para el Derecho belga, el profesor Constant, que evoca muy a propósito el ejemplo de la "posibilidad de matar a un enfermo omitiendo el administrarle un medicamento. Se obtiene así un resultado positivo adoptando una actitud pasiva, y, en este caso, la inacción del delincuente no es un elemento esencial de la infracción". Pero, como en principio, "una omisión no es punible más que cuando concierne a un deber que incumbe jurídicamente a su autor y cuyo incumplimiento está penalmente sancionado por la ley", resulta de ello que escapará a la sanción todo aquel cuya actitud consciente y voluntariamente pasiva es "una de las formas de realización a las cuales el criminal puede recurrir para alcanzar su finalidad positiva". De este modo "la insuficiencia de la legislación penal en esta materia ha impresionado la conciencia pública", y la doctrina y la jurisprudencia belgas han admitido de manera general en semejante caso la solución racional de los Derechos más evolucionados que permitirá, por ejemplo, que "cuando una persona deja intencionadamente de alimentar a otra a quien tiene la obligación de asistir, su no intervención puede constituir un homicidio" (67).

(66) Ver, por ejemplo, sobre el conjunto de este problema, la opinión del profesor BOUZAT, tomo I, cap. II, secc. I, *Infractions de commission et infractions d'omission*, p. 120 y ss. Sobre el proceso de la "secuestrada de Poitiers", la jurisprudencia y la doctrina a este respecto, p. 122 y ss. Sobre las modificaciones legislativas efectuadas después, y especialmente la represión de la abstención culpable con arreglo al Decreto de 25 de junio de 1945, y sobre el nuevo artículo 63 del Código Penal, pp. 123 a 129. El Tribunal de Poitiers, en su decisión de 20 de noviembre de 1901, ha resuelto que la Ley de 1898, no habiendo extendido su protección a los alienados, "el hecho de haber dejado, durante largos años, a una persona mayor, que padecía alineación mental, en una habitación sin aire y sin luz, en un estado de suciedad indescriptible, al punto de que su existencia se encontraba comprometida, no puede constituir un acto de violencia previsto en el art. 311 del CP".

(67) CONSTANT, *Traité*, tomo I, 1965, pp. 168-170. En Bélgica, una Ley de 6 de enero de 1961, inspirada en la Ley francesa de 1945, ha corregido la solución

Es la solución dada desde hace tiempo por la doctrina moderna, inspirada no en el Código francés de 1810, sino en el Código bávaro de Feuerbach, de 1813, y en la doctrina alemana y suiza principalmente. Esta vieja querrela está hoy superada, incluso en los lugares en que el legislador está retrasado. El enorme problema de "la comisión por omisión" era un problema falso. Porque es evidente que todo aquél que, teniendo una obligación no solamente legal o profesional, sino sencillamente un deber natural de obrar, y cuya abstención intencionada conduce a un resultado criminal que había que esperar en el curso ordinario de las cosas, ha provocado este resultado y debe responder de él. No se puede por lo demás hablar de omisión o de abstención cada vez que una acción tiene lugar, como sería la de desenchufar un aparato cuando se sabe que el resultado debe ser mortal.

IX. LA DISTINCIÓN ENTRE "ACTO TERAPÉUTICO Y ACTO CULPABLE"

Volvemos a entrar de este modo *en el Derecho común*, a tenor del cual hay que distinguir entre el acto "terapéutico", sometido a las reglas de la deontología profesional normal, y el acto "culpable", que depende de la ley penal y está expresamente previsto en ella, como lo son los atentados a la integridad corporal, a la salud, y al homicidio por negligencia (en Derecho suizo, art. 125 y 127 CP). Esta negligencia o imprevisión no es culpable en el sentido de la ley penal, y su autor no es punible más que cuando "no ha empleado las precauciones exigidas por las circunstancias y por su situación personal" (según el art. 18, párrafo 3 CP). Estas condiciones deben ser examinadas por el juez con cuidado y discernimiento, en cada caso particular.

La situación es muy delicada y lo es tanto más cuando se trata de problemas nuevos *que no han sido previstos por el legislador*, como es el de los problemas planteados por los injertos de órganos humanos. Es necesario por tanto el tratar de poner de relieve, de entre el conjunto de principios jurídicos y disposiciones existentes, ciertas normas que puedan servir de guía relativamente seguro. Se me permitirá el repetir aquí, para la utilidad del caso, las que he tratado de establecer, en un estudio de 1953 sobre "Le médecin devant le Droit pénal". cuando se planteaban graves problemas de deontología no resueltos, sean los de la eutanasia, del empleo en justicia del narco análisis, o de la esterilización y la fecundación humana. Pueden completarse teniendo en cuenta el nuevo problema.

chocante, según la cual "aquel que por indiferencia no procurase ayuda y asistencia a una persona en peligro de muerte, no tenía ninguna responsabilidad penal".

1.º Según las reglas de la moral médica (68) “el médico está al servicio de los enfermos; es un servicio sagrado que debe asumir en todo caso... Los médicos forman una comunidad espiritual con un mismo ideal: aliviar la miseria y el sufrimiento, y la misma divisa: *primum non nocere*”; y además, “el médico es ministro de vida y no de muerte”, y no debe olvidarlo jamás. Las reglas tradicionales de la medicina tienen por objeto el asegurar este ideal, y se puede decir que “esta ley moral que no está escrita en ningún código, pero cuyos mandamientos eran tan imperiosos que transgrediéndolos se incurría en el deshonor”, ha logrado generalmente y durante siglos mantener muy alto el sentido del deber profesional.

2.º Es, en consecuencia, perfectamente normal que, de modo general, el Estado reconozca la regla o *la ley profesional probada*, y haga de su aplicación y de su conocimiento un criterio de acción admitida o prohibida, autorizada o, por el contrario, punible, según las circunstancias o la gravedad del caso, aunque no dependa evidentemente de la ciencia médica al decidir si un acto es jurídicamente lícito o no, autorizado o amenazado por una sanción penal. El Código penal suizo ha querido expresar este principio fundamental en su artículo 32 al tratar de los *actos lícitos*: “No constituye una infracción el acto ordenado por la ley o por un deber de función o de profesión”.

Consecuentemente, el médico que obra conforme a este orden moral y a las reglas profesionales, y que, actuando de ese modo, no comete una falta técnica o una negligencia que pudiese serle razonablemente reprochada y penalmente imputada, no podrá ser considerado culpable. No se le podría, por tanto, castigar por las consecuencias perjudiciales que al tratar de hacer un bien al paciente hubiese producido involuntariamente en el cuerpo, en la salud o incluso en la vida de quien se hubiese confiado a él. Un “accidente” puede ocurrir y puede comprometer la responsabilidad *civil* de su autor y exponerlo a una exigencia de reparación de daños. Pero el acto profesional ejecutado en el cuadro de sus actividades y de acuerdo con las reglas profesionales normales continúa siendo lícito y no puede constituir un “delito”. Esto es tan evidente que la regla legal ha parecido superflua a ciertos autores.

3.º La situación no es, sin embargo, tan sencilla. El médico puede cometer, en efecto, más de una vez, en el ejercicio de su profesión, actos *cuyo carácter pueda parecer dudoso* y sobre los cuales tiene sus dudas (como en el caso de rehusar el prestar sus servicios, la denuncia de un acto criminal, el negarse a declarar ante la justicia cuando se le releva del secreto profesional). O bien puede cometer actos o participar en actos en sí prohibidos por la ley, pero que su

(68) Op. cit., cap. 11, p. 7 y ss. Los principios citados están tomados de la obra del profesor RIST, *La morale professionnelle du médecin*, Paris, Masson, 1941. Para la aplicación en Derecho suizo, ver la tesis de HAUSSENER sobre *Le devoir professionnel du médecin d'après l'art. 31 du projet de Code pénal suisse* (en alemán, Berna, 1932), y de SCHERER, *Begriff und Bedeutung der Berufspflicht im Strafrecht* (Berna, 1938).

conciencia no rechaza, o que está le anima incluso a llevar a cabo, vista la concepción que él tiene de su deber profesional y social (como v. g. la asistencia a los duelistas en el caso de que el duelo esté sancionado por la ley penal; una interrupción del embarazo, la castración de un enfermo sexual expuesto a cometer delitos, o una inyección que abrevie una agona particularmente penosa). Es precisamente en este campo de los delitos dudosos o de los casos-límites donde el Estado legisla cada vez más, sea para disculpar al médico que cumple sus obligaciones profesionales con intención altruista y en razón a su utilidad social, sea para imponerle, por el contrario, unas obligaciones u oponerle unas prohibiciones que deben anteponerse a su libre apreciación y excluir su elección individual, en interés general. En este caso, y al igual que todo ciudadano, el médico debe someterse a la ley, que está hecha para todos, no siendo personalmente juez de su justificación ni de su aplicación. Será susceptible de punición incluso si tuviese el sentimiento de obedecer a su conciencia o a un deber natural y si no ha obrado, en consecuencia, mal en el sentido de lo absoluto. El legislador no ha querido dejarle el papel de árbitro del "caso de conciencia" y lo ha resuelto por sí mismo. De este modo pueden ser frecuentes los *conflictos* entre el sentimiento interno del "deber" profesional y la regla externa de la "obligación" de obedecer.

4.º Pero en las eventualidades en las que el legislador *no ha resuelto la dificultad* —porque está muy lejos de haberse enfrentado con todas las situaciones dudosas—, el médico puede arriesgarse, a pesar de todo, a caer bajo el imperio de la ley en virtud de los principios generales sobre los cuales ésta se funda. La ley le puede alcanzar a pesar suyo, y el conflicto existe entre el movimiento que lo impulsa a obrar y la amenaza eventual o la incertidumbre jurídica que pudiera impedirselo. ¿Cómo deberá decidir en este caso?

Si nos atenemos al derecho de intervención o de operación y al derecho de experimentación (69) que está aquí en causa, se preguntará uno siempre, en primer lugar, si el acto emprendido entra en el campo de los actos generalmente admitidos por las reglas profesionales, o si es discutible. Cuando se trata de una intervención *curativa o terapéutica*, hecha para curar o salvar un enfermo, no se podría suponer intención dolosa, delictiva... Cuando la intervención médica no tiene un carácter curativo y *sale* del campo de las reglas profesionales generalmente admitidas (como en el caso de la inseminación artificial, de la esterilización, de la castración o de operaciones correctivas estéticas que ninguna necesidad de salud exige) no se puede admitir según el viejo adagio romano: *volenti non fit injuria* que el

(69) *Nuestro mismo estudio*, V. p. 24 Sobre la cuestión del consentimiento, ver principalmente el artículo del profesor PORTES, *Du consentement des malades a l'acte médical*, en *Médecine de France*, 1950, XI, y en Derecho suizo, HOLER, *Die Einwilligung des Verletzten* (tesis, Zurich, 1906), GRIOT, *Das Recht am eigenen Körper* (tesis, Zurich, 1921), et HAEFLIGER, *Über die Einwilligung des Verletzten im Strafrecht*, en *Rev. Pen. Suisse*, 1952, p. 29.

consentimiento de tercero o del paciente convierta el acto en lícito o constituya al menos un hecho justificativo para el ejecutor del acto. El consentimiento no quita su carácter delictivo y punible, como lo ponen de manifiesto nuestras disposiciones represivas, ni en el caso de homicidio a petición reiterada y sería de la víctima o en el caso de auxilio egoísta al suicidio, ni en el caso de aborto practicado con el consentimiento de la madre o incluso con su deseo formal (art. 119 CP), ni en el caso de mutilación voluntaria para escapar al cumplimiento del servicio militar (art. 95 CPM) etc. Es, por tanto, el legislador, en definitiva, y no el poseedor del bien expuesto, quien fija el límite en tales casos.

5.º Si no lo ha hecho y en todos los casos dudosos, que se salen de la regla generalmente admitida y, por así decirlo, incontestable, donde el médico no puede afirmar: "lo he hecho, pero estaba en mi derecho" (*feci, sed jure feci*), es preferible no fiarse de un uso más o menos discutible, y *abstenerse en tanto que el Estado no lo haya legislado* y resuelto el caso afirmativamente, es decir, hasta tanto no haya autorizado, legalizado y convertido en lícitas las intervenciones de que se trate, haciendo necesarias las condiciones y garantías requeridas, como se ha hecho en Suiza para la interrupción de embarazo en caso de riesgo de muerte o de peligro grave y permanente para la salud de la madre (art. 120 CP) o, en otros países, para la inseminación artificial, la castración o la esterilización. De otro modo el médico se expone al proceso y a las sanciones. Se ha visto en Italia, por ejemplo, a un médico procesado —aunque desde luego absuelto— por haber practicado un injerto de glándula sexual según el método de Voronoff. El Tribunal de apelación de Nápoles ha reconocido (en una sentencia de 30 de abril 1932) que este tipo de operación era lícito y el recurso elevado contra esta sentencia ha sido fallado en contra por el Tribunal de Casación de Roma (31 de enero 1934) (70).

6.º Finalmente, en los casos de intervención a título de *experimento médico* que pueda tener consecuencias graves y duraderas para el paciente (71), el médico corre riesgo de comprometer su responsabilidad penal cualquiera que sea el interés o el progreso científico que pueda deducirse de su acto, cuando, de acuerdo con el curso nor-

(70) Los inconvenientes y las soluciones escandalosas que puedan resultar de una falta de adaptación de la legislación o de la ausencia de disposiciones apropiadas se han manifestado frecuentemente, como ha ocurrido especialmente para la esterilización en Inglaterra. En 1950, un proceso ruidoso de esta naturaleza ha soliviantado y dividido a la opinión, a la Iglesia, a los médicos y a los juristas. Una madre de seis hijos, Doris Kindred, viviendo en un cuchitril e imposibilitada de hacer frente a sus necesidades, había firmado ante su marido el compromiso de hacerse esterilizar. Se preguntaba la opinión si no era contrario a la justicia y la humanidad el que los médicos y los pacientes, ejecutando o sufriendo la esterilización, respectivamente, pudiesen ser perseguidos por la justicia como criminales, puesto que no se trata de un acto terapéutico para salvar una vida en peligro.

(71) *Le médecin devant le droit pénal*, p. 32 y ss.

mal de las cosas y en el estado en que se encuentre la ciencia médica, deba normalmente presumir o esperar una solución desfavorable e infligir un daño a la salud o a la vida. Previendo o aceptando el riesgo casi seguro, acepta también la responsabilidad. Desde el punto de vista jurídico, y cualquiera que sea la teoría sobre la cual se apoye, la lesión está implicada en su acto intencional, y se castiga como si la hubiese querido. No es cuestión aquí de "deber profesional" en el sentido del artículo 32 del Código penal suizo, y se ha citado con frecuencia el ejemplo dado por Stooss, el autor de nuestro anteproyecto, del médico que se atreve a realizar una operación a título experimental y sabe previamente que es mortal.

7.º Pero hoy, y en lo que concierne los injertos del corazón humano, practicado por equipos de especialistas perfectamente calificados, después de todas las experiencias convincentes sobre el animal, con todos los aparatos técnicos perfeccionados y con el concurso de las personas competentes cuya ayuda se estime necesaria, particularmente en el dominio de la inmunología, se ha pasado, como lo hemos visto, del estado de la "experimentación" al de la "terapéutica", y la situación jurídica está desde luego clara, si estos imperativos son respetados, y, particularmente, si las condiciones de control de una detención completa de las funciones cerebrales se cumplen, y si el consentimiento del donante ha sido regularmente obtenido. No habría, según nuestro Derecho, responsabilidad penal para el médico, más que en el caso de que incurriese en "culpa" en el sentido del Derecho penal, es decir, en el caso de "imprevisión o de negligencia culpable" demostrada, o si, al actuar, *infringiese cualquier otra regla particular*, como, por ejemplo, las disposiciones expresas sobre las condiciones de la "verificación oficial" de la muerte, sobre el lugar y las garantías obligatorias de una autopsia, o sobre la sanción penal de una "mutilación corporal", si se considera como tal la apertura del tórax y la extirpación del corazón, o de una parte de él, sobre un enfermo privado de toda reacción encefalográfica o sobre un "ser intelectualmente muerto". Pero, en cuanto a la "culpa penal" el médico debe recordar que el trasplante de un corazón (o eventualmente de otro órgano vital único) lleva consigo siempre unos riesgos excepcionales y que éstos no pueden ser tomados a la ligera. El Derecho le podría pedir cuentas.

8.º Pero aquí igualmente, el legislador debe tomar las medidas que se imponen *para adaptar el "Derecho superado", o la insuficiencia del Derecho* a las condiciones y conocimientos nuevos sobre el "ultracom" y el desenvolvimiento y progreso rápidos y maravillosos de la ciencia médica. El legislador suizo ha buscado, en las condiciones de la época en el Código penal fue elaborado y votado, una disposición equitativa y prudente de esta naturaleza, en su artículo sobre el "atentado a la paz de los muertos" (art. 252). El Código ha instituido como infracción especial (punible con tres meses de arresto cuando más y bajo reserva de suspensión, o de multa) el hecho de haber "profanado groseramente el lugar en el que reposa un muerto",

o “profanado o ultrajado públicamente un cadáver humano”, o bien el haber “sustraído contra la voluntad del causahabiente, un cadáver humano, o las cenizas de un muerto”. La excelente “exposición de motivos” del Anteproyecto de 1908, que aclara siempre tan útilmente la intención del legislador, ha indicado, del modo más neto, que “*la utilización de un cadáver con fines de investigación o de enseñanza científica, y por una persona calificada, no caerá bajo el peso de este artículo, siempre que no se conozca algún pariente próximo, o que los parientes hayan dado su consentimiento*” (72). Se excluye por esta razón de un modo claro la punibilidad para el acto médico de carácter científico, altamente útil y humano, de la extirpación de un órgano necesario para un injerto o un trasplante, con el pleno acuerdo del donante o de su familia, con el fin de restablecer la salud o de salvar o prolongar la vida de un enfermo gravemente atacado o en peligro de muerte.

Así pues, parece que todos los problemas jurídicos están orientados a la búsqueda de una solución moderada que responda a las diversas exigencias médicas, morales, personales y sociales que van surgiendo en este punto de una etapa prodigiosa, de una “nueva era” decía el profesor Shumway, en la historia del hombre y en la de la humanidad. Examinando los problemas jurídicos y morales planteados por el “injerto de corazón” el Dr. Rentchnik, médico director de la publicación ginebrina *Médecine et Hygiène*, que firma sus crónicas con el nombre de “Esculapio”, ha llegado a formular esta *conclusión*, la mejor, según parece, que se pueda dar a nuestro estudio panorámico:

“El mundo contemporáneo se beneficia de las vacunas contra una serie de enfermedades. Sin el espíritu de experimentación de Pasteur —considerado hoy justamente como un bienhechor de la humanidad— la medicina estaría retrasada. Es evidente que preferimos el éxito al fracaso en este campo, pero no sabemos hasta qué punto, en todos los dominios de la vida, los éxitos no son a veces más que el resultado de una serie de fracasos.

Los juristas son en su conjunto muy comprensivos respecto a los progresos de la medicina. He leído ayer con mucho interés el artículo del letrado François Sarda en “Le Monde”: “Los cirujanos de los injertos de corazón son unos audaces dentro del cuadro de experimentos legítimos. El éxito o el fracaso no son criterios de Derecho”. Pero es evidente que son los éxitos de una experiencia terapéutica los que forzarán las puertas del Derecho. Ha sido después de las tentativas de los injertos de ojos, de riñones o de otros órganos cuando los juristas han modificado los textos de la ley y no antes.

(72) *Exposé des motifs* del Anteproyecto de abril 1908, redactado por el profesor E. ZÜRCHER, de Zurich, traducción del profesor A. Gautier, de Ginebra, Berna, 1914, capítulo XI, p. 338 (artículo 188 del Anteproyecto).

Es el Derecho el que sanciona un estado de hecho "en interés científico o terapéutico".

En cuanto al problema filosófico, "se interrogaba no hace muchos días en la televisión el eminente moralista francés, profesor Jankelevitch que ha escrito unas páginas notables sobre la noción de la muerte. Entonces yo me hacía algunas preguntas sobre la legitimidad de estos injertos. El moralista francés simplificaba todo el problema diciendo que los injertos de corazón no plantean problemas nuevos en filosofía. Para él no hay *tabú*, no es necesario buscar una verdad antropomórfica en el ensayo de rechazo del injerto cardíaco por el que lo recibe. "Todo lo que es posible para la prolongación de la vida está permitido y debe ser hecho"... El cirujano no debe plantearse problemas éticos: "Su objetivo es el de buscar un modo de prolongar la vida de uno sin comprometer la vida del otro. Decir sí a la vida, pero al mayor tiempo posible".

En conclusión, el jurista y el moralista se ponen a la par del médico... El sabio debe poner en obra su todopoderosa libertad —nuestro solo poder sobrenatural aquí abajo— para salvar toda modesta posibilidad de supervivencia. El jurista va más lejos. El abogado Sarda termina diciendo: "Mañana los injertos de corazón serán seguramente banales. ¿No se nos reprochará un día como "grave desconocimiento de nuestros deberes" el no practicar las operaciones del Dr. Bernard? (73). Para continuar sirviendo al hombre, la ciencia de la vida no debe cesar de pensar en el conocimiento de la muerte" (74).

¿Qué decir por añadidura, después de cuanto hemos expuesto? Puede ser en efecto que "todo esté dicho y que llegemos tarde después de siete mil años que el hombre existe y que piensa... No hacemos más que investigar entre lo que nos dejaron nuestros antepa-

(73) No ha sido necesario esperar mucho tiempo la confirmación. Según un telegrama de París, de 1 de marzo, "un millar de jóvenes pacientes esperan para ser operados que se organice el injerto de órganos a partir de *cadáveres preparados*", ha reafirmado el profesor René Kuss en el curso de una comida organizada en su honor por el Lion's Club. También este especialista reclamaba con insistencia que se levantase rápidamente la prohibición que impide hoy, en Francia, el trasplante de órganos cuando el donante está muerto dentro de un plazo muy corto. "No reconocer el injerto de órganos, ha declarado el cirujano, equivale a negar la existencia de unos doscientos individuos que viven actualmente en el mundo, desde hace dos años, gracias a un único riñón.

(74) Artículo aparecido en la *Tribune de Genève*, de 10 de enero de 1968. Estas conclusiones se terminaban con esta recomendación: "Es cierto que se pueden expresar otras consideraciones, pero es necesario, antes de defender una posición moral o jurídica, retroceder un poco y preguntarse lo que sería de nosotros si hubiésemos estorbado o prohibido la actividad de Pasteur (vacunas), de un Fleming (antibióticos), de un Sabin (vacuna viva antipolio), y de todos los pioneros de la cirugía en general.

sados y nuestros más hábiles contemporáneos" (75). Pero lo que en definitiva cuenta, es la cosecha que se puede recoger todavía en provecho y en verdad.

X. LA CONCLUSIÓN QUE SE APUNTA APARECE COMO CIERTA

El punto final en el estudio de este considerable y necesario debate había sido puesto el 20 de enero de 1968, después del fallecimiento de Mike Kasperak, el operado de Stanford (76), que no cambia en nada el problema fundamental planteado. Se puede añadir después (con las notas complementarias y los *addenda*), este capítulo que servirá de conclusión general, en el momento en que la prensa diaria nos trae casi simultáneamente las noticias siguientes de El Cabo, París, Moscú, Nueva York y Roma.

I. De Johannesburgo, el 18 de febrero, se anuncia que Philip Blaiberg "ha entrado en la historia por haber sido el primer hombre que ha tenido su corazón en sus manos" (como lo ha relatado *Sunday Express*). El profesor Christian Barnard ha presentado, en efecto, a su paciente un fracaso conteniendo el corazón que le había retirado para injertarle en su lugar el de Clive Haupt: "Es un milagro que haya podido usted vivir tanto tiempo con ésto", le dijo tendiéndole el frasco. Y como se le preguntara a Blaiberg, muy alegre, "qué impresión había sentido al tener su propio corazón entre sus manos", contestó: "Se hace muy raro..." (76). Se comprende, y ha faltado poco para poder musitar con él al borde de la tumba que no ha sido abierta, el "morir, dormir, soñar quizá", transformado, transfigurado de una manera que parece haber corregido el destino natural de todo humano. Ha atravesado los dos períodos de ligera reacción de rechazo, y el

(75) Kasperak ha muerto "después de una lucha dramática de quince días contra la muerte", pero no es fracaso la operación cardíaca practicada por el doctor Shumway, sino la consecuencia de una "deterioración catastrófica de los principales órganos del enfermo". Había tenido que ser sometido a cuatro operaciones secundarias importantes, comportando la extirpación de la vesícula biliar, del bazo, y unas correcciones vasculares a nivel del esófago y del duodeno. Se había intentado todo, "los límites de lo imposible habían sido definitivamente franqueados". Al igual que el corresponsal médico de la *Tribune de Genève* (Esculapio) lo ponía de manifiesto, "estas intervenciones demuestran que el caso de Mike Kasperak era desesperado en el momento en que el famoso cirujano lo había seleccionado para el primer injerto cardíaco en los Estados Unidos. Esto corresponde bien a la ética médica de ese país, particularmente severa cuando se trata de llevar a cabo nuevos tipos de intervenciones quirúrgicas".

(76) V. la relación hecha, por otra parte, en el semanario *Paris Match*, de 2 de marzo de 1968: "La escena más extraordinaria de la historia de la medicina contada por el doctor Barnard" (núm. 986, p. 72: "Blaiberg, ¿quiere usted ver su antiguo corazón?". Habiéndolo tomado entre sus manos, tras un momento de emoción, las palabras del operado parece que han sido éstas: "Entonces es esto ese terrible corazón que me ha causado tantas preocupaciones cuando estaba en mi pecho...: mi viejo corazón".

hematoma que se había formado alrededor de su "nuevo corazón" ha desaparecido totalmente. Su esposa confirmaría una semana más tarde, cuando se la interrogaba sobre los temores de rechazo, "que ni siquiera un día había dejado de sonreír y que estaba en plena forma". Terminó diciendo que tenía "un aspecto espléndido" y que le gustaría "que todo el mundo pudiese ver hasta qué punto estaba bien". Más tarde, los progresos han continuado, su esposa pudo verlo directamente a cara descubierta, y pudo expresar, en términos entusiastas, su alegría y su más legítima confianza (77).

2. Desde París, el 21 de febrero, la Agencia France-Presse, hace saber que la Asistencia Pública ha "dado la luz verde para los injertos de corazón". El Boletín Oficial de la ciudad de París publicó, en efecto una modificación del Reglamento general sobre el servicio de sanidad en los hospitales: "autorizando bajo ciertas condiciones las extracciones anatómicas con fines terapéuticos". Esta nueva disposición, se comentó, "permitirá a los cirujanos parisienses el intentar un injerto de corazón" si lo juzgan necesario. Porque las extirpaciones de órganos ya no tendrán lugar en adelante de modo obligatorio en el depósito, en locales que no son jamás "estériles", sino que podrán hacerse "en las salas mismas donde son practicadas la intervenciones: De este modo, donantes y donatarios pueden colocarse uno al lado del otro". Incluso si este Reglamento en realidad "no hace más que autorizar lo que es "práctica corriente" (78). La autorización oficial no deja de constituir por ello "una fecha histórica" en Francia: Esta autorización pone, en efecto, a los médicos "al abrigo de las molestias administrativas", los sustrae a la amenaza de "ser acusados —teóricamente— de lesiones voluntarias", y de incurrir en "eventuales dificultades jurídicas".

Pero el jurista pondrá de manifiesto que eso no es suficiente todavía: En efecto, estas nuevas disposiciones "no resuelven para nada el problema planteado por el *derecho de trasplante*", dado que los trasplantes de órganos exigen *una nueva definición de la muerte*. Los cirujanos tienen en cuenta actualmente, según hemos visto, varios "parámetros" para definirla: Uno de ellos, el cese de toda *actividad eléctrica* del cerebro, "está considerado como suficiente para numerosos profesionales". Pero la legislación en vigor prohíbe el "mutilar" un cadáver "antes de que se haya comprobado la detención del co-

(77) Tras el relato de estos hechos (5 de marzo), el doctor Blaiberg ha podido volver a su hogar el 17 de marzo (nota 53, al final de la primera parte).

(78) Varias ciudades de Francia, especialmente Lyon, "han tomado ya tales medidas hace varios años". Recordemos que antes de salir en compañía de otros cardiólogos franceses, para la visita y los coloquios de El Cabo, el doctor Barnard y su equipo, el doctor Termet (antiguo jefe de la clínica del profesor Santy y especialmente dedicado al estudio del injerto del corazón en el servicio del profesor Michaux), había declarado su intención de proceder a un injerto de corazón humano "en el caso de que el enfermo tuviese un mínimo de probabilidad de dos meses de vida". Ha hecho ese viaje, ha precisado una corresponsal lionesa de la *Tribune de Genève*, "a instancia de M. Veyret, director de los Hospicios civiles de Lyon".

razón". En consecuencia, "para extirpar el músculo cardíaco hay que mantener el cadáver en estado de supervivencia artificial, con el fin de que su corazón sea capaz de latir y que los órganos a transplantar no sean destruidos antes de poder ser utilizados. Por ello, los médicos "se ven obligados a burlar la ley para operar" y están a la espera de: "una nueva legislación" que, por su parte, "apruebe una práctica que se ha convertido en habitual en el mundo" (79). Esto está por hacer y se hará sin duda alguna, como la disposición de Derecho suizo parece, desde 1937, permitirlo ya. Se puede en el intermedio de comprender que antes de salir de París para Milán, el 6 de febrero, acompañado del Dr. Botha, su inmunólogo, el Dr. Barnard, después de su recepción, su conferencia y sus contactos con sus colegas franceses —"agotado", pero "expresando en su mirada todavía el placer de estas jornadas"— haya declarado: "Es fantástico, maravilloso... Los progresos de los cirujanos franceses son formidables (80). Veinte de entre ellos al menos son capaces de hacer un injerto de corazón, y tienen la firme intención de hacerlo" (81). Y puedan o no ser capaces en tal caso de colocar en situación embarazosa a los representantes

(79) Análisis de Patrick Magd, el 23 de febrero de 1968.

(80) No es indiscreto tampoco el decir, puesto que la Prensa lo ha hecho público, en el momento de la partida del doctor Barnard, el 6 de febrero, que una comida en honor de este último había reunido, en casa del doctor Mathé, al doctor Hamburger, el primero que ha logrado un injerto de riñón (venido especialmente de París para esta recepción), acompañado de su asistente, M. Croshier; al hematólogo Jean Bernard, al inmunólogo Jean Dausset, cuyos trabajos han sido de una importancia capital para el doctor Botha, el inmunólogo de El Cabo; J. P. Binet, el primero que ha practicado con éxito un injerto valvular de un animal sobre el hombre, y al ayudante del profesor Mathé, M. Gallet. "Estamos entusiasmados con los conocimientos de Barnard y de Botha (ha declarado el profesor Mathé). Son, además, unos hombres sencillos, llenos de humor y gentileza". Y, consecuencia duradera de esos acontecimientos: "todos estos especialistas del injerto han decidido volverse a reunir de hoy en adelante a intervalos regulares", según Daniel Garric.

(81) Noticia de Prensa del 26 de febrero de 1968. El profesor Dor, que dirige el servicio de cirugía torácica del Hospital Salvador, de Marsella, ha declarado: "La experimentación en el Hospital S. está suficientemente avanzada para que se pueda prever, en una fecha no precisada todavía, la posibilidad de injertos de pulmón o de corazón en el hombre. Los problemas técnicos parecen estar a punto, pero siempre podemos perfeccionarlos en esta vía. Las investigaciones se continúan, sobre todo en el dominio inmunológico". Pero, aun comprendiendo muy bien el derecho a la información, parece poco deseable el hacer conocer, antes de su realización las tentativas de injertos de órganos: que pudiesen ser realizados en el hombre. Por el contrario, parece perfectamente normal el hacer conocer una tal intervención, cualquiera que sea su resultado, al cabo de cierto tiempo suficiente". A propósito de esta *discreción*, obligada tanto por las reglas de la deontología como por las de la prudencia y de la decencia, y cuya falta de respeto se ha reprochado grandemente al equipo de médicos de El Cabo el no haber respetado esto, el profesor Barnard, interrogado el 2 de febrero de 1968 por la BBC, en su visita a Londres, ha precisado que su segunda operación (sobre el dentista Blaiberg) "debía ser, en principio, totalmente secreta". Desgraciadamente, dijo entonces el doctor Botha, "alguien ha dejado conocer por inadvertencia que se trataba de un dentista tan enfermo que ya no podía ejercer. Inmediatamente, los periodistas han telefoneado a todos los dentistas de El Cabo".

del Ministerio Público. Al menos pueden estar seguros de dar amplia y apasionante materia a la doctrina científica y a los comentaristas de las primeras resoluciones judiciales.

3. Otra decisión fundamental, que ha visto la luz el 2 de febrero, es la de Petrovsky, el ministro soviético de Sanidad, de quien nos habían hecho conocer el 20 de enero —aumentándolas exageradamente— las "acusaciones contra el profesor Barnard". El Dr. Petrovsky "ha encendido también la luz verde para los injertos de corazón en la URSS.", estimando que constituyen "un campo interesante y prometedor". Pero ha precisado, los trasplantes no podrán ser practicados más que "cuando todas las tentativas para salvar la vida del donante hubiesen fracasado", y con las condiciones expresadas siguientes:

a) que estas operaciones sean efectuadas "únicamente en los grandes establecimientos en posesión del equipo necesario";

b) que "si un paciente puede vivir sin injerto, incluso con cierto riesgo, debe vivir con su propio corazón enfermo";

c) que los injertos serán admisibles "únicamente si el corazón se ha parado y si el paciente está muerto, es decir, si se encuentra en estado de muerte clínica, o si padece enfermedad incurable en un estado avanzado".

Esta última condición, si ha sido exactamente traducida, nos causa sobresalto: porque autorizaría la "eutanasia activa" y no solamente lo que se ha llamado la "eutanasia pasiva" por cesación de los artificios de mantenimiento en sobrevivencia vegetativa. Pero parece contradecirse o por lo menos aclararse por esta otra frase relativa a los donantes, y que precisa "que un corazón no puede ser extirpado a menos que no haya ninguna esperanza de reanimarlo", es decir, "cuando todas las tentativas para salvar la vida del donante hayan fracasado". En fin, "si un paciente —el donatario— está moribundo, un injerto que le permitirá vivir algunas semanas o algunos meses más, se podría justificar desde el punto de vista moral y jurídico".

De este modo, nos encaminamos poco a poco hacia una reglamentación deontológica bien definida, bajo cuyas condiciones las perspectivas "médicas" de entendimiento no deberán ser difíciles de realizar.

4. La Academia de Ciencias americana se ha pronunciado, a su vez, según las indicaciones llegadas el 28 de febrero (82). Su Comité médico, formado en noviembre último para responder a las preocupaciones crecientes de la profesión médica y de la administración federal en los Estados Unidos, ante "el desequilibrio entre los progresos de las ciencias bio-médicas y sus aplicaciones prácticas a las necesidades de los individuos", ha tratado, en su primera declaración pública, "de los aspectos médicos, legales e —implícitamente— morales

(82) Según la correspondencia de Ana Thinesse, de Nueva York, 28 febrero (*Figaro*).

del injerto de corazón" (83). Comprendiendo además de especialistas médicos, educadores, letrados y economistas, este Comité ha gozado desde su constitución del prestigio que emana de la Academia de Ciencias creada, hace más de cien años, "para aconsejar al Congreso en todos los dominios científicos". Toda iniciativa de este alto consejo médico" está llamada, por consiguiente, a "ejercer su autoridad".

Al mismo tiempo que ha definido "los criterios rígidos" —digamos mejor "expresos"— a los cuales deben atenerse los especialistas de la cirugía cardíaca, antes de emprender tales operaciones, el Comité recomienda a las instituciones médicas "el resistir a la tentación de injertar prematuramente corazones humanos". Porque, efectivamente", algunos médicos "pueden estar tentados de hacerlo; es incluso (según el Dr. Dermott) una terrible tentación": la de "añadir algo a los conocimientos humanos, lanzarse a la vanguardia, con la inmensa satisfacción de ejercer su habilidad, sobre todo en provecho de un ser humano". Lo que es de temer, es que unos equipos médicos, "técnicamente capaces" de ejecutar la operación, "no posean todavía los conocimientos científicos suficientes para rodearse de todas las precauciones requeridas y para asegurar a largo plazo la supervivencia del paciente". Pero el Comité de la Academia de Ciencias "no se opone, en el actual estado del conocimiento, a nuevos experimentos de trasplantes cardíacos".

Sus consejos y sugerencias alcanzan también a las disposiciones administrativas que hay que tomar para la coordinación entre los centros médicos interesados, así como a las que se imponen para establecer condiciones mismas de la práctica y de las operaciones, para el control atento y duradero de sus consecuencias, y para la exacta y necesaria información del "gran público". Su declaración enuncia a este efecto las recomendaciones e instrucciones siguientes:

a) que un equipo de especialistas, sin que ninguno de ellos haya de intervenir en la operación misma, examine al posible donante y que otro grupo, igualmente independiente, examine al donatario;

b) que el plan de operación sea preparado anticipadamente por el hospital, comprendidas las disposiciones que se hayan de tomar para la vigilancia facultativa del paciente durante toda su vida;

c) que los resultados de la operación sean comunicados a los otros centros de trasplante, de manera que cada operación contribuya a mejorar las siguientes:

d) que los equipos de cirujanos posean un conocimiento perfecto del fenómeno del rechazo y disposiciones de expertos en inmunología, con los cuales colaborarán estrechamente.

He aquí lo que, al parecer, demuestra bien, por comparación y

(83) Según un telegrama de 5 marzo 1968, el doctor William Likoff, presidente del Colegio americano de cardiología, ha anunciado la apertura, el 23 de marzo, en Bethesda (Maryland), de una conferencia que examinará los problemas morales planteados por los trasplantes cardíacos.

verificación con las otras reglas que emanan de las demás fuentes aludidas, que existen unos principios de concordancia evidentes, racionales, de un alcance a escala universal, podemos decir, relativos a las condiciones en las cuales los trasplantes de corazón —que tanto médicos como opinión pública rechazaban al principio con tanto vigor como el propio organismo— podrán no solamente ser "aceptados" y "tolerados" por el organismo social, sino considerados y loados como uno de los más ciertos progresos que hayan sido aportados hasta hoy en relación a la salud y a la cura del hombre enfermo y condenado a la muerte por lesión o deficiencia del corazón, su órgano "vital" indispensable.

5. Y "desde el punto de vista moral", ¿qué es lo que —final y definitivamente— ha de admitirse? Ya no hay ahora ambigüedad alguna desde que el profesor Barnard ha sido recibido en audiencia, el 31 de enero, en Roma, por el Soberano Pontífice, ante el cual se presentó "sin complejo y sin plantearse problemas" (84). En tanto que médico, la cuestión estaba resuelta por él mismo y por su equipo: tenía conciencia de haber obrado lo mejor posible, tanto en el sentido de su poder como de su deber, de acuerdo con la regla suprema de respeto a la vida y de búsqueda de la salvación del paciente. Por otra parte, la posición de la Iglesia había sido recordada en el artículo del *Observatore romano* de 8 de diciembre de 1967 sobre "los injertos y el orden moral", y el hecho de que no hubiese sido desautorizado por la autoridad religiosa de El Cabo y de que S. S. Pablo VI se dignase recibirlo en audiencia privada, podía tranquilizarle al respecto. Sabía también que debería encontrarse con el Dr. Valdoni, médico del Santo Padre y que éste, hacía poco, en una conferencia sobre trasplantes de corazón, había caracterizado su acto y su persona con las calificaciones de "gran valor, habilidad excepcional", fórmula significativa dentro de su brevedad.

En fin, después del artículo romano de 8 de diciembre que confirmaba, en sustancia, la doctrina de Pío XII en su discurso a los médicos, de septiembre de 1954, un comentario —publicado en el *observatore della domenica* de Mr. Lambruschini, teólogo conocido, ha puesto las cosas en su punto "de una manera que concuerda con la doctrina cristiana resumida anteriormente por la pluma autorizada del R. P. Riquet". Aparece claramente en último análisis, de acuerdo con este comentario, que "si el donante está *vivo* el trasplante de corazón es ilícito y equivale al homicidio directo de un inocente".

(84) Según los corresponsales de Prensa, el profesor Barnard, al dirigirse al Vaticano, había declarado ante los representantes de ésta: "Ninguna pregunta que pueda hacerme el Papa podrá ser embarazosa para mí. Creo que la tradicional confianza del enfermo hacia su médico tiene su razón de ser, y que es de la competencia de éste el decidir un trasplante sobre un hombre en el cual ha cesado todo signo de vida neurológica. No tenemos ningún problema de orden moral". La visita al Vaticano era, añadió, "un proyecto acariciado desde hace mucho tiempo", y no la consecuencia de sus recientes operaciones, aunque le placiese grandemente el poder conversar en esta ocasión con el profesor Valdoni, como lo había hecho con otros colegas eminentes.

Es éste “un principio absoluto” y que no admite contestación en sí. Por lo tanto, la ciencia médica “debe probar de una manera exacta, de una manera absoluta, que la muerte del donante de este órgano es cierta y el consentimiento del moribundo no es —a este respecto— suficiente”. Una excepción en este aspecto, aunque sea la única, “abriría la puerta a unos abusos susceptibles de consecuencias desastrosas para la humanidad”.

Es exacto que la extirpación del corazón “deja dudas y perplejidades de orden moral”, y que no se puede alejar completamente de sí la impresión de que “se ha emprendido una carrera competitiva entre los médicos” (85). Es necesario no olvidar que “la ciencia debe permanecer al servicio del hombre y que éste no debe ser sacrificado al ídolo científico”. Pero, una vez que se han cumplido estas condiciones, el distinguido teólogo del *Observatore* dominical ha concluido que “no había elementos para condenar” y que “la extirpación de un órgano sobre un cadáver no presenta evidentemente dificultades de orden moral infranqueables” (86).

De este modo —estableciendo, como debe necesariamente hacerse hoy en esta perspectiva, la diferencia entre un “cadáver” y un “muerto”— todo consiste en saber “cuándo comienza exactamente la muerte”, o, de modo más preciso todavía, “cuál es el límite de la *vida*” admitido por la medicina, reconocido por la moral, y registrado por el Derecho sancionador para dar en la legislación y en la jurisprudencia la solución conforme a la regla del “lícito” y del “ilícito y punible”. Es lo que se esfuerza en hacer este estudio, aunque no responda a ello “de manera absoluta” —para recoger los términos sobre los que se ha insistido precedentemente—, por lo menos para que pueda quedar claro ante el lector, con toda imparcialidad y con la “buena fe”, que es uno de los principios básicos de nuestro Derecho una de las cuestiones más difíciles y capitales de nuestro tiempo. “¿Y qué tiempo ha sido nunca más fértil en milagros?”, es menester preguntare con justo título, como lo hizo en el dintel del Templo de Salomón el gran sacerdote “que tenía a Dios y no tenía nada más”, intérprete y guardian de la ley.

XI. EPÍLOGO: “FIJAR LA SITUACIÓN”

Qué rápidamente nos ha llegado y se ha impuesto la solución definitiva de este problema, que parecía tan lejana, tan turbadora y tan peligrosa, y de la cual mostrábamos, en las conclusiones precedentes, después de la séptima tentativa (terminada en fracaso, el 16

(85) A la hora en que consigno esta reflexión (16 febrero 1968), un telegrama de Nueva Delhi anuncia que el doctor Sen, del Hospital King Edward, de Bombay, ha injertado a un joven de veintisiete años, Bodhan Chittan, el corazón de una joven de diecinueve años, Lalita Blakhrisnan, y que el operado ha fallecido dos horas y media después de la operación.

(86) Resumen dado de Roma, el 29 de enero, por Bernard Noël (*Figaro*).

de febrero 1968), que se trataba de hecho de "una batalla ganada". Lo estaba desde el momento en que las condiciones técnicas de la intervención y, sobre todo, del tratamiento y de sus consecuencias, más definidas y mejor conocidas, abrían unas perspectivas "razonablemente favorables" en el conjunto de los "riesgos" y de los "beneficios" científicos y humanos a tomar en cuenta, y no encontraría ya el obstáculo de un régimen jurídico paralizador de las intervenciones, incluso de las mejor aseguradas, de las más competentes y de las más justificadas, ni el obstáculo de una pretendida "prohibición moral" o de una "ética profesional" en sí respetable, pero que no tiene en ningún caso el valor de lo "absoluto".

Se puede decir que en Francia ha habido como un alivio y una especie de amplio sentimiento de satisfacción nacional, cuando se anunció, el 30 de abril, que la tan esperada "primera operación", que era también la "primera europea", había tenido lugar. El trasplante había sido practicado, desde el sábado 27 de abril a las veintidós horas hasta el domingo 28 a las siete, por los profesores Cabrol y Guiraudon, con el "equipo de cirugía 8" en el hospital de la Pitié, sobre un enfermo de sesenta y cinco años, Claude Roblain, antiguo conductor de camión retirado, irremediablemente condenado", al cual se le injertó el corazón de un joven de veintitrés años, Michel Gyppez, víctima de un accidente de la circulación, con fractura de cráneo. Pongamos de manifiesto algunas precisiones y comentarios, que permiten comparaciones útiles y sitúan el acontecimiento en su "contexto general" (87).

(87) Es interesante poner de manifiesto algunas de las "primeras reacciones" a través del mundo. En Johannesburgo, el profesor Barnard, que regresaba de América, se declaró "sorprendido" y "satisfecho": "sorprendido" porque la legislación francesa, hasta estos últimos días, hacía prácticamente imposible tales intervenciones; "satisfecho", porque parecía que Francia se había lanzado a partir de entonces por la vía de los trasplantes de corazón (un poco asombrado también, porque creía, como la mayor parte de los especialistas, que el primer trasplante francés sería practicado por el profesor Dubost). En los Estados Unidos, el profesor Shumway ha expresado, también, su sorpresa, deseando "buena suerte" al operado. En Nueva York, el grupo de cardiólogos del Hospital Maimonides, de Brooklyn (en el que el profesor Kantrowitz ha realizado dos trasplantes de corazón), ha "aplaudido el éxito de la operación realizada en Francia", y "reconocido que los cirujanos franceses hacían autoridad en lo que concierne al problema del rechazo". En Londres, el doctor Lewis Melrose, cardiólogo del Hospital nacional para enfermos del corazón, ha declarado que la noticia le había interesado mucho y llenado de alegría, pero que no podía pronunciarse sobre la operación antes de conocer los detalles. En tanto que, al contrario, el doctor Donald Gould, redactor médico de la revista *New Scientist*, ha criticado en la BBC la operación francesa, estimando que los resultados de la operación de El Cabo sobre Philip Blaiberg "no justificaban nuevos trasplantes en el estado actual de la cirugía", y que desde luego "una tal operación no sirve para nada, porque el enfermo quedará inválido para siempre". En Ginebra, el profesor Rudler, presidente de la Sociedad suiza de cirugía "ha afirmado que los suizos estaban técnicamente prestos a efectuar tal operación, pero que estaban sometidos a impedimentos de orden legal y de orden moral" (lo que me parece dudoso). El doctor Renchnick ha comprobado particularmente que el equipo francés había respetado los criterios más severos para definir el momento de

“El primer trasplante de corazón, en nuestro país, es a la vez el triunfo de la cirugía cardiovascular francesa, y también, una vez más, el del cirujado cardio-vascular americano, de origen anglo-noruego, Clarence Walton Lilleheri, de Minneapolis. En efecto, el profesor Christian Cabrol fue, hace algunos años, interno extranjero bajo la dirección del gran maestro americano, al mismo tiempo, como por casualidad, que los profesores Christian Barnard y Norman Shumway, que lo han precedido a corta distancia en el camino de la cirugía heroica” (88). A su regreso de los Estados Unidos el doctor Cabrol, no habiendo podido encontrar una plaza en los “equipos” franceses, aceptó la hospitalidad que se le ofrecía en el servicio de cirugía de la Pitié, dirigido por uno de los antiguos maestros, el profesor Mercadier, “que personalmente se había distinguido ya por dos trasplantes de hígado en el hombre”. Había obtenido también “un laboratorio de investigación cardio-vascular” en el que, desde hace ocho años, “trabaja en la puesta a punto de un modelo de corazón artificial susceptible de ser implantado en el hombre y movido por una fuerza electro-magnética, y ha efectuado trasplantes cardíacos en setenta y cinco perrós”. Desde hace cinco años, había inscrito en su programa el trasplante de corazón en el hombre, y se encontraba en situación de realizarlo desde enero último. El trasplante se había hecho, en efecto, posible a consecuencia de la “circular Jeanneney que daba una nueva definición de la muerte”, es decir, que fijaba “los criterios de la muerte tal como han sido definidos por la Academia de Medicina y que el reciente Consejo de Ministros ha decidido legalizar” (89). Apenas dos días después del Consejo de Mi-

la muerte del donante”, y que había que agradecerle el haberlo hecho tan escrupulosamente (que aquéllos no habían sido “seguidos íntegramente” en El Cabo, como ha podido apreciarse). En Amsterdam, el profesor von Lochem, director del Centro de transfusión de la Cruz Roja, que prepara uno de los dos sueros antilinfocitarios (ALS) actualmente utilizados en el mundo, se ha preocupado a causa de las “perturbaciones nerviosas” que presentaba el operado. En la URSS, la Agencia Tass ha “anunciado brevemente que una operación de trasplante de corazón había tenido lugar en París, en el Hospital de la Pitié, y reprodujo, sin comentario, la declaración del profesor Mercadier” a este respecto. (No hacemos más que relatar estas informaciones, sin garantizarlas.)

(88) Se ha precisado que “las suturas y la unión de los vasos han sido efectuados de manera idéntica a la del profesor Barnard”. La sola “originalidad técnica” consiste en el hecho de que “desde que el corazón fue extirpado, se introdujo una cánula en las arterias coronarias y el corazón fue inmediatamente vaciado de sangre humana para que el tejido no sufriese en espera de ser saturado en el lugar del corazón”.

(89) M. Jeanneney era el ministro de Asuntos Sociales. El donante, Michel Gyppaz, padecía un aneurisma cerebral a consecuencia de un accidente grave (colisión de coches al regresar a su casa), a causa del cual debió ser operado. Cuando se hizo evidente que no podía sobrevivir y cuando se comprobó que la vida que se mantenía en su organismo “no correspondía ya a una vida real, y que la muerte de hecho, era efectiva, se tomaron unos trazados electro-encefalográficos, durante cinco horas consecutivas, y cada hora; todos estos trazados se manifestaron cinco veces seguidas linealmente lisos en su totalidad, y entonces se decidió la extirpación del corazón”.

nistros que "dio la luz verde a los cirujanos" se practicaba el primer injerto cardíaco.

Por otra parte, los miembros de la familia del joven donante —casado desde hacía siete meses— han declarado "no haber dudado" en aceptar. No solamente (explicaban muy sencillamente) "estábamos seguros de no ver más a nuestro hijo"; que no había recuperado el conocimiento desde el momento en que había sido hospitalizado, sino, además, "hemos aceptado porque sabíamos cuánto había admirado los trasplantes realizados por el Dr. Barnard. Estamos persuadidos de que él hubiera aprobado este sacrificio a la ciencia si hubiéramos podido pedirle opinión" (90).

El primer operado francés ha sucumbido, pero por consecuencia de una embolia; la operación en sí misma había tenido éxito, ningún fenómeno de rechazo había aparecido todavía (91). Solamente había sobrevivido hasta entonces, sobre los ocho operados, el "legendario" doctor Blaiberg, del cual se anunciaba al mismo tiempo, el 29 de abril, que había "vuelto a tomar el volante de su coche y lo conducía en las aglomeraciones de El Cabo ciento dieciséis días después de su operación". Blaiberg envió al operado de la Pitié un mensaje de simpatía y de felicitación (92). La situación, después de los ensayos hechos, permitía entonces las reflexiones siguientes (93): "Un hombre sobre ocho se ha salvado. Es poco. Incluso muy poco. Sin embargo, este resultado no sorprende a los especialistas. Cuando se hicieron los primeros injertos de riñón, ocurrió lo mismo. Los éxitos, durante los primeros años, fueron raros. Hoy... los porcentajes de éxito son considerables. Casi el 80 por 100 en ciertos casos. Es relativamente poco tiempo, es de esperar, estos porcentajes serán alcanzados por los injertos de corazones humanos. En la espera, son de temer otros fracasos. ¿Deberán detenerse los médicos? Los cirujanos no pueden,

(90) Estos detalles, dados por toda la Prensa cotidiana, son tomados sobre las diversas crónicas del periódico *L'Aurore*, de 30 de abril de 1968. El 29 de abril, hacia las diecisiete horas, los padres y la joven esposa del "donante" fueron al Hospital de la Pitié a ver a los cirujanos que habían practicado trasplante, a fin de tener noticias del operado. Este, una hora después había sufrido una paralización del corazón y de la circulación, que dieron lugar a perturbaciones a nivel cerebral que, desde luego no parecían "incompatibles con una recuperación total."

(91) La autopsia practicada ha demostrado que "Roblain tenía un sistema vascular bastante deficiente y (a consecuencia de su larga permanencia en el lecho) numerosas trombosis de venas. Cuando un corazón nuevo y vigoroso hubo lanzado una corriente circulatoria normal, barrió todos esos trombos e inundó completamente sus pulmones".

(92) Telegrama de El Cabo, el 20 de mayo (cuando cerramos este "dossier"). El doctor Philip Blaiberg (que había sido el capitán del equipo de rugby de la Escuela de Odontología de Londres, en los años 1930-31, el que ocupaba el puesto de tres cuartos) "ha jugado al rugby con el equipo británico de los *Lions*, que hacía una gira por El Cairo, sobre el terreno de Newlands. El operado de El Cabo ha dado algunos pases, y se apresuraba a intentar un *drop goal* cuando su esposa lo llamó al orden".

(93) P. Magd, "El fracaso de hoy prepara los éxitos de mañana" (*Le Figaro* de 2 de mayo de 1968).

no deben renunciar. Pero un hecho está confirmado. El trasplante de corazón, en 1968, debe ser reservado a los enfermos, cuyas funciones, distintas de las cardíacas, no están atacadas. El paciente debe ser "sólido". Una edad demasiada avanzada o una juventud excesiva no son en ningún caso un factor favorable. Por otra parte, la experiencia prueba que el fenómeno de rechazo tan temido no es más que secundario, al menos en los primeros tiempos. El enfermo debe mantenerse firme para afrontarlo con un mínimo de posibilidades" (94).

b) Después se precipitarán los acontecimientos. El 2 de mayo en Sanford, el equipo del profesor Shumway ha practicado un nuevo trasplante, a un carpintero de 40 años, Joseph Rizer, domiciliado en Salinas (California), quien padecía del corazón hacía más de siete años. El donante, cuyo nombre, a petición de la familia, no ha sido revelado, era un hombre de 43 años fallecido a consecuencia de un ataque cerebral. Después de la operación, el profesor Shumway declaró que el operado se encontraba en buenas condiciones", pero que la respiración artificial le estaba siendo aplicada en todo caso (95). El 3 de mayo en Londres, Frederick West, de 45 años, operado por el Dr. Donald Ross, recibía el corazón de un irlandés de 26 años, y podía levantarse por primera vez diez días más tarde (96). El 8 de mayo se anunciaba que los médicos del Hospital episcopaliano de Saint-Luc, en Houston (Tejas), bajo la dirección del Dr. Denton Cooley, habían practicado "su tercer injerto de corazón en cinco días", que el receptor, John Stuckwisch, tenía 62 años y el donante 36, y que en Washington "la Academia de Ciencias había hecho saber que una quincena de hospitales americanos se preparaban para realizar injertos de corazón". El Dr. Michael DeBakay, especialista del corazón artificial, estimaba que "dentro de un año, un centenar de injertos

(94) Notemos que, con excepción del bebé de sexo masculino, de diecisiete días de edad, operado en el Hospital Maimonides, de Nueva York, el 6 de diciembre de 1967, por el profesor Kantrowitz, y que no sobrevivió más que seis horas y media, todas las personas operadas hasta entonces (exclusivamente varones) eran personas de cierta edad: Waskansky tenía cincuenta y cuatro años, Kasperak lo mismo, Bloch tenía cincuenta y siete, el doctor Blaiberg cincuenta y ocho y Roblain sesenta y seis. Waskansky sucumbió a una doble neumonía, Kasperak a consecuencia de perturbaciones pulmonares y hepáticas, Bloch por perturbaciones circulatorias, Roblain a causa de una embolia (y perturbaciones neurológica en su origen.).

(95) Joseph Rizer no pudo sobrevivir más que cuatro días. Al igual que Mike Kasperak, ha sido víctima de complicaciones pulmonares. El estado deplorable de sus pulmones y el brusco cambio de caudal sanguíneo que implicaba el injerto de un corazón nuevo provocaron en él una deficiencia de oxigenación de la sangre. Para Kasperak, esta complicación se había producido por un descenso del ritmo cardíaco. En el caso de Rizer, fue un accidente brutal. Su corazón se paró bruscamente. Los cirujanos lograron reanimarlo, pero en vano, porque el paciente moriría unas horas más tarde.

(96) West había podido, unas cuarenta y ocho horas después de su operación, sentarse ya en la cama, y pidió un televisor y unos libros (que hubo que esterilizar página por página). Había charlado con sus médicos y mostrado su cicatriz a su esposa, que estaba detrás de una pared de cristal a tres metros de él.

habrán sido practicados". Pero se anunciaba también, el 8 de mayo, que "uno de los injertados del corazón" de Houston, James Cobb, al cual se le había trasplantado el corazón de un joven de 15 años, muerto en un accidente de moto, había fallecido (97) el 10 de mayo, que el estado del operado Stuckwish "había empeorado repentinamente y había sido calificado de crítico"; por el contrario, Evert Thomas, de 47 años, "provisto de un nuevo corazón desde hacía cuatro días, gozaba de buena salud". El 9 de mayo en Montpellier, el profesor Nègre y su equipo practicaban en las clínicas de Saint-Eloi, el segundo trasplante francés, sobre un enfermo de 65 años, Elie Reynes: venticuatro horas después, decía el comunicado voluntariamente lacónico, "el estado del enfermo es satisfactorio; el pronóstico continúa siendo muy reservado". El 14 de mayo, John Stuckwish, "el tercer operado de Houston", que se encontraba "en un estado desesperado en el momento de su admisión" sucumbía, no por consecuencia de su desfallecimiento cardíaco desde luego, sino a causa de complicaciones de hígado y de arterias ante las cuales los médicos "fueron impotentes".

Y he aquí que en París, el 13 de mayo, se hacía conocer que el equipo de los profesores Dubost y Halpern, "uno de los más prestigiosos de Europa" (98) y del que todo el mundo esperaba incluso

(97) James Cobb, representante comercial, de cuarenta y ocho años, ha sido el segundo operado por el doctor Cooley (tres días después del primer injerto). No se necesitaron más que cuarenta y dos minutos para que el equipo del Hospital Saint-Luc injertase el corazón de Willian Joseph Brannau. El conjunto de la operación ha sido un poco más largo porque comenzada a las 22,30 horas, se terminó hacia medianoche; simultáneamente, otros dos médicos extirpaban al donante un riñón, que fue trasplantado a un tejano de cuarenta y un años. Un comunicado publicado después de la intervención, indicaba que Cobb se encontraba "en excelentes condiciones", y que su nuevo corazón "se había puesto a latir espontáneamente sin tener necesidad de estimulación eléctrica".

(98) Ver en *La Tribune de Genève*, de 13 de mayo de 1968, el documentado artículo de "Esculapio" (el doctor Rentchnick), aparecido bajo este título, y que recuerda las cualidades eminentes del profesor Dubost en el campo de la cirugía cardio-vascular (es principalmente el primer cirujano que haya operado un caso de aneurisma de la aorta ascendente; es decir, una dilatación de aorta que puede estallar de un momento a otro, y que pone en peligro la vida del enfermo), y del profesor Halpern (conocido en el mundo entero por sus estudios sobre el suero antilinfocitario y sus trabajos sobre la alergia y los antihistamínicos de síntesis). Una gran fuerza del profesor Dubost reside también "en los medios extraordinarios de los laboratorios del Hospital Broussais, que no tienen nada que envidiar a los grandes centros norteamericanos". Es menester recordar que el 3 de diciembre de 1967, cuando el mundo supo que el doctor Barnard había realizado el primer trasplante de corazón, "el doctor Dubost", al contrario que ciertos médicos franceses que se opusieron violentamente a Barnard, supo tomar una posición prudente, pero, sobre todo, eficaz. Organizó el viaje a El Cabo, que permitió a una veintena de cirujanos cardio-vasculares, entre ellos a su principal ayudante, el profesor Cachera, que le ha ayudado en el curso de la operación del 12 de mayo, a tomar contacto con Barnard y recoger informaciones de primera mano. Es solamente después cuando el profesor Dubost, con su amigo el profesor Hamberger, escribió en *Le Monde* un artículo muy difundido para afirmar que el trasplante cardíaco era una operación perfectamente legítima en ciertas condiciones precisas que

la primera operación francesa, procedió al tercer trasplante francés, sobre un fraile de 45 años, el R. P. Boulogne, "dominico erudito, orador cálido, alma y espíritu brillantes", en el pecho del cual latía "el corazón de un modesto carabiniere repatriado de Argelia", Jean Cladue Gaugirard, muerto a consecuencia de una rotura de aneurisma que dio lugar a una hemorragia cerebral. La operación comenzada a las 14 horas, había finalizado a las 19. El R. P. Damien, cuarenta y ocho horas después de la operación, "se había alimentado ligeramente y se le habían hecho conocer los mensajes de simpatía que le habían dirigido. Por su dinamismo —declaraba el parte médico del Hospital Broussais aporta una ayuda eficaz a los cuidados que se le imponen". En el momento de cerrar este estudio, consignó estos hechos: el 20 de mayo se anuncia que el R. P. Boulogne se ha levantado por primera vez después de su operación del 12 de mayo: "Los cirujanos han recomendado en efecto a su enfermo hacer un poco de ejercicio con el fin de evitar en la medida de lo posible eventuales accidentes de trombosis en los miembros inferiores". El comunicado publicado por la dirección del Hospital añade que el enfermo ha podido alimentarse en el curso de las últimas veinticuatro horas, y que su estado de salud continúa evolucionado de modo satisfactorio.

De este modo, podemos decir que por medio de esta operación, llevada a cabo sobre un fraile de los más distinguidos, por el equipo más calificado, con todas las garantías médicas y legales exigibles, todos los "tabús" han desaparecido. En lo sucesivo todo estaría resuelto, *la demostración había terminado* bajo el triple plano médico y de ética profesional, moral y religioso, administrativo y legal. Y ha sido con razón como el profesor Barnard, que había sido ciega e injustamente atacado (99), pudo declarar, a su paso por Roma camino de Teherán, el 15 de mayo: "Es maravilloso para mí el saber que mis colegas del mundo entero efectúan trasplantes de corazón. Pero es evidentemente necesario el tener paciencia, y comprender la dificultad de la operación (en cuanto a sus consecuencias). Tengo la certeza de

definía. Finalmente, cuando el doctor Barnard vino a París, el doctor Dubost le invitó al Hospital Broussais el 4 de febrero, y le dijo, después de su exposición: "Esperamos, después de usted, realizar un trasplante cardíaco, esta operación que nos trae a todos en vilo". Respondiendo a una invitación de la revista *Médecine et Hygiène*, de Ginebra, que ha celebrado el 25 aniversario de su fundación en 13 de junio de 1968, los profesores Ch. Dubost y D. Halpern, han tomado la palabra durante el acto "para exponer a sus colegas ginebrinos y suizos sus trabajos en general y las condiciones en las cuales este injerto cardíaco fue realizado". Los textos de las conferencias y el informe de la Tabla Redonda aparecen en el número 15 de julio de 1968 de *Médecine et Hygiène*.

(99) El "Premio internacional Dag Hammarsjoeld" del mérito científico ha sido concedido al profesor Barnard, el 9 de mayo, y le será entregado el 25 en Palma de Mallorca.

P. S. Se nos comunica el 5 de junio que el profesor Barnard ha recibido la más alta distinción de la República Sudafricana, el premio Hendrik Verwoerd (dotado con 10.000 rands), que le fue entregado en presencia del Primer Ministro, M. Vorster, y de varios miembros del Gobierno.

que un día, no lejano, los trasplantes de corazón serán operaciones normales y que nadie se sorprenderá ante ellas".

Existen ciertamente todavía riesgos e incertidumbres (100). Pero no se podrá, de ahora en adelante, detener el progreso para el bien del hombre que sufre, verdadero honor de la profesión médica. Citemos sencillamente este telegrama de Londres de fecha 15 de mayo: "Un trasplante pulmonar ha sido efectuado el miércoles en el Hospital real de Edimburgo y según el parte facultativo, el estado del paciente es juzgado como "satisfactorio". Se ignora, por el momento, la identidad y el sexo del paciente y si han sido uno o dos los pulmones trasplantados (101). Este trasplante es el tercero efectuado en Gran Bretaña desde el principio de mes: El 3 de mayo último, un injerto cardíaco ha sido efectuado en Londres sobre la persona de M. Frederick West, cuyo estado continúa siendo satisfactorio. El mismo día, en Cambridge, el profesor Calne había practicado (en el hospital Addenbrooke) un trasplante de hígado sobre una mujer, cuya identidad no ha sido revelada. Esta mujer se encuentra igualmente en estado satisfactorio. Finalmente, un trasplante corazón-pulmones está previsto para un porvenir próximo en Londres".

c) La necesaria "batalla de la discrección" ha sido ganada también como lo demuestran los últimos partes de la dirección de los hospitales implicados, que acabo de recordar. Es verdad que *es necesario informar al público*; éste debe estar al corriente, familiarizarse con la idea de tales operaciones, que, conducidas bien, son normales, necesarias, benefactoras (102). Pero todo tiene sus límites. La invasión

(100) Un telegrama de Washington indica que se ha celebrado una reunión de especialistas del trasplante cardíaco, bajo la égida de la Academia Nacional de Ciencias. "En el curso de los debates, el doctor Richard R. Lower, del Colegio Médico de Virginia, uno de los pioneros del trasplante cardíaco, ha impresionado grandemente al auditorio revelando que ocho perros han sobrevivido en su clínica más de cuatro meses a la operación. En estos animales que, antes de la intervención tenían un corazón sano, el examen ha mostrado la existencia de un aumento de espesor de las válvulas cardíacas, comparable al que causa el reumatismo articular agudo. Además, unas lesiones de arterias coronarias semejantes a las de la angina de pecho y del infarto de miocardio, han sido observadas. El doctor Lower cree que se trata en este caso de manifestaciones de rechazo; el doctor Botha, el inmunólogo de El Cabo, que ha colaborado con el profesor Barnard, asistía a la sesión. Declaró que el doctor Blaiberg parecía en buenas condiciones y que su tolerancia física había aumentado de manera "dramática". El dentista afirma, por otra parte, que su espíritu está más despierto que en ningún otro momento en sus últimos diez años. Varios oradores han expresado la esperanza de que el suero antilinfocitario servirá probablemente para alejar el peligro de las reacciones inmunitarias".

(101) El 20 de mayo, se anuncia desde Londres: "El muchacho de quince años a quien se le injertó un pulmón el miércoles último en Edimburgo, Alex Smith, ha podido ver a su padre a través de una cristalera. El período crítico para Alex Smith, se indica, se situará dentro de la semana próxima".

(102) Es por esto por lo que el *Journal des Tribunaux*, de Bruselas, en su número del 18 de mayo de 1968 (núm. 4.617), bajo el titular "Science et droit", hace notar cuánto interesan los injertos que se suceden provocando la curiosidad de los juristas. Recuerda que J. M. Theolleyre, cronista del periódico

de los locales por los periodistas, fotógrafos de prensa, reporteros de la televisión en el hospital de la Pitié, "centro de la actualidad mundial" después del primer trasplante francés, en el momento de la conferencia de prensa del profesor Mercadier, que tuvo lugar en una indescriptible "barahunda", era bastante comprensible. Pero ha suscitado, al igual que la invasión de las páginas de los periódicos con múltiples anécdotas y "chistes" de pura curiosidad en busca de "sensacionalismos", una reacción sana por parte de los médicos: "por encima de los problemas legislativos, los cirujanos temían principalmente un fenómeno incontrolable: la publicidad". Un cirujano del hospital Broussais había declarado que "se negaba a toda tentativa en tanto que los focos de la actualidad estuvieran dirigidos sobre los injertos de órganos". En efecto, "desde siempre en Francia, los facultativos están acostumbrados a la discreción. El día que intentan experiencia nada se divulga. Nada sale del hospital (103). Esta costumbre está siendo hoy violentamente atacada".

Se pueden y deben comprender las razones, en la medida en que están justificadas. Es cierto que "el público es considerado ahora como *mayor de edad*" y que "el mundo de los médicos" "se ha abierto, menos la publicidad y comienza, como en el extranjero, a recoger los beneficios" (104). Pero precisamente, el límite se impone allí

Le Monde, ha facilitado, en sus informaciones al periódico, "una sólida documentación" sobre "Las extirpaciones de órganos y la evolución del Derecho". De una manera más amplia, el letrado señor Ruebhausen, del Colegio de Nueva York, ha estudiado la experimentación científica sobre los seres humanos. Una conferencia dada por él en Nueva York, en diciembre último, y publicada en la edición de febrero de 1968 de *The Record*, bajo el título *Experiments with human subjects*, aboga por una colaboración más estrecha entre los juristas y los hombres de ciencia. Por su parte, el doctor Escofier-Lambiotte, en *Le Monde* del 3 de mayo, aboga por "una banca de órganos". No cabe duda que asistiremos pronto a una aceleración del Derecho en este terreno. Esta; por de pronto, ha comenzado, ya lo hemos visto.

(103) Es ésta una costumbre de los médicos en los medios profesionales serios. Ha sido únicamente el 6 de mayo de 1968, por medio de un telegrama de Atlantic City (Nueva Jersey), como ha sido conocido un trasplante del *timo* sobre un ser humano, según fue revelado al Congreso anual de la Sociedad Americana para la Investigación Clínica. Una comunicación del doctor William C. Cleveland, profesor de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, ha hecho saber el éxito completo del injerto practicado, el 24 de mayo de 1967, a un bebé del sexo masculino que tenía entonces siete meses y que había nacido sin *timo*. El donante era un feto de trece semanas, del sexo femenino; la glándula había sido extirpada en Londres por el doctor E. H. M. May, patólogo del Royal Marsen Hospital. El niño, Donald Curry, tiene actualmente dieciocho meses: "Se desarrolla normalmente y no tiene infecciones insólitas", ha precisado el doctor Cleveland. El trasplante parece, en efecto, confirmar el papel principal de esta glándula sobre la formación de los glóbulos blancos. Muy mal conocido, el *timo* provocaría la lucha contra la infección. Por otra parte, parece enseñar a los *linfocitos* a reconocer los cuerpos extraños. Antes de la operación, el pequeño Donald reaccionaba muy mal contra las infecciones. Desde entonces, sus reacciones de defensa han mejorado grandemente".

(104) Ver el artículo de P. Magd (*Le Figaro* de 30 de abril de 1930): Gracias a la publicidad, el mundo médico "puede obtener el maná necesario para la

donde la publicidad se convirtiera en una simple "atracción" y fuera comercializada, y donde su efecto, por exceso, cesara de ser benefactor (105). Todas las cosas, en nuestra opinión, vuelven a ponerse en su justo lugar con los sucintos "boletines facultativos" dados por la dirección misma de los hospitales, en la medida en que lo juzgan indicado y suficiente. En este sentido se expresa, el 9 de mayo, el parte facultativo del hospital londinense en el que Mr. West había sido objeto de un injerto de corazón: "El paciente está fatigado y descansa". Al quinto día, después de la operación, los médicos se negaban a dar otros detalles. Hasta entonces habían calificado su estado de "excelente", e indicado que "había dado sus primeros pasos en una habitación esterilizada". Parecidamente lacónicos, suficientes

continuación de sus trabajos. Un especialista desconocido tendrá siempre dificultades para encontrar créditos cerca de los poderes públicos. Si tiene que tender la mano al sector privado, los resultados serán, con frecuencia, descorazonadores. Así, ciertos cirujanos, conscientes de éstos problemas, no han dudado en descender a la calle para tomar contacto con el público. Han nacido fundaciones que pueden lograr grandes éxitos". Además, estas aclaraciones cara al público han permitido conocer "una evolución radical de los problemas morales. En el momento de la primera intervención hecha en El Cabo, numerosos facultativos se habían alzado contra un acto bárbaro". Para muchos franceses, el corazón era el asiento de los sentimientos. Hoy, ninguna declaración oficial responde a esta idea. El corazón se ha convertido en una bomba y nada más. Sólo algunos especialistas se alzan todavía contra el principio de los injertos. Para ellos existe siempre un riesgo. ¿El donante no es ciertamente sacrificado? ¿Acaso no tiene una posibilidad de sobrevivir? El hecho de que el corazón haya sido extirpado—en las circunstancias que han sido publicadas—después del control de neurocirugía del Hospital de la Pitié-Salpêtrière, debe hacer desaparecer toda duda a este respecto para lo sucesivo.

(105) En efecto, hay que pensar en las inmensas necesidades y en las "prioridades presupuestarias"; como lo ha indicado también el mismo cronista (mismo periódico, del 2 de mayo de 1968). La creación de centros especializados, perfectamente equipados, es indispensable, y es útil y legítimo hacer conocer al público "que la salud tiene un precio", el "hacérselo admitir al contribuyente" y el "provocar una crisis de conciencia nacional". Pero el "gran paso"—y decisivo— a franquear exige verdaderamente una publicidad comercial desenfrenada como la que se hace para los campeones de boxeo, de esquí o de carreras automovilísticas, para que, "después de haber vibrado por J. Cl. Killy o J. P. Beltoise, los franceses se sientan más cerca de sus cirujanos".

Hay, quizá, otros medios más originales: Tal como el que se anunciaba en París, el 18 de febrero, a beneficio de la cardiología, bajo el título un "corazón popular" de oro: "Resultado de la campaña que había sido inaugurada en Broussais por el profesor Soulie, y, a consecuencia de la cual, la cardiología francesa se había beneficiado ya de 20 millones de francos antiguos como producto de la puesta a la venta, en las joyerías de la "Selección", de corazones de oro, cuyo prototipo había sido concebido por el maestro joyero Heger de Lowenfeld, realizador de las joyas de Braque. Cosa conmovedora: gran número de personas—y de los medios más humildes—que no tenían medios para adquirir la joya simbólica han querido hacer donativos en favor de la cardiología, sin contrapartida. Es por lo que el maestro joyero acaba de crear unos modelos más accesibles a las bolsas medias, puesto que (siempre en beneficio de la cardiología) se las encuentra en las joyerías de que se trata a un precio módico. Estas joyas tienen la misma apariencia que las creaciones precedentes. Contienen un poco menos de oro, pero el trabajo es de la misma delicadeza.

y dignos, han sido los partes del hospital Broussais referentes al estado del P. Boulogne. El último que citaremos, de fecha 20 de mayo, declara que el operado “se encuentra en un estado satisfactorio. En razón de la mejoría constante de su estado, que evoluciona de manera completamente normal, el número de partes ha sido considerablemente reducido”.

Es la consecuencia, en Francia, de la declaración oficial que el 7 de mayo de 1968, después de los recientes trasplantes de corazón y de las indiscreciones excesivas a las que habían dado lugar, el Consejo Nacional de la Orden de los Médicos ha hecho pública:

“El Consejo Nacional —precisa— admite las necesidades de una información médica de orden general o de orden científico cara al público, y reconoce los servicios que es susceptible de hacer.

Contrariamente, no puede aprobar el que, con ocasión de un caso particular, cualquiera que sea su importancia, unas conferencias de prensa sean dadas en un medio hospitalario o en otro lugar, lo que es contrario a todas las tradiciones de los médicos. Tales conferencias atentan contra el secreto profesional, olvidan las reacciones afectivas de las familias y arriesgan el crear movimientos de opinión excesivos o pasionales.

En Consejo de la Orden tiene derecho a creer que la publicidad concedida a ciertas tentativas terapéuticas de actualidad pueda perjudicar en definitiva los progresos de la ciencia.

Estima en consecuencia que, en el futuro y ante tales eventualidades excepcionales, para evitar toda información errónea, el público no debe ser informado más que por un *comunicado oficial*, respetando las leyes del secreto profesional que se imponen al cuerpo médico al igual que al personal administrativo y hospitalario.”

Sin duda esta declaración provocará “algunas reacciones en el seno de los equipos que se encuentran dispuestos a trasplantar corazones”. Algunas fugas “inevitables” provocan siempre la llegada precipitada de aquellos cuyo saber es el de informar al público. La novedad misma del injerto de corazón, que ha alcanzado un interés excepcional, comprensible, explica esta carrera a la caza de noticias, esta atracción apasionada que se ha arrojado, en cierto modo sobre los hospitales de la Pitié (106) y de la Salpêtrière. Pero esta fiebre ba-

(106) ¿Cómo, en el momento del “gran estreno” francés y europeo, se hubiera podido impedir esta carrera de los informadores hacia las noticias y las imágenes? El profesor Mercadier —responsable, sobre el plano administrativo, moral y jurídico, de la intervención realizada bajo su autoridad por el profesor Cabrol— había publicado, desde luego, un comunicado oficial. Pero, ¿era suficiente para dar satisfacción a tanta curiosidad legítima y tanta pasión

jará con la costumbre del fenómeno, cuando el injerto haya llegado a hacerse trivial y la lucha por la supervivencia sea menos dramática (107), y se puede "apostar que dentro de algún tiempo los cardiólogos volverán a encontrar el ambiente tranquilo que ha caracterizado siempre sus servicios". Porque, después de todo, no se trabaja bien, y no se progresa más que en el silencio y en el recogimiento, este silencio, decía Maeterlinck en *Le Trésor des Humbles*, que es "el elemento en el cual se forman las grandes cosas, para que al fin puedan emerger, perfectas y majestuosas, a la luz de la vida que van a dominar".

A D D E N D A

Como hicimos anteriormente, damos de nuevo algunas noticias posteriores al 20 de mayo, fecha de la conclusión de nuestro estudio, para tener al día su carácter informativo.

I. NUEVOS TRASPLANTES

HOUSTON, 23 de mayo.—El decimoquinto injerto de corazón en el mundo ha tenido lugar ayer por la mañana en el Hospital de St. Luke. El operado, Mr. Luis Fierro, se encuentra en un estado muy satisfactorio. Un sencillo impulso eléctrico ha hecho latir de nuevo en el pecho de Mr. Fierro el corazón del donante, Mr. Herbert Brungardt. La intervención ha sido realizada bajo la dirección del doctor Denton Cooley.

RICHMOND (Virginia), 26 de mayo.—Un nuevo trasplante de corazón ha sido efectuado en los Estados Unidos. El Colegio Médico de Virginia ha anunciado ayer tarde que había procedido a su primer trasplante cardíaco. "El estado del paciente es satisfactorio", se precisa. No se ha hecho pública ninguna identidad. Se trata de la decimosexta operación de trasplante de corazón realizada en el mundo. A la hora actual, cinco operados viven: dos en los Estados Unidos, uno en Africa del Sur, uno en Gran Bretaña y uno en Francia.

Mayo, 27.—El hombre sobre el cual se ha injertado un corazón, en Richmond, se encuentra bien. La dirección del hospital se niega a dar ninguna indicación sobre las circunstancias de la operación. Sin embargo, se cree saber que el beneficiario del injerto puede ser Joseph Klett, de unos cincuenta y cuatro años, y que parece estar hospitalizado desde hace un mes en Richmond. La operación parece haber sido dirigida por los doctores Richar Lower, director de los servicios de cirugía cardíaca y torácica, discípulo del doctor Norman Shumway, que puso a punto la técnica quirúrgica empleada en la mayor parte de los trasplantes cardíacos, y David Hume, director de todos los servicios de cirugía del hospital y pionero en materia de trasplantes de corazón.

febril? Ha sido necesario después, con todo el equipo, dirigirse a la Administración para dar una conferencia de Prensa. Es evidente, y el profesor Veruejoul, presidente del Consejo de la Orden, lo ha indicado, que la línea de conducta establecida constituye "una garantía para el futuro". Véanse además los comentarios de P. Magd (*Le Figaro* del 7 de mayo de 1968).

(107) Ver el ADDENDA.

RIO DE JANEIRO (Brasil), 27 de mayo.—Un comunicado, difundido el lunes por la mañana, ha anunciado que un equipo médico de Río de Janeiro ha practicado, el 25 de mayo, un injerto de *páncreas*. Los responsables no dan ni los nombres del donante ni del donatario.

SAO PAULO (Brasil), 27 de mayo.—La extraordinaria operación realizada el domingo por dos cirujanos de São Paulo: un injerto cardíaco y un trasplante renal sobre dos pacientes distintos, utilizando unos órganos extirpados sobre un mismo donante, constituye el primer trabajo de este género *en caliente*, se cree saber. El corazón y el riñón del donante han sido injertados sin haber sido previamente refrigerados.

El que ha recibido el corazón parece ser un joven de veintitrés años, Joao Ferreira da Cunha, originario de Mato Grosso. El injerto de riñón ha sido practicado sobre una joven maestra, señorita María Ely Lianzo. Se ignora la identidad del donante, que era un hombre de unos treinta años. La doble operación ha sido autorizada después de que todas las tentativas para establecer su identidad habían sido vanas. Más de seis horas después de los dos injertos, los dos pacientes continuaban reaccionando favorablemente a la operación, y ningún signo de rechazo se había manifestado.

El cirujano Euriclides Zerbini, que dirigió todas las operaciones, ha aplazado hasta el martes próximo todo nuevo contacto con los periodistas, con el fin de poder vigilar permanentemente la evolución del estado de los enfermos.

2. RESULTADOS

PARIS, 23 de mayo.—El R. P. Boulogne, que ha sido objeto, el 12 de mayo, de un trasplante cardíaco en el Hospital Broussais, podrá salir de la habitación estéril, en que fue colocado, dentro de una decena de días. El parte facultativo publicado ayer por la mañana precisaba que el estado del enfermo era, en *todos los aspectos, satisfactorio*.

Mayo, 27. LONDRES.—Causa "preocupación" el estado del joven escocés al que se le injertó un pulmón; la respiración del joven Alex Smith, de quince años, se ha deteriorado algo, ha declarado un representante del Hospital Real. Alex Smith tuvo que ser operado, el 15 de mayo último, como consecuencia de haber ingerido un producto empleado contra la cizaña en el campo.

En EL CABO.—Los exámenes médicos que le han sido hechos al doctor Blaiberg estos últimos días, han sido satisfactorios, y han probado que no había por qué inquietarse en cuanto a su salud, ha declarado la señora Blaiberg.

En SAO PAULO.—El brasileño, de veintitrés años, al que se hizo un injerto cardíaco en un hospital de São Paulo, ha recobrado el conocimiento nueve horas después de la operación, y se encuentra en buen estado. Lo mismo ocurre a la joven maestra que ha sido objeto de un trasplante de riñón.

3 de junio.—Joseph Klett, la decimosexta persona a quien se le haya hecho un trasplante cardíaco, el 25 de mayo, en el Hospital de Richmond (Virginia).

ha fallecido. Su estado no había inspirado inquietud a los médicos hasta el 31 de mayo, por una razón que se desconoce todavía. Después, otros dos operados de corazón han sucumbido con diferencia de pocas horas, en la noche del sábado al domingo.

En NUEVA YORK.—Poco después del comienzo de la operación, un hombre cuya identidad se desconoce, falleció sobre la mesa de operaciones. El trasplante fue intentado por el doctor C. Walton Lillehei, que fue el profesor del doctor Christian Barnard, el pionero sudafricano de los trasplantes cardíacos. El operado de Nueva York era la vigésima persona en el mundo que era sometida a una operación de trasplante.

En MONTREAL.—Albert Murphy, de cincuenta y ocho años, falleció poco más de una hora antes de este parte. El boletín facultativo ponía de manifiesto las deficiencias pulmonares y renales que habían venido a añadirse a un problema de coagulación. Murphy había recibido, cuarenta y ocho horas antes, el corazón de una mujer embarazada, de treinta y ocho años. Poco después de la operación, Murphy parecía aún en buenas condiciones, estaba perfectamente consciente y despierto, pero a medida que pasaban las horas, los médicos se daban cuenta que iba perdiendo, paso a paso, en su lucha por la vida. Su organismo trabajado—no pesaba más que 56 kilos, mientras que hacía diez años pesaba 79—terminó por traicionarlo.

No quedan más que, sobre veinte trasplantes cardíacos intentados, seis personas todavía con vida, entre las que se encuentra el "veterano" Philip Blaiberg, operado en África del Sur por el doctor Christian Barnard, que vive con un nuevo corazón desde hace cinco meses.

EL CABO, junio, 11.—El doctor Blaiberg está seriamente enfermo, y recibe en este momento cuidados de urgencia, ha declarado el martes por la mañana el representante del hospital, Groote Schuur. Al comenzar la tarde, un facultativo declaraba que Blaiberg sufría unas perturbaciones hepáticas y que su estado de salud preocupaba a los médicos. A consecuencia de la agravación del estado de Blaiberg, el profesor Christian Barnard decidió regresar a El Cabo el martes a última hora de la tarde. El cirujano sudafricano debía salir de Londres el martes por la noche.

PARIS.—El R. P. Boulogne goza de buena salud. Ha vuelto a trabajar en su "Vida de Santo Tomás de Aquino".

DALLAS, 9 de junio de 1968.—La señora Ester Matthews, de cuarenta y un años, a la que un equipo de cirujanos del Hospital Parkland, de Dallas, había trasplantado, el 7 de junio, el corazón de un joven de veintiséis años, muerto en accidente de tráfico, falleció cinco horas después de la operación. Es la operación número 21 de trasplante cardíaco practicada en el mundo, y la primera practicada sobre una mujer o sobre una persona de raza negra.

HOUSTON (Tejas), 13 de junio.—Ha fallecido un cardíaco el miércoles por la tarde, cuando se intentaba inyectarle un corazón de cordero, se anunció el

jueves por la mañana en el Hospital Episcopal de Saint-Luc, donde la operación ha tenido lugar.

El trasplante debía ser sólo provisional, en espera de que un donante humano pudiese ser encontrado. El paciente, un hombre de cuarenta y siete años, había sufrido, el miércoles por la mañana, un colapso cardíaco del que no se había recuperado más que con grandes dificultades. No había ningún donante humano disponible y se decidió el miércoles injertarle el corazón de un carnero que pesaba 56 kilos, "con la esperanza de mantener la circulación hasta que un donante aceptable estuviera disponible".

MIAMI, 15 de junio de 1968.—Radio Habana, captada en Miami, anunció el viernes por la tarde que acababa de ser practicado un trasplante cardíaco en la capital cubana y había sido coronado por el éxito. El equipo quirúrgico había utilizado el corazón de una ternera para esta operación.

MADRID, 18 de septiembre de 1968.—En la madrugada de este día se ha practicado por el doctor Martínez Bordiú, en la Clínica de la Paz, un trasplante de corazón en la persona de don Juan Rodríguez, de cuarenta y cinco años. La donante fue doña Aurelia Isidro Moreno, que sufrió un accidente de tráfico y falleció pocos segundos después de su ingreso en dicha Clínica. El receptor padecía una miocardiopatía hemosiderótica con grave repercusión funcional. La operación sobre el receptor de la víscera cardíaca dio comienzo a las cinco de la madrugada. Después de haber recuperado el conocimiento, el operado falleció al día siguiente, a consecuencia de complicaciones renales.

N O T A

¡Qué ritmo y qué hecatombe ya! ¿Es razonable mantenerse en esta línea? "Hay que hacerse algunas preguntas". ¿No es de temer verdaderamente el que la "competición" anunciada—y ahora en pleno desarrollo—vaya demasiado deprisa? ¿No estamos volviendo a caer en el "experimento"? ¿El "progreso de la ciencia" exige verdaderamente tantas víctimas? ¿Se trata de enfermos que tienen realmente posibilidad de ser salvados, bajo el punto de vista humano, o se están sacrificando? ¿Se está efectivamente trabajando para la salvación del enfermo ante todo? ¿Se está en todas partes suficientemente preparado? ¿Los equipos de especialistas indispensables tienen la experiencia y el instrumental técnico y científico que debe exigirse? ¿Se domina actualmente la técnica operatoria? ¿Pero, es eso suficiente? ¿Es incluso esencial? El trasplante cardíaco sobre el hombre no es un concurso de pericia. El acto quirúrgico, el "trasplante", no tiene valor en sí, lo que cuenta son sus resultados. El "verdadero problema" está hoy en las consecuencias, en el rechazo y en sus fenómenos hasta ahora insuficientemente conocidos, el de la "supervivencia"... Tememos que todo esto se esté olvidando.

3. EN BUSCA DEL "CORAZÓN ARTIFICIAL"

No hay que olvidar que la técnica del porvenir inmediato será la del "corazón artificial", que debería poder remplazar el injerto humano. Se anunciaba desde Washington, el 3 de abril de 1968, el estado actual de las investigaciones

en los Estados Unidos. (He indicado que en Francia el profesor Cabrol, que practicó el primer trasplante europeo, prosigue por su parte, los trabajos de puesta a punto de un corazón artificial susceptible de ser implantado en el hombre.) El comunicado de Washington decía: "Un corazón artificial, movido por una pila eléctrica, cuya fuente de energía sería la sangre, se podría implantar en un hombre dentro de cuatro o cinco años, ha declarado el doctor Frank Hastings, director de los programas de investigación del Instituto de Cardiología Nacional de Bethesda. El corazón artificial, que reemplazaría al órgano enfermo, está constituido por una materia cauchutosa recubierta de tejidos venosos tomados de la pierna del enfermo. Esta "cobertura" permitirá evitar ciertas complicaciones de la "coagulación" observadas con las materias plásticas. La pila, colocada en el origen de la aorta, es de materia plástica porosa. El oxígeno y la glucosa de la sangre entrarían en ella en contacto en presencia de un catalizador: una hoja de oro. Este modelo de corazón artificial sería superior, según estima el doctor Frank Hastings, a los corazones artificiales movidos por la energía del plutonio radiactivo. Uno de estos últimos ha sido ya implantado en una perra llamada "Plutonia", que sobrevive con él desde hace varios meses.

