

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 decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de Ginebra, presidente del Tribunal de Casación, presidente de la Asociación Internacional de Derecho Penal. Traducción del doctor RUPERTO NÚÑEZ BARBERO, profesor adjunto de Derecho penal de la Universidad de Salamanca

ADVERTENCIA PRELIMINAR

Este estudio se ha desarrollado, naturalmente, como una especie de crónica, siguiendo el curso de las noticias que nos llegaban y de las reflexiones que iban surgiendo a medida que de ellas teníamos conocimiento. Tales informaciones eran incompletas y a veces, si tenemos en cuenta su origen periodístico, imprecisas o superficiales. E incluso los propios acontecimientos se han desarrollado en una serie de "etapas" que el observador se encontraba ante la obligación de seguir.

Después de los dos primeros trasplantes de corazón, que llamaremos "históricos", practicados por el profesor Barnard y su equipo en Africa del Sur, el 3 de diciembre de 1967 y el 2 de enero de 1968, vinieron los que se efectuaron en los Estados Unidos por el profesor Shumway y después por el profesor Kantrowitz, respectivamente, el 6 y el 9 de enero.

Estas audaces operaciones, hasta entonces insólitas, y de las cuales ha sobrevivido uno solo de los beneficiarios a pesar de todos los cuidados y precauciones de que fueron rodeadas, han dado lugar sea a un concierto de elogios, sea, por el contrario, a una ola de protestas o de reservas, especialmente en Francia, en Alemania, en la U. R. S. S. e incluso en los Estados Unidos, las cuales se pusieron de manifiesto cuando se habló de nuevos trasplantes a efectuar en un futuro inmediato. La idea de una sana y prudente emulación, bien preparada de entemano, en beneficio de la ciencia y del enfermo a quien se trataba de salvar, se encontró oscurecida y desnaturalizada ante unas acusaciones que la calificaron de "carrera en busca de la notoriedad", de "rivalidad", en tanto que los problemas morales y de ética profesional se po-

nian de relieve y constituían materia de debate de amplitud cada vez mayor, ante la emoción provocada por un desarrollo excesivamente rápido y excesivamente espectacular.

En cada etapa se planteaban nuevas cuestiones. Pero también se hacía un poco más de luz. Las discusiones, siempre apasionadas, a menudo basadas en una información insuficiente y a veces injustas, que suscitaba esta universal "querrela entre los antiguos y los modernos" llegaron a su paroxismo en el momento en que el 11 de enero, respondiendo a la invitación de los médicos de El Cabo, un grupo de cardiólogos, cirujanos e inmunólogos franceses iba, haciendo gala de recto juicio, a informarse sobre el lugar de los hechos y por medio de contactos directos con sus colegas, de lo que había sido en "realidad" y en "verdad" la preparación, las circunstancias, las técnicas y los riesgos, las esperanzas y la evolución de las dos operaciones de El Cabo. Con su declaración pública de 21 de enero, en el momento de su regreso, hecha con competencia, de una lealtad intelectual total, y que constituyó "una puesta a punto" de hoy en adelante indiscutible bajo el punto de vista médico, terminó para nosotros esta fase y dio lugar a la apertura de la siguiente.

Fue con ocasión del viaje del profesor Barnard a Europa, de sus visitas y de sus entrevistas con sus colegas, de sus declaraciones y de sus intervíus, cuando logramos una información directa y precisa, la respuesta a las objeciones, las aclaraciones que esperaban también los peritos en la materia, al igual que lo esperaba la opinión pública en general. La recepción que le hicieron las "eminencias" médicas francesas en materia de cardiología, de trasplantes de órganos humanos en general y en el campo de la inmunología, la estimación que en general le manifestaron, y que tuvo particular resonancia, cuando abandonó París el 4 de febrero, consagraron la seriedad, el valor, las condiciones de ética médica y profesional que habían de derribar los obstáculos que a algunos parecieron insalvables hasta entonces. La visita consecutiva del profesor Barnard a los Estados Unidos, su audición por la Comisión Especial para la Salud, en el Senado americano, y la discusión ante la Academia de Ciencias americana, el 28 de febrero, han demostrado, no obstante, los grandes titubeos o las incertidumbres que todavía subsisten.

Por lo que se refiere al problema ético, éste ha sido definitivamente dilucidado en el curso de la audiencia concedida por S. S. el Papa Pablo VI al profesor Barnard, en el Vaticano, en su visita a Roma el 29 de enero. Los artículos de los teólogos, especialmente los del "Observatore Romano", que recuerdan los discursos y las directrices dadas por Pío XII en el pasado a los médicos, aplicándolas a los problemas de trasplante, y el informe emitido en París por el R. P. Riquet ante la Academia de Ciencias Morales y Políticas, el 19 de febrero de 1968, han despejado el horizonte.

Estas circunstancias explican mis propios titubeos y el no poder ir directamente al grano y tender sin ambages al logro de una síntesis

a cuyo objetivo iba encaminado mi trabajo, puesto que cada día aportaba a mi exposición un hecho, un argumento, una decisión o una opinión nuevos. Es por tal razón por la que se observarán en realidad varias etapas, a partir de la "fecha histórica" del domingo 3 de diciembre por la mañana en el Hospital Groote Schuur de El Cabo. La introducción se esbozó primero por medio de una especie de "editorial" ampliado y por una "opinión" sobre el alcance jurídico del problema de los trasplantes e injertos de un corazón sano y "vivo" de un hombre "cerebralmente muerto" sobre un hombre gravemente enfermo del corazón y, por ello, en peligro de muerte inminente. Esta opinión nos fue solicitada, el 8 de enero, para una primera emisión radiofónica.

La etapa de la repetición de las operaciones y del anuncio de la emulación ciertamente prematura y peligrosa, sensible a través del mundo, es decir, la etapa de la "gran polémica", debía necesariamente alimentar y desenvolver las "reflexiones" que de ello debíamos sacar, y necesitaba buena cantidad de retoques, de retrocesos, de añadidos a las consideraciones que tratábamos de publicar para contribuir a la búsqueda imparcial de la solución humanamente "justa" y recomendable para la adaptación de la legislación. Otro tanto ocurría con el esclarecimiento científico y la tranquilidad moral, en el instante en el que se consideraban las repercusiones sobre el plano legal y sobre el de las instituciones.

Era posible entonces hacer, al fin, un "balance" bien informado, imparcial y sereno, y formular las conclusiones del jurista. Esto es lo que hemos hecho en la segunda parte de este estudio, volviendo a examinar retrospectivamente nuestra exposición inicial, dirigiendo a la vez la mirada tanto sobre lo que había precedido como sobre lo que iba a seguir. Nos hemos esforzado en hacerlo, no ha menester decirlo, apoyando nuestra opinión sobre nuestro propio punto de vista en relación a la filosofía del derecho, la ética jurídica, los principios básicos de un derecho moderno, su evolución en general, y a la tarea de adaptación necesaria de la legislación y de las instituciones a las realidades y a la manera de ver de nuestro tiempo.

Esta ampliación progresiva o sucesiva de nuestras informaciones de base, de nuestras referencias o de nuestras reflexiones explica y —así lo esperamos— justificará a los ojos de nuestros lectores esta exposición que no se presenta como formando un solo bloque. Esta constituye no ya una visión de conjunto sobre los diversos problemas en el momento en que los elementos de la solución fueron dados, sino una programación circular de información y de investigación, de reunión de estos elementos, con el fin de orientarse y de poder, para establecer conclusiones, mirar hacia adelante y formular con conocimiento de causa una opinión jurídica y sociológica objetivamente fundada.

Recordando el camino seguido, esta investigación en el seno mismo de la marcha de los acontecimientos poco ordinarios que nos era dado contemplar, se comprenderá mejor la estructura de esta exposición, con sus notas sobreañadidas en *post-scriptum* a medida que sobrevenía

una información, una precisión o un hecho nuevo, y los recuerdos o las llamadas de la segunda parte del estudio, escrita en el momento en que se conoció el resultado de estos problemas, para tratar de reconstruir la imagen íntegra, que es la única que permite sentar la conclusión, y el emprender las realizaciones exigidas por el progreso del conocimiento y de la legislación.

Hemos tenido en cuenta, obrando de esta suerte, ese editorial del "Observatore Romano" del 31 de enero de 1968 "a propósito de los injertos de corazón", representando el coloquio del profesor Barnard con sus colegas de la medicina y de la cardiología, que "se reunían como en una escuela de filosofía antigua". La pequeña pantalla permitía entrever el anfiteatro donde discutían "los hombres vestidos de blanco": "Se puede dudar todavía de las relaciones entre la ciencia y la moral, cuando, como ahora, se trata de intervenciones que alcanzan al hombre, a su existencia, a su esencia; de intervenciones que conciernen a esta "entidad" llamada hombre... ¿No evocaban un consejo que debía dictar veredictos definitivos para la humanidad que sufre y que están llamados a dirigir las investigaciones científicas? El espíritu de los sabios que discutían al igual que el de los millones de auditores invisibles, profanos o conocedores, siguiendo la trayectoria de la vida humana, debía chocar contra esta barrera en la que lo desconocido nos detiene y en la que se manifiestan los límites humanos".

El jurista, naturalmente —puesto que todo en una sociedad organizada va a parar al dominio de la ley y sus límites—, debía también detenerse ante esta barrera, interrogarse, procurar estar "documentado" hasta el máximo antes de llegar, a su vez, a una conclusión. Pero el que en el origen mismo del acontecimiento, desee ser también un "testigo de su tiempo", no puede evadirse de la necesidad de esta progresión prudente, concienzuda y "no-rectilínea". Si afronta ese riesgo en interés de una investigación imparcial, aunque todavía vacilante, quizá merezca la excusa y la indulgencia, en lugar del reproche y la acusación de haberse precipitado.

J. G.

HOMENAJE AL PROFESOR CHRISTIAN BARNARD

"... Os ha sido necesario para decidiros tener dos cualidades esenciales: el valor y la fe, porque unís a la decisión quirúrgica —esa aptitud de elegir y ejecutar— un espíritu misionero que os lleva a obrar.

Os ha hecho falta ese coraje de cirujano, hecho de conciencia, de saber, de juicio, pero también hecho de la aceptación de los riesgos en nombre del operado, cuyo lugar toma el cirujano para aconsejar, decidir y asumir todas las consecuencias. Nadie sabe mejor que el cirujano que si una vida no vale nada, nada vale más que una vida.

Además del valor, os ha hecho falta también la fe, la fe del pionero que emprende, la fe en el conocimiento adquirido, la fe en la decisión

que, desde el momento preciso, guía el gesto y va hasta el resultado.

Era muy necesario que un día se diese el gran paso y que del animal se llegase al hombre. Ese paso lo habéis dado. Todos conocemos ese valor de lo desconocido, que de latente pasa a ser descubierto entonces y las trampas ocultas que se abren ante nosotros...

Cuando habéis comprendido que estábais en condiciones, habéis obrado...".

(Profesor E. Foster, presidente de la Sociedad de Cirugía Torácica y Cardiovascular.)

P R I M E R A P A R T E

He aquí una cuestión grave, delicada y muy controvertida que se plantea ante nuestro espíritu, ante nuestra conciencia y ante nuestra legislación, como lo muestra la más reciente actualidad. Apresurémonos a decir que no tiene solamente un carácter de actualidad, sino, ante todo, un carácter *esencial, de principio*.

Las operaciones de trasplante de un corazón humano practicadas por el equipo del profesor Barnard, en diciembre último y a principios de enero, en el Grootte Schuur Hospital de El Cabo, sobre Luis Washkansky primero, después sobre el dentista doctor Philip Blai-berg, de cincuenta y ocho años de edad, han puesto de pronto este delicado problema en evidencia. Y el trasplante que acaba de practicar, a su vez, el doctor Shumway, el 7 de enero, sobre un obrero metalúrgico de cincuenta y cuatro años, Mike Kasperak, en el Hospital de la Universidad de Stanford, en California, da una repercusión y un carácter universales a esta "sesión inaugural de la cirugía cardíaca", que cambia completamente cuanto al respecto hemos conocido hasta la fecha (*).

Estos "milagros de la ciencia", como se les ha llamado, que han conducido a la medicina a una "evolución histórica". ¿le están permitidos al hombre? ¿O, al contrario, deben incitarle a recordar el antiguo precepto salomónico, según el cual "ciencia sin conciencia no es más que la ruina del alma", que nos pone de manifiesto Rabelais en su Pantagruel?

I. INTRODUCCIÓN

Hay que distinguir el problema médico y el problema moral o ético antes de tratar de darles la respuesta de la regla social y de la legislación.

* Ver en *Médecine et Hygiène*, periódico suizo de informaciones médicas, publicado en Ginebra, el artículo de su redactor-jefe, el Dr. Pierre RENTCHNICK. *La greffe américaine du 7 janvier: Le grand patron des transplantations de coeur entre en scène*, núm. 807, 10 de enero de 1968, p. 34.

a) *Médicamente*, se puede, sin ninguna duda, juzgar como maravillosa la audacia de la ciencia y de los técnicos ante la posibilidad de salvaguardar la vida, e incluso de devolver la vida, a aquel cuyo corazón, ese “motor de la vida”, negaba su servicio, implantando sobre él un corazón nuevo, fresco, intacto y en perfecto estado de actividad.

Dejo a un lado, por el momento, las reservas de ciertos médicos eminentes en cuanto a la *oportunidad* actual de tales injertos de órganos esenciales —lo que quirúrgicamente constituye una “hazaña”—, pero que, según ellos, entrañan todavía demasiados riesgos e incógnitas, y no deberían ser efectuados por el hombre “más que a partir del día en que las experiencias intentadas sobre los animales se hubiesen comprobado como concluyentes”.

Se ha respondido, ciertamente, que los sabios rusos han realizado con éxito, desde hace tiempo, el injerto de corazón sobre los perros, y, en cuanto a lo que concierne a la intervención practicada en los Estados Unidos, el 7 de enero, por el doctor Shumway, jefe del Departamento de Cirugía Cardiovascular del Instituto de Medicina de la Universidad de Stanford, que como “especialista en trasplantes de corazón sobre los animales, ha efectuado la primera operación de esta clase en 1959, siguiendo un método del que es inventor, sobre un perro que vivió durante ocho días, y que desde entonces los cirujanos de Stanford han practicado aproximadamente doscientos injertos de corazón sobre perros, de los cuales el 60 ó 70 por 100 han tenido completo éxito”.

Dejaremos estas cuestiones a los especialistas —para volver a ellas en el momento requerido—, recordando que estas reservas han sido puestas de manifiesto después del fallecimiento del primer operado en El Cabo, desde el 2 de enero, en el curso del “período crítico” del riesgo manifiestamente grande del rechazo del injerto y de la infección generalizada. Se han tomado precauciones minuciosas sobre este punto y las terapéuticas inmunológicas que faltaron para Washkansky (1) se utilizaron para evitar al doctor Blaiberg consecuencias seme-

(1) Se ha explicado que actualmente tres armas han sido puestas a disposición de los médicos: La primera, la irradiación (del tipo de la bomba de “cobalto”), parece haber sido la responsable del fallecimiento del primer operado; un “ametrallamiento” excesivo ha provocado probablemente el hundimiento de los glóbulos blancos de la sangre. La segunda, el empleo de los “inmuno-supresores” y de la cortisona debe asegurar una terapia “más equilibrada” y el empleo de dosis más débiles, pero más eficaces contra el rechazo. La tercera, que podría suplantar a las precedentes, es el “suero antilinfocitario”: poco antes del fallecimiento del “operado número uno”, el profesor Barnard había pedido a los americanos que se lo enviasen, pero este producto “habría de llegar demasiado tarde”.

A este respecto, enviamos al lector al artículo del Dr. G. BICKEL, profesor de terapéutica clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, publicado en *Médecine et Hygiène*, núm. 812 de 14 de febrero de 1968, bajo el título *Médications d'avenir*, especialmente pág. 145, ad. 1: “Prévention du rejet lors des transplantations d'organes, etc.”, pág. 148, ad. 5: “Autres indications thérapeutiques des immuno-dépresseurs”. Ver también, en el núm. 808, de 17 de enero,

jantes, sean "directas" o "indirectas", como en el caso de las complicaciones pulmonares del primer operado, o las del hígado, que no eliminaba la bilirubina de la sangre, que aparecieron en los Estados Unidos en el caso de Kasperak. En tal ocasión, después de la operación en sí misma bien lograda, el doctor Shumway había prevenido que "el trabajo más difícil, es decir, la protección del órgano injertado contra *las reacciones de rechace* del organismo, apenas había comenzado, y que este período crítico duraría varias semanas" (2).

Moralmente, después de la primera operación llevada a cabo con éxito sobre el dentista Blaiberg, uno de los jefes de la iglesia presbiteriana de Africa del Sur, el Reverendo A. Brandt, declaró: "Yo no planteo objeción alguna contra esta operación, que considero como una hazaña quirúrgica. Envío mis más vivas felicitaciones al equipo que se ha encargado de logarlo. Miro como una maravilla de la ciencia el hecho de introducir un nuevo órgano en un cuerpo humano": Lo que quiere decir, sin duda, en esta concepción, a la vez progresista y evangélica, mantener, completar o mejorar la obra del Creador en beneficio de la criatura humana (3).

Es verdad que ya se ha hablado no solamente del proyecto de constituir "bancos de corazones humanos", tan difíciles de obtener exactamente en el momento preciso, y de guardarlos "en conserva" en el cuerpo de grandes monos para injertarlos en el hombre... Puede uno estremecerse de esto desde el punto de vista de la tradición y de la dignidad humanas, en tanto que para la ciencia pura y para sus progresos, tal perspectiva puede tener algo de embriagadora. Además, otro de los grandes especialistas en esta cuestión, el cardiólogo americano James Hardy, que fue el primero en haber injertado un corazón a un hombre, ha realizado, en 1964, en Jackson (Mississippi), un "heterotrasplante" de un corazón de chimpancé en el cuerpo de un hombre, que terminó, desde luego, en fracaso. Es, sin embargo, interesante tener en cuenta que, de hecho, Hardy había previsto un tras-

el editorial de B. HALPERN: "Le sérum antilymphocitaire, état actuel de la question".

(2) "Este hígado —citó— estaba en muy mal estado por consecuencia de la insuficiencia de las cámaras derechas del corazón del enfermo, que no alcanzaban a extraer la sangre venida de los órganos del abdomen. Estaba aregado, estirado y funcionaba de modo imperfecto, fabricando mal la prototrombina indispensable para la coagulación. El corazón tomado a la señora White, probablemente por consecuencia de su baja estatura, no ha logrado restablecer la situación y volver a dar al hígado del señor Kasperak una vida útil. Los telegramas del 14 de enero anunciaban que su estado general se había agravado sensiblemente y que el paciente se encontraba "en un semi-coma", en tanto que su estado cardíaco era "por el contrario, excelente".

(3) Todos los jefes religiosos interrogados el 3 de enero en El Cabo han expresado la misma opinión, afirmando que "tanto desde el punto de vista moral como desde el religioso no tenían nada que objetar a esta operación". Entre ellos se encontraba principalmente el presidente del distrito de Good Hope de la Iglesia Metodista de Africa del Sur, el decano anglicano de El Cabo, y el gran rabino de El Cabo.

plante de un corazón humano, pero la "sincronización" indispensable no se había producido, y el cirujano tuvo entonces que echar mano de un corazón de chimpancé.

b) Pero, de todas maneras, esto no es más que el aspecto *exterior* y, a primera vista, impresionante del problema. Se puede dejar de lado la objeción "sentimental", ateniéndose a la convicción —y a la ficción—, de que el corazón debe ser considerado como el símbolo y el asiento de la vida, del amor, de las pasiones; en una palabra, como un órgano tan personal y tan sagrado que constituye el *individuo* mismo, y que no podría, por consecuencia, ser *intercambiable*; esto es, animar a *otro* ser (4). El famoso "j'ai mal a votre coeur" de Mme. de Sévigné, en una carta dirigida a su hija, no pasa de ser más que una bella y sensible imagen literaria, al igual que "Télémaque ouvrit son coeur à son ami", de Fénelon. Por el contrario, el verso de Corneille, en la tragedia de Pompeya: "et nous ouvrant son coeur, nous ouvrit ses trésors" toma un sentido directo de realidad que uno jamás hubiera osado imaginarse. Para la ciencia y anatómicamente, se trata del sencillo "músculo cardíaco" que hace oficio de "bomba de la sangre" y no del lugar en el que reside el "ser", su sensibilidad y su personalidad, e incluso, se afirmaba, su "alma" (5). La cuestión podrá plantearse cuando nos encontremos en presencia de injertos y trasplantes de *cerebros humanos*, residencia de la inteligencia y, en consecuencia, centros de la personalidad y del "yo". Esto se ha proyectado también poniendo de manifiesto que "sólo el cerebro es el hombre" (6).

(4) Se ha citado la declaración sorprendente y emocionante de la señora Haupt "Es reconfortante para mí el saber que el corazón de Clive *está todavía vivo*". Lo que ha hecho decir a Daniel Garric: ¿Podemos imaginar las reacciones afectivas de la joven viuda puesta en presencia de Philip Blaiberg? Un problema como este nunca se había planteado. Y con motivo. Pero nadie podría afirmar que no va a surgir de ahí un nuevo tipo de relaciones entre personas cuyos destinos se acercan bruscamente de tan curiosa manera".

(5) *Post-Scriptum*: Con motivo de su viaje a Europa y de sus entrevistas con los médicos y la prensa, se preguntó al profesor Barnard, el 28 de enero de 1968 en Baden-Baden, con ocasión de una interviú difundida por la radio alemana, si "el corazón no era un órgano *tabú* con motivo del papel que representaba en la sensibilidad del ser humano". En tanto que médico y cirujano, especialista en cuestiones de corazón respondió: "El corazón no es más que una bomba, y un injerto de corazón, poniendo aparte algunas diferencias médicas, es parecido al trasplante de un riñón o a un injerto de hígado", precisó, además, "que es más difícil injertar un hígado que un corazón", añadiendo que esperaba poder hacerlo en el presente año. Después y en lo que concierne al injerto de hígado, un telegrama de 10 de marzo de 1968, anuncia que la pequeña Kerry Lynn Brown, de año y medio, ha fallecido el 9 de marzo en el Hospital de la Universidad de Colorado "tras haber sobrevivido seis meses después de un injerto de hígado". Sucumbió "por culpa de un absceso del órgano injertado, lo que ha agravado fatalmente el rechace crónico del organismo de su nuevo hígado". La muerte de Kerry Lynn "reduce a dos solamente el número de supervivientes de injerto de hígado" entre las personas a quienes se ha practicado hasta el día.

(6) La prensa ha anunciado, el 14 de enero, menos de quince días después que se hubo discutido esta eventualidad, que una tal operación se había efectuado en China.

¿Quiere decir esto que este *corazón*, este "corazón humano considerado hasta ayer como el símbolo manifiesto de los sentimientos del amor" haya sido "destronado" completamente por el doctor Barnard?, se ha preguntado el "Observatore Romano" en un editorial del 31 de enero de 1968 sobre el injerto de corazón: ¿La humanidad se ha equivocado al creer durante siglos en este símbolo conmovedor, cuando no se trataba más que de un órgano? Al igual que la Luna, el satélite que inspiraba a los poetas, no es "astro de plata", sino "piedra fría", el corazón, ¿habrá de contentarse con ser un "músculo", con ser la "bomba" de la que se ha hablado?

Un biógrafo de Nicolás Sténon, obispo y sabio del siglo xvii, autor de grandes descubrimientos anatómicos, Monseñor Caminada, hacía notar que a modo de conclusión sobre sus descubrimientos geniales sobre las glándulas y los músculos y particularmente sobre sus observaciones sobre el corazón —considerado como "asiento de la sensibilidad, fuente de calor vital, trono del amor"— Sténon había tenido "el valor de declarar que el corazón no es más que un músculo". Su biógrafo hace notar que "desde las alas de la poesía hasta la banalidad de un simple músculo, la distancia era grande: grande fue, por consecuencia, la indignación que acogió la noticia del anatomista danés. Y, por lo tanto, este músculo, lo había estudiado Sténon y seriamente: había observado el trayecto de las fibras, su vuelta y su torsión al nivel de la punta del corazón, en cierto sentido, y había tenido también la intuición de su autoexcitación y de la reanimación (cuestiones eminentemente modernas) cuando vio el ventrículo de un perro, muerto ya desde hacía algunas horas, reanimarse y palpar bajo sus dedos"...

Esto no significa necesariamente, sin embargo, observa el comentarista romano, que la "fisiología debe matar a la psicología". Sin duda la ciencia sabe que el centro de la *personalidad* "está situado más profundamente, que es más interior, más secreto, con sus movimientos y sus sentimientos, que los órganos fisiológicos que no hacen más que reflejar sus movimientos". Pero los hombres no han estado talmente equivocados, durante siglos, al hablar "un lenguaje tan espontáneo y tan convincente", traducido por esas expresiones nada equívocas: "un corazón duro", "a corazón abierto", "es mi corazón quien te habla", "herido en el corazón". Y "la piedad no debe temblar": porque "si el centro fisiológico de la circulación es el corazón, está claro que los pensamientos, las emociones, los sentimientos, los dolores, los heroísmos, la piedad del hombre derivan de la fuente intelectual y espiritual de nuestro ser. Ellos obran directamente sobre los latidos de nuestro corazón, influyen el ritmo de nuestra sangre y de nuestra respiración, que se acelera, disminuye, se precipita, se hiela, creando en nosotros el rubor, la palidez, el ardor, la angustia...". Así, y en este sentido, "el corazón continúa siendo el símbolo de nuestra esencia espiritual, el testigo de los movimientos afectivos, el reflejo de los pensamientos que nos asaltan y nos agitan. E incluso si el órgano muscular es injertado, si es extraño a nuestro cuerpo, los impulsos que lo

mueven son todavía y siempre nuestros: nuestro pensamiento, nuestro "yo" inviolable. La ciencia puede intervenir, operar nuestro ser corporal: nuestro "yo" espiritual permanece único, inviolable, profundo".

Guardémonos, por tanto, de confundir la acción quirúrgica sobre el *órgano* y su utilización en cirugía cardíaca en provecho de la salud de esta "*personalidad* más profunda, más secreta", de este "yo" espiritual, único e inviolable", con una profanación, un atentado directo contra la dignidad, la personalidad humana y los valores espirituales de la humanidad.

II. LA EXACTA POSICIÓN DEL PROBLEMA

Cualquiera que sea la consecuencia de estas complejas y delicadas consideraciones, es *de otro modo* como hay que considerar la cuestión, a propósito de la cual se han puesto de manifiesto profundos desacuerdos y una verdadera inquietud. Ya no se trata, en efecto, en la perspectiva que se abre ante la ciencia y ante la supervivencia humana, del problema del "receptor", es decir, del beneficiario cuya vida puede ser salvada y prolongada por el trasplante cardíaco (7), sino, ante todo, del problema del "donante" de corazón.

Este problema, este "escándalo", según muchos, ha sido puesto en evidencia desde distintos lados, y desde el primer momento por la Prensa sudafricana misma. Es que, en efecto, para que el trasplante

(7) La observación ha sido, sin embargo hecha: "El riesgo corrido no está solamente reservado al donante. El "receptor" también se juega la vida. ¿Tiene el derecho de hacerlo?". Pero "el responder por la negativa equivaldría a condenar la cirugía toda entera. Toda operación puede considerarse como un accidente mortal; afirmar lo contrario es negar la evidencia. El choque operatorio puede ser fatal. Por tanto, cada año, millones de hombres se echan sobre una cama de operaciones, sobre una *billar*. Este término popular pone de manifiesto la esperanza que tienen de una vida mejor. Vivir sabiendo que se está condenado es con frecuencia un suplicio. Poner la vida entre las manos de un equipo quirúrgico no exige más que un poco de valor. El Dr. Blaiberg lo ha demostrado. Por tanto, él, mejor que otro cualquiera, sabe los riesgos que afronta. Deseémosle buena suerte" (Patrick Bagd en "Le Figaro").

Esto no es, sin embargo, más que un aspecto de la cuestión, que no es tan sencilla como parece, como lo hacía ver el Dr. RENTCHNICK, en *Médecine et Hygiène* el 10 de enero de 1968 (núm. 807, p. 2), comparando la situación del enfermo renal que debe recibir un injerto de riñón con la del enfermo que debe recibir un injerto de corazón. "Este último se cuenta en una situación corneliana: su propio corazón, incluso gravemente enfermo, está todavía bien vivo, y además suficientemente fuerte para que los cirujanos estimen que podrá soportar una parte de la intervención de injerto que va a durar varias horas. El enfermo cardíaco, bien vivo todavía, sabe que está condenado en plazo más o menos breve. Debe, por consecuencia, aceptar primeramente el morir de modo deliberado, a una hora fijada por los cirujanos, porque su corazón será destruido; se le mantendrá en vida primero gracias al corazón-pulmón artificial, después será literalmente resucitado por el injerto de un corazón que le es extraño. Está bien claro que los juristas deberán revisar rápidamente numerosos párrafos de su código y adaptarlos al progreso de la medicina, que hace saltar actualmente unas nociones establecidas desde el principio de la humanidad".

tenga probabilidades de éxito, es indispensable —aparte de otras condiciones, tales como la de la identidad del grupo sanguíneo y de la identidad de los tejidos o incluso la de la inmunización— el que el corazón del donante esté *intacto*, es decir, que sea capaz de continuar su función vivificadora sin descanso, que esté, en cierto modo, *todavía vivo*.

El periódico "Star", de Johannesburgo, ha puesto de manifiesto los detalles, indicando con precisión las circunstancias de la operación Washkansky, para la cual el nuevo corazón fue extraído a una joven, víctima de un grave accidente, la señorita Darvall (*), con el fin de ser "empalmado" sobre el operado:

"El donante ha sido colocado sobre la mesa de operaciones *una hora y tres cuartos antes de la muerte*. La respiración fue mantenida artificialmente, pero el corazón late naturalmente. El paciente es anestesiado cinco minutos más tarde. Son necesarios treinta minutos para abrir el pecho del donante, que permanece bajo los efectos de la respiración artificial. Una hora más tarde, se corta todo. El corazón para de latir a los doce minutos. El certificado de defunción de la joven se extiende. Y se injerta. Se puede, en consecuencia, decir que el instante de la muerte ha sido *predeterminado*. Pero (insiste bien en ello este relato) *es evidente que no existía ninguna posibilidad de supervivencia*. Las heridas de la joven eran de tal importancia que jamás hubiera recobrado el conocimiento, ni siquiera por unos momentos".

Desde entonces se nos ha tenido mejor informados. En el editorial de 10 de enero de 1968 de la revista suiza *Médecine et Hygiène*, en el que comentaba la "fecha histórica" del 3 de diciembre de 1967, y analizaba las "tres dificultades" principales a vencer —la dificultad biológica (la barrera inmunitaria), la barrera médico-legal (la definición de la muerte) y la dificultad jurídica (¿el enfermo injertado está muerto y después se le resucita?)—, el doctor Rentchnick, relatando las circunstancias del trasplante practicado sobre Washkansky, había delimitado muy claramente la cuestión esencial:

"En el momento en que el profesor Barnard ha decidido injertar el corazón a su enfermo, la víctima del accidente, que debía dar su corazón, no estaba todavía muerta. Pero el neurólogo que la había examinado había declarado que las heridas del cerebro eran de una importancia tal que era imposible salvarla". (El neurocirujano llamado a consulta se negó a intervenir porque las lesiones cerebrales eran irreversibles). No obstante, estaba todavía viva... "Durante la primera media hora de la operación a corazón abierto —ha declarado el profe-

(*) Se informa desde El Cabo, el 27 de febrero de 1968, que "Friedrich Andrés Pins, el torpe conductor responsable de la muerte de la señorita Denise Darvall, cuyo corazón fue injertado al señor Washkansky, el 3 de diciembre último, ha comparecido ante un tribunal de El Cabo. El acusado ha reconocido que estaba en estado de embriaguez en el momento en que su coche había atropellado y matado a la joven. Pins ha sido condenado a dos años de prisión, de los cuales uno lo es con suspensión de pena, o sea, con "sursis".

sor Barnard—, cuando el cuerpo del señor Washkansky fue enfriado para proteger los órganos vitales, la joven falleció, y el electrocardiograma reveló una completa parálisis del corazón. El corazón de la joven fue entonces conectado a un corazón-pulmón artificial con el fin de enfriarlo. No se practicó un encefalograma como se hace en otros centros...”.

De esta suerte, “el doctor Barnard no ha tenido en cuenta las largas discusiones habidas en Europa y en los Estados Unidos y que sentaron la conclusión siguiente: la detención del corazón no significa la muerte del paciente. Son numerosos los médicos que prefieren que el criterio de la muerte esté definido por la detención de las funciones del cerebro, indicada durante cuarenta y ocho horas por la ausencia del trazado electroencefalográfico, más bien que por la detención del corazón y la ausencia de ondas electrocardiográficas. Parece tratarse de una batalla académica, porque se sabe bien que si el corazón deja de latir, las funciones del cerebro paran casi instantáneamente. Las células de la corteza cerebral son las más vulnerables y empiezan a morir en los cinco minutos siguientes a la detención de la circulación; la muerte completa del cerebro puede sobrevenir a los quince minutos que siguen a la detención de la circulación. Por consecuencia, el individuo muere biológicamente de una manera gradual” (8).

Unas circunstancias análogas se han producido en el segundo injerto, el que fue practicado sobre el doctor Blaiberg. Este —que desde hacía catorce años sufría de crisis cardíacas y que desde hacía nueve

(8) *Médecine et Hygiène*, 10 enero 1968, núm. 807. Después, en el núm. 810, de 31 enero 1968, el Dr. Rentchnick ha publicado —y comentado en su editorial— el “documento histórico” que constituye el “*protocolo operatorio*” original, del primer injerto de corazón, publicado por el Dr. Barnard, en el *South African Medical Journal of Captown*, del 30 de diciembre de 1967: *A Human Cardiac Transplant* (vol. 41, núm. 48). Tras haber rendido homenaje a los trabajos de Carrel y de Guthrie, a principios de siglo, y a los muy recientes del profesor Shumway, en la escuela del cual se han formado tantos cirujanos del injerto —incluso el propio profesor Barnard—, éste último ha relatado los detalles de la intervención y el establecimiento de los cuidados post-operatorios. El mismo número de *Médecine et Hygiène* reproduce el informe de la autopsia de Luis Washkansky, practicada el 27 de diciembre de 1967, hora y media después de su muerte, y que ha constatado que no había particularmente “ningún signo de infección en las heridas cicatrizadas”, que “todas las suturas estaban intactas y que no había ningún trombo en las aurículas, que los ventrículos no estaban dilatados, y que el miocardio era de color y consistencia normales”. A los que han dicho que el caso del operado Washkansky “no era tan desesperado y que se hubiera podido prescindir de este ensayo de injerto”, se les ha recordado en el número del 30 de diciembre de 1967 del *South African Medical Journal* que el Dr. Schrire ha descrito el estado real de éste, a quien se había tratado de salvar por el injerto: diabético, de cincuenta y cuatro años, había sufrido tres infartos, en 1959, en 1960 y en 1965. “Desde hacía dos años, padecía una insuficiencia cardíaca más o menos compensada, y desde agosto de 1967, la descompensación se manifestaba con fenómenos de ortopnea, de disnea paroxística, de edemas generalizados rebeldes a todo tratamiento. Con toda evidencia, este enfermo estaba condenado”.

meses no ejercía actividad alguna— esperaba desde hacía tres semanas en el Groote Schuur Hospital, donde se había tomado la decisión con la mayor calma y con plena conciencia de lo que significaba una nueva operación, la cual, por esta vez, no tendría lugar como la primera, por así decir, "a lo que Dios quisiese" o "en la niebla", cuando se "intentaba lo imposible". Todos "estaban al tanto de una cosa de primera importancia: que tenían más posibilidades de triunfar que en el mes de diciembre pasado; en efecto, hoy los equipos están entrenados, cada uno conoce su papel, su lugar. No habrá que deplorar ningún descuido. El injerto de corazón, en algunos días, ha pasado de la experimentación al estadio del tratamiento" (9). El donante, a pesar suyo, fue esta vez un joven mestizo, obrero de una fábrica de hilados, de veinticuatro años, atacado por una congestión cerebral en una playa en donde se encontraba en compañía de su esposa, con la que había contraído matrimonio tres meses antes, y de algunos amigos, el 1.º de enero, a las dieciséis horas:

"Fue conducido al Hospital Victoria. Su corazón había cesado de latir. Se logró volver a ponerlo en marcha y a mantenerlo en acción

(9) El Dr. Rentchnick ha escrito a propósito de esta cuestión, en el número 810, del 31 de enero, fundándose en las precisiones del mismo periódico médico de Africa del Sur, y sobre las declaraciones de los médicos franceses que "se habían tomado la molestia de ir hasta El Cabo": "El equipo del Prf. Barnard estaba presto para realizar este injerto histórico. Barnard y sus colaboradores habían trabajado en los Estados Unidos, especialmente con Shumway, al que rinden homenaje, los inmunólogos habían pasado por París y por Leyde, y una larga preparación los había conducido progresivamente a esperar a pie firme el día J". El Dr. LARGIADER, de Zurich, único médico suizo que se desplazó a El Cabo para informarse directamente de los trabajos y de las condiciones en que la operación había tenido lugar, ha examinado, en el mismo número de 31 de enero de 1968 de *Médecine et Hygiène*, cómo y cuándo el injerto de corazón está justificado. Ha puesto de manifiesto como fruto de su observación, en cuanto a la ejecución: "El trasplante no debe emprenderse más que en un Centro que posea unas experiencias prolongadas durante años y extensas, sobre todos los aspectos de la cirugía cardíaca. La Clínica Quirúrgica de la Universidad de El Cabo llena estas condiciones en toda la medida deseable. Hace falta, en fin, también que los cirujanos en cuestión se hayan familiarizado, de modo intensivo, con experiencias sobre animales, con el trasplante cardíaco, antes de pasar a la operación sobre el hombre. Tal ha ocurrido en este caso". Estas constataciones y conclusiones, bien anteriores a la "rehabilitación" oficial del Prf. Barnard, en ocasión de su visita a París, tienen tanto más valor cuanto que el Dr. Largiader es él mismo un cirujano especialista en injertos de páncreas. Ver también las precisiones del Dr. J. P. CACHERA, aparecidas en el *Concours Medical* de 3 de febrero de 1968 a su vuelta de El Cabo, y reproducidas en *Medicine et Hygiene*, número 812, de 14 de febrero de 1968, p. 173 y s. "El injerto cardíaco: nada más que los hechos". Es, en efecto, *indispensable de les établir d'entrée de cause et de manière sûre* y no tendenciosa, para pasar después a la discusión de los problemas a resolver.

Deberá leerse también con interés el reportaje recogido por Georges MENANT, en El Cabo mismo, en una entrevista con el que él llama "El Gargarine del corazón", en la que todos los puntos son directamente abordados: *La batalla del corazón*.—Christian Barnard: *Basta de malevolencias...* He aquí por qué y cómo he operado", *Paris-Match*, del 20 de enero de 1968, núm. 980, págs. 18 a 21.

por medio de la respiración artificial. Se avisó entonces al Grootte Schuur Hospital, en el que Philip Blaiberg esperaba desde hacía tres semanas. A las diecisiete horas se transportaba allí a Clive Haupt, que pertenecía al mismo grupo sanguíneo que el dentista, ese grupo B positivo que tan raro es. Un neuro-cirujano, el doctor Venter, lo examinó. Después llamó a un colega. Los dos especialistas dieron el mismo diagnóstico: el cerebro de Haupt no reviviría jamás. Solamente entonces el equipo del doctor Barnard entró en escena. Eran las veinte y treinta. Haupt y Blaiberg ¿pertenecían, sin duda alguna, al mismo grupo de tejidos, elemento esencial para poder realizar con éxito un injerto de órganos? Sí, pero la operación no dio comienzo hasta las once del día siguiente... Los especialistas querían tomar el máximo de precauciones. Era necesario, además, consultar a la señora Haupt, y todo con la mayor calma. El primer boletín sanitario, en la mañana del 3 de enero, precisa que el enfermo se encuentra bien y que ha recuperado plenamente el conocimiento. Volvió en sí tres horas después de la operación y ha dormido durante la noche después de administrarle un fuerte calmante. Se le instaló en una habitación transformada en "fortaleza anti-microbios". La rápida vuelta en sí del enfermo, así como la vitalidad del corazón, que se puso en marcha sin ayuda de ningún estimulante eléctrico, son considerados como excelentes presagios."

Esta "proeza" científica de la cirugía cardíaca y la resonancia moral y "humana" de este "primer hermanazgo de la sangre de un blanco y de un negro en un mismo corazón" son símbolo en el país mismo del *apartheid* (10), han entrado en los anales de la historia y jamás podrán olvidarse.

En Stanford, también la donante, una mujer de cuarenta y tres años, había sido víctima de una hemorragia cerebral y había sido transportada al hospital de urgencia y mantenida en vida gracias a la respiración artificial. Estaba en coma desde hacía veinticuatro horas cuando murió y se pudo proceder a operar. Se hizo, desde luego, con una discreción perfecta para no alertar a los reporteros y a los fotógrafos (contra los cuales había sido necesario alzar una verdadera barrera de policía delante del hospital de El Cabo, cuyas entradas

(10) En las exequias de Clive Haupt, informa la correspondencia de El Cabo, que ya hemos citado, "diez mil, quince mil mestizos negros africanos, asiáticos, pero también algunos centenares de blancos, estaban presentes... Muchos vinieron para ver al Prof. Christian Barnard, el hombre que ha logrado esta cosa extraordinaria de emparejar un negro y un blanco. Está allí, pálido, los rasgos fatigados. A la salida de la iglesia, es aclamado; se lanzan sobre él, una joven negra le pone la mano sobre el corazón. El alcalde debe arrancarle de este terror popular y hacerlo subir precipitadamente en un coche. En el cementerio el pastor habla. Su voz es repercutida por un altavoz sujeto al tronco de un laurel rosa: "Los ojos y los oídos del mundo entero están pendientes de nosotros. ¡Y es justo!, por que es menester que nuestro drama sea vivido por el mundo entero durante generaciones..." (D. Garric).

sitiaban) y no arriesgar el desencadenamiento de una nueva "batalla de las cadenas de televisión" para la explotación "en exclusiva" del acontecimiento (11). Porque al lado de las imágenes de desinterés y de realizaciones que son el honor del género humano, esta implacable guerra comercial de la imagen reproducida o proyectada es también una manifestación de nuestra "civilización". Es verdad que quizás sea necesaria igualmente y que, al igual que Satanás llevaba piedra a la catedral mística, el "demonio del dinero" debe hoy contribuir esencialmente a la edificación del "templo del conocimiento" moderno.

Se calcula ya, en efecto, el "precio de un corazón", y esto es inevitable. Porque "la cirugía cardíaca de relevo está todavía en sus balbuceos". "Hoy una hazaña, el injerto de corazón se convertirá en una rutina. El trasplante será un hecho cotidiano. Esta evolución está lanzada, nada la detendrá. ¡Ni tan siquiera los problemas financieros, que serán, sin embargo, de talla! La hazaña de El Cabo "ilumina con una luz nueva los problemas planteados por la medicina moderna", no solamente en cuanto a los principios, sino también en cuanto a los hombres y al personal, y en cuanto a los medios. "Un injerto no es nunca rentable"... Pero la conclusión sobre este punto ha sido formulada del modo más feliz, y más justo quizá, en estos términos: "El día en que el ministro de Hacienda se enfrente con un Plan de Cardiología, una pregunta vendrá a sus labios: ¿Cuál es, entonces, el precio de un corazón? Sencillamente, el de una vida, será la respuesta. Es cada sociedad la que debe saber el precio en

(11) La prensa de El Cabo ha anunciado que un fotógrafo, habiendo logrado hacerse pasar por un estudiante de Medicina, había logrado tirar dos clichés de la operación, como consecuencia de lo cual, una cadena de televisión americana había entablado un recurso exhibiendo un contrato hecho con la familia del operado según el cual se le aseguraba, por 25 millones de antiguos francos franceses, la exclusiva de todas las fotografías y de las películas tomadas antes, después y durante la operación. Una comparecencia ante el Juez de Paz estaba prevista para el 17 de enero, "el asunto está terminado. La dirección del Grootte Schuur Hospital, ha reaccionado también. El hermano del Dr. Barnard ha desmentido formalmente que las informaciones que conciernen a la operación hayan sido vendidas anticipadamente a una cadena de televisión americana" (en este caso la N. B. C., rival de la C. B. S.).

Post. Scriptum. Se habían hecho incluso alusiones muy desagradables acerca de una publicidad interesada y a la búsqueda de ventajas personales. En un comunicado publicado el 29 de enero de 1968, antes de su visita a París y después de la recepción del grupo francés de cardiólogos e inmunólogos por el equipo de trasplante de la Universidad de El Cabo, el Prof. Barnard ha revelado a este respecto: "Esperamos que, después de haber visto lo que todos deseábamos hacer, comprenderán realmente nuestros problemas. Varios artículos de prensa han llegado a nuestro conocimiento y queremos ahora desmentir que ningún contrato haya sido o será firmado por ningún miembro de nuestro equipo con vistas a obtener ventajas pecuniarias a título personal. Esperamos obtener una suma de dinero importante de distintas fuentes, pero será utilizada para la investigación y atribuida en parte a beneficio de los pacientes".

que la estima, cuáles son los gastos verdaderamente “productivos” y sobre qué campo de batalla hay que invertirlos” (12).

III. EL “MISTERIO DE LA MUERTE”

Pero volvamos al problema fundamental. La dificultad no sólo de encontrar, sino también de “utilizar un órgano requerido en el momento deseado” obliga consecuentemente a calcular, “*a decidir sobre el momento de la muerte*”; es decir, a disponer de la vida y de la muerte “fisiológica” del donante, y se trata bien “de una manera premeditada, consciente y voluntaria” (criterios de la intención penal, según los términos del Código penal), e incluso de un modo muy cuidadosamente organizado, como se lleva al traumatizado a la muerte “definitiva” según la naturaleza, sea suprimiendo la respiración artificial o de otro modo. El hecho de que esto suceda con el acuerdo de la familia, como ocurrió en todos los casos practicados hasta hoy y como la ley americana lo exige expresamente (13),

(12) Un problema dominará el porvenir: el de los créditos necesarios. “La edificación de los futuros centros de cardiología costará miles de millones” comprendidas “las inversiones en hombres”. El Prof. Barnard lo dijo de una vez y sin ambages: “Es gracias a la publicidad como obtendremos los fondos para proseguir nuestra obra”. En efecto, como lo ha hecho notar también en los Estados Unidos después de la operación de Stanford, “la investigación científica depende en gran parte para su financiación, de instituciones filantrópicas. Después de los primeros donativos, se trata de obtenerlos de modo regular, y, si es posible, con más amplia generosidad. Esto no es siempre fácil, sobre todo si no se tienen resultados que exhibir...”. Porque los poderes públicos buscan, en lo que les concierne, en nuestra forma de sociedad, como se ha dicho para Francia, “el rentabilizar la salud” y “equilibrar el presupuesto de la seguridad social representa el cerrar las puertas del porvenir”. La “conclusión” es de Patrick Magd. (Cf. nota 37.)

(13) En el momento en que se había decidido la segunda operación de El Cabo, M. Solly Clarck, hermano político de Washkansky “el hombre con corazón de muchacha”, muerto de neumonía, dieciocho días después de la operación de trasplante, vino a expresar sus votos en nombre de toda la familia de este último, y declaró: “que ésta deseaba sinceramente que la operación sobre el señor Blaiberg fuese un éxito completo. Sabemos que está en buenas manos, añadió”.

En el momento de las emocionantes exequias de Clive Haupt —“muerto sin saber que tendría un enterramiento de los más grandiosos, de los más emotivos, de los más ricos que la villa de Captown haya jamás conocido”—, la señora Blaiberg ha depositado un ramo de claveles sobre la tumba, y estuvo presente al lado de la joven viuda de aquél “cuyo corazón latía ahora en el pecho de su marido” y que confesó que se estimaba dichosa con que continuase latiendo. En presencia de su madre política, explicó con simplicidad cómo y en qué condiciones habían las dos aceptado, lo mismo que la familia, la intervención médica necesaria para el trasplante cardíaco ejecutado.

En Stanford, después de la operación hecha a Mike Kasperak, M. William White, el marido de la donante muerta, ha revelado que veinticuatro horas antes de que ella fuese víctima de la hemorragia cerebral a consecuencia de la cual debía sucumbir, su esposo, hablando con unos amigos acerca de las recientes operaciones de trasplantes de corazón realizadas en África del Sur, había dicho: “Qué maravilloso debe ser el poder dar a algún otro la posibilidad de vivir”. Añadió: “El hecho de saber que mi mujer ayuda a alguien a vivir es un consuelo dentro de nuestra pena”. El Centro Médico ha precisado que no habían sido necesarios más de treinta minutos para obtener de Mrs. White el trasplante

no puede transformar un acto que sería en sí ilícito y está condenado por el Derecho, en un acto lícito. Una regla general de Derecho penal es que el "consentimiento" de la víctima para la comisión de un acto punible no lleva consigo la impunidad del acto realizado; piénsese en el duelo, en el aborto, en el atentado contra el pudor sobre un menor o en la seducción, y en lo que se conoce bajo el nombre de doble suicidio, cuyo ejecutante lo falla o no tiene el valor de darse muerte después de haberla dado a su compañero consentidor.

Se llega ahí al centro, al corazón mismo del problema, si se nos permite decirlo. Se plantea ya en términos perturbadores para la "eutanasia": ¿Se tiene el derecho de infligir, *de dar intencionalmente la muerte*, tan "dulce" como sea, o bajo cualquier forma que sea, con el fin de ahorrarse un sufrimiento inhumano e intolerable a una persona que, de acuerdo con nuestros conocimientos y encontrándose "aux abois de la mort", según la bella fórmula de Bossuet, *no puede ser salvada*? Esta es la eutanasia "por acción", como se la ha calificado, mientras que en este caso y para el "donante", al cual no se reanima intencionadamente, se trata de "eutanasia por omisión" (en realidad, el "abstenerse" se manifiesta también por un "hacer").

En el periódico *Cap Times*, un médico que ha guardado el anonimato ha replanteado bajo la forma siguiente la cuestión que nos es ya conocida: "Todos conocemos a personas que los médicos habían irremediablemente condenado a algunas semanas de vida y que gozan de buena salud desde hace años. Puede ocurrir que el organismo tenga "una reacción desesperada" y gane. En estas condiciones, ¿se puede afrontar el riesgo de abreviar voluntariamente una vida?" Pero, inversamente, se le ha respondido: "¿Se tiene el derecho de no salvar a un hombre, incluso si la técnica no está todavía completamente a punto, cuando, a pesar de todo, las estadísticas confirman que la mayor parte de los diagnósticos mortales se realizan, desgraciadamente?"

En el caso del dentista Blaiberg, prosiguiendo este debate, es de toda evidencia que el equipo del doctor Barnard no ha "matado" al joven donante, sino que ha "interrumpido simplemente, de manera deliberada, una cierta forma de vida que estaba manteniendo artificialmente". Insistimos en que se puede tener por seguro, desde el punto de vista actual de la ciencia, que "las células del cerebro son las únicas que no se regeneran nunca" y que no había posibilidad "de milagro" o esperanza alguna de volverlo a la vida. Igualmente se había asegurado que no había en ello error posible y que la decisión

cardíaco. Sabiendo que toda esperanza de salvar a su esposa estaba perdida, había él mismo preguntado a los médicos "si era posible que la desgracia que acababa de ocurrir a su esposa pudiese ayudar a la medicina". Unas horas más tarde, el Dr. Shumway le habló de un injerto de corazón y Mr. White consultó a los miembros de la familia, quienes se mostraron todos de acuerdo. Mrs. White ha hecho donación también de uno de sus riñones que fue inmediatamente injertado sobre un enfermo grave.

no era, consecuentemente, "subjetiva", puesto que "se sabe hoy que un cerebro está vivo cuando produce electricidad", y tal no era el caso: "En estas condiciones, la encefalografía es la que tiene actualmente la última palabra"... (14).

¡Pero esto también precisa aclaración! No es tan sencillo el saber lo que significa exactamente, no ya la fórmula, sino el *fenómeno* de "pasar de la vida a la muerte" "¿Un breve segundo hace de un cuerpo humano un cadáver?" El editorialista del *Observatore Romano* planteaba estas cuestiones, al margen del debate televisado de Roma, del cual he hablado y que se desarrollaba entre médicos, sobre los problemas de orden biológico y clínico: "Pero, implícitamente, se situaban en un plano más elevado que el de la técnica. ¿Cuál es la frontera entre la vida y la muerte? ¿Un hombre está realmente, ciertamente muerto cuando las lesiones cerebrales son declaradas irreversibles? ¿Y si el músculo cardíaco se contrae todavía? ¿Si otro órgano cualquiera parece vivo? ¿Si la vida vegetativa no ha desaparecido completamente? ¿Está permitido el detener la reanimación bajo el simple criterio cerebral?"

En el porvenir, cuando se tenga la experiencia de los injertos, ¿no se correrá el riesgo de ser demasiado superficial en la constatación de la muerte del donante? Además, ¿es legítimo el "don" de un órgano? Los padres, los esposos, los hijos, ¿tienen derecho, en tanto que "herederos", a disponer de un despojo mortal sustituyéndose a la voluntad de quien ha dejado de existir? Ante ciertas preguntas, ciertas demandas, el sabio, aun genial, titubea. Anticipa hipótesis, bajo reserva de nuevas experiencias. Pide luces a otras disciplinas, a otras tradiciones, a otras legislaciones...

"Si la "encefalografía" debe ser, por el momento, "el último

(14) Entre muchas otras, ver las observaciones de Dainel Garric en el diario "El Fíguro" de 4 y 5 de enero de 1968.

"En un notable artículo del diario "Le Monde", del 9 de enero de 1968, sobre el que volveré a insistir, titulado *Injertos y Derechos*, el abogado Mr. Francois SARDA, ha planteado por su parte la cuestión como no se podría hacer mejor: *Pero, ¿cuándo nos morimos?* Los sabios, desde hace al menos medio siglo, desenvuelven unos estudios voluminosos. Cada paso científico nuevo corrige los datos del problema. Este no está todavía resuelto. La muerte continúa siendo una incógnita. Según los países, las leyes y los reglamentos difieren en cuanto a la definición legal. Los procedimientos y las técnicas de constatación varían. Los espiritualistas se preguntan cuándo el alma deja el cuerpo. El jurista debe dejar al médico que proponga los elementos y los tests de la muerte irreversible... Con todas las posibilidades de reanimación, de masajes del corazón, de refrigeración, la vida parece todos los días reconquistar terreno sobre la muerte. ¿Cómo fijar el límite del deber de hacer vivir, sobrevivir o dejar vivir, cuando, para salvar otra vida, se tiene prisa en declarar la muerte? El derecho de salvar tropieza con el derecho de prolongar la vida. ...Pero ¿la parada del corazón representa la definición de la muerte? Esto se discute. El corazón podría ser el músculo todavía vivo de un muerto cerebral. El conflicto de los derechos humanos entre el que da y el que recibe, el conflicto entre los vivos y los muertos, está en eso. ¿Hasta dónde se debe llegar en el esfuerzo de reanimación? ¿A partir de qué constatación se puede disponer de un órgano vital tomándolo al "donante"?"

juzg", no lo será en todos los casos, como lo muestra esta angustiosa interrogación del moralista, que estima que este juicio está hecho a partir de una situación de hecho, de un certificado médico de fallecimiento, pero no partiendo de una situación de derecho, como el viejo debate sobre la eutanasia lo ha revelado suficientemente. Hay que esclarecerlo de nuevo, pero desde un punto de vista nuevo, bajo el cual se presenta ahora. Este ángulo visual no es el del posible inculgado —médico u otro—, que da la muerte anticipada para poner fin a los sufrimientos estimados "intolerables" de una persona que se juzga "incurable": es el de un médico o de un hombre de ciencia que pone fin a la vida "natural" de un enfermo incurable bajo el punto de vista humano, aunque esté vivo todavía de modo "vegetativo" y "fisiológicamente", con el fin de salvar, si es posible, otra vida por el trasplante de un órgano vital esencial (15).

IV. LA COMPARACIÓN CON LA EUTANASIA

Volvamos al examen de la situación y a la búsqueda de la solución partiendo de la primera eventualidad. El debate sobre la euta-

(15) El injerto de riñón, practicado con frecuencia desde hace algunos años y con éxito, no planteaba este problema porque el don y la extirpación de un riñón sobre una persona viva no exponen o, mejor dicho, no condenan a ésta a la muerte, como en el caso de un órgano vital único como el corazón o el hígado.

Post-Scriptum. 'En un artículo del *Nouvel observateur* del 31 de enero de 1968, titulado "Los prejuicios franceses contra el Dr. Barnard" el Dr. R. Kuss, profesor de la Facultad de Medicina de París, cirujano del Hospital Saint-Louis y miembro de la Academia de Cirugía, ha escrito a este respecto: "Se estaba menos preparado para los injertos de riñones... Un esfuerzo de información hubiera podido impedir muchas reservas expuestas con demasiada prisa. El trasplante renal, que ha representado el banco de ensayo de los injertos, ha adquirido hoy derecho de existencia en el dominio de la terapéutica. Esto ya no se discute. No plantea ningún problema, salvo el vencer los prejuicios y el esperar de la comprensión de los poderes públicos la extensión rápida que merece con el fin de que puedan ser salvados millares de jóvenes urémicos que, sin ello, están condenados. Hay en Francia unas sesenta personas que viven con un riñón trasplantado. La mayor parte viven normalmente desde hace varios años con él, con la única obligación de tomar cotidianamente algunos comprimidos y la de la vigilancia periódica. No sabemos aún lo que ocurriría si suprimiéramos esa medicación. Es posible que los enfermos se puedan pasar sin ella y que ese riñón extraño esté definitivamente aceptado después de cierto tiempo".

Mientras que en París, el 3 de febrero, en la sesión excepcional celebrada en la Sociedad de Cirugía Torácica y Cardio-vascular, de lengua francesa, el profesor E. FORSTER, su presidente, en homenaje al Prof. BARNARD, le dirá: "Permanecerá usted en la historia como el primero que ha retirado del tórax de un hombre, un corazón enfermo, para reemplazarlo por el corazón de otro hombre. La noticia, cuando llegó a los oídos del mundo, pareció increíble y salida de las páginas de un libro de ciencia-ficción... Es cierto que la implantación de unos dos mil injertos de riñón en el hombre y la implantación reciente de repetidos injertos hepáticos extraños, durante cuatro veces, con éxito, en los niños, habían enseñado en parte al profano y al médico el avance hecho por la cirugía en este campo. Pero trasplantar un corazón, era esencialmente distinto".

Ver *Médecine et Hygiène*, núm. 812, de 14 de febrero de 1968, p. 176. Y, en el mismo número, p. 156, el artículo de A. TORODOV, "La función renal después de una supervivencia prolongada".

nasia ha sido muy vivo y se ha renovado con frecuencia en Europa, en los Estados Unidos y en el mundo entero, con ocasión de procesos célebres, y de modo particular, en 1949/50, en el caso del doctor Sander, en los Estados Unidos, el cual había dado muerte, ante su ruego insistente, inyectándole aire con una jeringa en la vena del brazo, a la esposa de uno de sus colegas aquejada de un cáncer muy avanzado que le causaba un sufrimiento insoportable. Volveremos sobre este asunto en la discusión jurídica (ad. VIII, n.º 1). La resonante condena expresa del procedimiento por el profesor Portes, principalmente, presidente del Consejo Nacional de la Orden de Médicos de Francia, en el informe que presentó el 20 de mayo 1949 en nombre de la Academia de Medicina de Francia ante la Academia de Ciencias Morales y Políticas, ha sido y será recordado con frecuencia: “El médico está hecho para curar y no para matar. La mano que cura no debe ser la mano que mata”. El gran Charles Nicolle estimaba también: “El papel del médico continúa siendo el de preservar y no el de extinguir la llama de la vida”... (16).

El caso del doctor Sander es ejemplar porque, técnicamente y jurídicamente, su acto, incluso ejecutado por caridad, representaba un “homicidio premeditado” y, en consecuencia, un asesinato punible en principio con la pena de muerte o de reclusión perpetua, en las legislaciones tradicionales. De este modo, para absolver a este médico tan honorable, que tomaba a su cargo la responsabilidad de su acto, que había anotado sobre la hoja de la enferma, hubiera sido necesario admitir —lo que era contrario a los hechos incontestables— que la “víctima” voluntaria estaba ya muerta en el momento de la inyección (17).

El debate moral, jurídico y médico ha vuelto a salir a la luz con respecto al ruidoso “asunto de la talidomida”, en Lieja, en 1962, y al papel del médico de cabecera, el doctor Casters, perseguido ante los tribunales, al mismo tiempo que la madre de la pequeña Corine V., nacida con unos muñones de brazos y a quien se le administró un producto mortal en su hiberón. Este asunto se terminó, por lo tanto, con una doble absolución de la madre y del médico, bajo los aplausos acompañados de flores, que estaban, sin duda, de más y falseaban totalmente el problema de ética médica y social, tanto como el problema jurídico esencial (18). En el curso de los debates que tuvie-

(16) Ver la relación de estos hechos y los textos esenciales en las *Cahiers Laënnec*, París, número del 2 de julio de 1949, con los artículos del profesor PORTES, *Médecine et Euthanasie*, y DEROBERT, *L'euthanasie*, cf. en nuestro *Procès de l'euthanasie*, el recuerdo de este debate. *Revue Pénale Suisse*, 1962, núm. 2, página 140 y ss.

(17) Cf. GRAVEN, “Faut-il punir l'euthanasie?”, en *Revue de Criminologie et de Police Technique*, Ginebra, 1950, núm. 1, p. 27-44.

(18) GRAVEN, “Les procès de l'euthanasie: Les données et la solution d'un problème insoluble”, *Revue Penale Suisse*, 1964, núm. 2, p. 121 a 159 (posición del problema), núm. 3, p. 231 a 256 (solución del problema) con las referencias a otros debates, en Francia y en Bélgica, principalmente (nota 2), y a la encuesta de *Barrere et Lalou* (hecha para la preparación de una emisión televisada a la cual se renunció por sentimiento de humanidad): *Le dossier confidentiel de*

ron lugar en esta ocasión, o a propósito de este veredicto, principalmente también en la Sección de Ciencias Morales del Instituto Nacional ginebrino, en 1964 (19), la cuestión *actual* había sido no solamente prevista, sino claramente planteada por el médico (doctor Rentchnick), y el moralista cristiano (R. P. Cottier, O. P.), como el jurista a cuyo cargo estaba introducir y concluir el debate (por nuestra voz), habían esbozado lo que podría ser "la respuesta futura".

El doctor Rentchnick había puesto de manifiesto que la eutanasia verdadera —cuando el enfermo es incurable, cuando los sufrimientos no pueden ya ser combatidos por medios opiáceos, cuando se puede prever la muerte en un plazo próximo y cuando el enfermo pide insistentemente la inyección salvadora del médico— plantea siempre a este último un problema de conciencia grave y difícil, que no le permite resolver en paz la deontología profesional. Si hay que tomar en consideración las circunstancias y los móviles (lo que sabiamente ha hecho, y lo mejor posible en apariencia, el Código penal suizo, desde luego citado más de una vez como modelo a este respecto) (20), parecía, sin embargo, contraindicado el hablar de "legalización" como se hacía y se pedía en ciertos países, en los círculos médicos, sociales e incluso religiosos protestantes, especialmente en los Estados Unidos y Gran Bretaña.

Porque muy pronto —precisaba el médico— la eutanasia se convertirá en un *falso problema*: primero, porque el progreso de la terapéutica permitirá curar un número mayor de pacientes" cuyo estado parece hoy, o parecía ayer, sin esperanza (21), y después, "porque los medicamentos contra el dolor van siendo cada día más eficaces y permitirán quizá suprimirlo completamente. Pero el problema *inminente*, apremiante, frecuente, será de hoy en adelante el de "la eutanasia por omisión". Se sabe que los medios de reanima-

l'euthanasie (Stock, París 1962). Ver también refiriéndose a estos debates, el artículo del Prof. SCHAEERER, en Ginebra: "Réflexions d'un philosophe sur l'euthanasie", en la *Revue Internationale de Droit Pénal*, París 1965, núm. 1-2, página 53 a 57.

(19) Debate publicado bajo el título: "Procès de l'euthanasie" en la revista *Médecine et Hygiène*, Ginebra, núm. 643, de 27 de mayo de 1964. Hemos mencionado y resumido este nuevo problema en nuestro estudio sobre la eutanasia, *Revue Pénale Suisse*, 1964, p. 249, nota 65.

(20) Ver las opiniones de BARRERE y LALOU, en su *Dossier Confidentiel*, página 183 y s.; del abogado CHARLES, en su obra: *Peut-on admettre l'euthanasie?*, París 1965; del letrado Lucienne SCHEID, en la revista *Prisons et prisonniers*, 1963, núm. 57, p. 750.

(21) El letrado M.^e L. SCHEID, en un artículo: "De l'euthanasie par pitié à l'euthanasie étatique", publicado en la *Revue Internat. de Criminologie et de Police Technique*, 1962, núm. 1, p. 14, ha recordado "el caso terrorífico, relatado en un número de la *Gazette des Hôpitaux de Paris*: "Un médico se desespera a la cabecera de su hijo al que la difteria asfixia. El suero no ha sido todavía descubierto. El niño está a punto de entrar en la agonía. El padre pone fin a sus sufrimientos, después de un largo y cruel debate interior, inyectándole una dosis mortal de morfina. Al día siguiente el Dr. Roux hacía público su descubrimiento del suero antidiftérico".

ción “*permiten prolongar la existencia de los grandes traumatizados, de los grandes poliomielíticos, haciendo retroceder los límites de la vida, a veces incluso colocando a estos enfermos en coma prolongado o sobrepasado*”; en este caso toda la vida depende de una llave de paso o de una palanca. ¿Cuándo se puede interrumpir el circuito vital de los aparatos? ¿Qué debe hacer el médico *bajo el punto de vista de la ley* —y no solamente “a su leal saber y entender”— en espera de que los criterios estén perfectamente establecidos?

Se trata de hacer frente ahora a estas cuestiones. Así, aunque el injerto de órganos vitales esenciales, “la verdadera manipulación —y la transformación más íntima— del cuerpo humano por el hombre mismo, no esté todavía más que en su prehistoria”, como se ha escrito en un diario en un estudio serio, no es menos cierto que “ya pone en tela de juicio un cierto número de principios que se creían valederos para toda una eternidad”, tales como los de la VIDA o de la MUERTE en su sentido primitivo, absoluto, y que “incluso si nadie lo ha enunciado con toda claridad, es evidente que será necesario en adelante el habituarse a dos clases de muerte: la intelectual y la fisiológica”.

¿*Quid* entonces, como dicen los juristas, en la perspectiva todavía insondable que se abre ante nosotros? Se puede discutir y se discutirá durante mucho tiempo —y quizá hasta el infinito— este problema que aparece, para una conciencia cristiana y, desde luego, para toda conciencia sensible, casi como vertiginoso. Se parece al de saber, por ejemplo, en caso de peligro mortal en el momento del parto, quién debe ser salvado en definitiva: la madre, capaz de sobrevivir mediante el sacrificio del hijo, que no ha vivido todavía ni respirado, o el ser dispuesto a vivir y que no es aún, socialmente, un “recién nacido”. Es, en suma, un poco la inversa del dilema en el que el hombre no es todavía un “muerto” (fisiológicamente) y que subsiste, privado de toda conciencia humana, por el artificio de un aparato corazón-pulmón o de otro modo. Se trata de saber si este estado debe ser prolongado durante largo tiempo o por el tiempo que se pueda antes de dar su músculo cardíaco a un hombre que vive y puede continuar viviendo con esa condición. Tales debates inquietan con justo título al moralista y al médico y, con mayor razón, al público.

Una respuesta culta y bien meditada había sido aportada en el debate de 1964 por el P. Cottier (22), que planteaba los tres principios rectores siguientes:

1.º “El papel de la sociedad es el de respetar de manera abso-

(22) *Médecine et Hygiène*, 27 de mayo de 1964, p. 492. Por su parte, el pastor señor FUCHS, que participaba también en el debate, ha querido “sencillamente aportar algunas apreciaciones complementarias”, principalmente sobre el valor de la persona, y sobre el hecho de que todos los problemas de defensa de la vida son reveladores de las opciones fundamentales de las sociedades o de los individuos. Pero ha planteado de modo global que “no discutiría” sobre la exposición de las bases de la convicción cristiana que acaba de ser hecha “si no era para decir que estaba plenamente de acuerdo con ella”.

luta el derecho a la vida de todo hombre, quienquiera que sea. No le corresponde a la sociedad juzgar acerca de la utilidad de una vida, porque se trata de un derecho que trasciende los valores sociales y finalmente los mide."

2.º Sin embargo, no se aplicará esta prohibición, por una parte, "al empleo de remedios destinados a calmar o a suprimir el dolor, cuando los narcóticos empleados conducen a un estado comatoso, si lo que se persigue, en primer lugar y directamente, es dulcificar el sufrimiento. Puede ocurrir, en efecto, que el uso de tales calmantes haga correr el riesgo de apresurar la muerte, pero una cosa es correr un riesgo y otra el tratar de apresurar la muerte procurando un resultado. Es entonces legítimo distinguir el caso en el que la muerte es el objetivo fijado, de aquel en que el empleo de un calmante tendrá como consecuencia secundaria una muerte más rápida; la muerte más rápida puede ser un efecto previsto, pero no es el fin perseguido, que es el alivio del sufrimiento".

3.º No se hablará tampoco, y con mayor razón, de eutanasia a propósito de la *reanimación*: "La muerte está virtualmente presente, pero unos medios artificiales permiten mantener por tiempo indefinido una vida vegetativa, sin que esta situación permita restituir la salud. Digamos, en consecuencia, desde ahora, que no hay culpa moral para el médico en interrumpir, por una causa proporcionada, la práctica de la reanimación que había comenzado."

De este modo, y aplicando estos principios a un campo que hoy se vuelve a considerar en cierto modo bajo la lupa de una actualidad que ha parecido, a la vez, milagrosa y estupefactiva, las opiniones del médico y del moralista, así como la del filósofo, coincidían con las consideraciones y la solución del jurista. No era necesario, a mi modo de ver —lo que se aplica también a los audaces *trasplantes* o injertos orgánicos hechos sobre el hombre, con conciencia, competencia y para la búsqueda de un mejoramiento humano—, dejar nacer y extenderse la idea casi supersticiosa de que, puesto que se trata de actos "nunca vistos", constituirían éstos, en el momento de la interrupción en curso, unos actos "sacrílegos" e "ilegales", que deben caer necesariamente bajo las sanciones de la moral y bajo las del derecho. Si todo ser humano y en particular el médico, el enfermero o quien tiene a su cargo el cuidado de los otros, está sometido a la prohibición moral y social: *no matarás*, es decir, que está prohibido bajo pena de sanción el *suprimir la vida* (salvo caso de legítima defensa), el médico no tiene la obligación, en reciprocidad, de *prolongarla artificialmente* en todos los casos y hasta el extremo límite posible. El Derecho no impone en modo alguno esta obligación desde el momento en que erige en regla la prohibición contraria, y se desconoce probablemente que médico alguno, en nuestro país o en otra parte, haya sido condenado por un caso de esta naturaleza (23). Debe admitirse que en la medida del progreso del conocimiento y de los descubrimientos

(23) GRAVEN, conclusión del debate, *id.* p. 495 y 505.

de la inteligencia humana, las concepciones sobre el sistema circulatorio pueden cambiar, al igual que han cambiado para el sistema solar, y que los sabios que tienen el valor y el mérito de mejorar o de corregir las deficiencias de la naturaleza, como Galileo o Miguel Servet, no pueden ser sometidos todavía a la excomunión o a los rigores de la Inquisición o de Calvino.

Yo estaría dispuesto a concluir que la armonía entre la moral, la ciencia y el derecho a la cual estimásemos, en este caso, haber llegado, bajo la égida de la razón, puede constatarse como tranquilizadora. Pero que el hombre, en la embriaguez de su poder, se guarde de ceder al orgullo y querer igualarse a un Dios, de hacerse dueño incontrolado de la vida, de la muerte y de los fines del hombre. ¡Debemos acordarnos, una vez más, “de que en el siglo XII Moisés Maimónides, médico, filósofo, aristotélico y talmudista, no se acercaba al lecho de un agonizante más que suplicando: Oh, Dios mío, alejad de mí el pensamiento de que yo lo puedo todo!” (24).

V. DESPUÉS DE LA “LUZ VERDE”: EL DIQUE ROTO

Tales eran mis consideraciones para un debate grabado el 9 de enero y destinado a una emisión radiofónica cuando ocurrió el mismo día, y en el Hospital Maimónides, de Brooklyn, en Nueva York, un nuevo trasplante cardíaco, practicado por el doctor Kantrowitz, otro reputado cardiólogo, sobre un antiguo bombero, de sesenta y cinco años de edad, Louis Bloch, por medio de un corazón donado por una mujer de New Jersey. Los acontecimientos se precipitan. Las operaciones de El Cabo han “abierto la vía” de una manera no solamente espectacular, sino generadora de una especie de emulación profesional o incluso de una “competición”, que amplían los datos del problema y obligan a examinarlo de nuevo sobre la base de las circunstancias, de las dificultades, de las objeciones y de las nuevas controversias.

a) Todos estos grupos de investigadores, de experimentadores y de cardiólogos eminentes, están, en efecto, ligados y opuestos por una especie de solidaridad (alejada de toda idea de rivalidad, que nosotros descartaremos inmediatamente). El doctor Shumway, autoridad en la materia, había creado, a partir de 1959, la técnica del trasplante que el doctor Barnard (que se perfeccionó en cirugía cardíaca en la Universidad de Minnesota, donde había trabajado Norman Shumway) ha utilizado: “Gracias a su autoridad universal y sirviéndose él mismo de su maestría, ha caucionado al equipo de El Cabo”, que, “por primera vez, se ha atrevido a realizar lo imposible”, como se ha escrito. El profesor Shumway, a quien se ha llamado en su país “el médico que no mata jamás”, ha dirigido “un magnífico

(24) M.^e L. SCHEIDS: “De l'euthanasie par pitié à l'euthanasie étatique”, *Rev. Int. de Crim. et de Pol. Technique*, 1962, p. 13.

cumplido" a su colega el doctor Barnard: "¡Se ha atrevido usted a romper el hielo!" Y —comenta el doctor Rentchnick— "es el salto genial de Barnard el que ha impresionado la imaginación de las masas, pero que ha roto, al mismo tiempo, con la rutina y ha desmitificado el corazón. El público no estaba preparado para tales evoluciones. Los especialistas como Shumway y Lillehei se lo temían cuando recomendaban a los escritores científicos el acostumbrar poco a poco al público a esta nueva era de los trasplantes de órganos". Por su parte, el doctor Kantrowitz, cuya notoriedad es grande también, es autor de un método más complejo (25) y había ya intentado el segundo injerto de corazón (que no se vio coronado por el éxito), sobre un recién nacido.

Ahora bien, mientras en El Cabo se anunciaba que el operado Blaiberg (mantenido en un aislamiento perfecto, bajo la vigilancia del inmunólogo), "iba bien al 99 por 100", no presentando ningún signo de rechazo, estaba animado y alegre, había podido sentarse en la cama y comía con buen apetito (26), unas complicaciones se manifestaban en el operado de Stanford (27), cuyo "corazón prestado"

(25) Según los especialistas, esta técnica procede a la ablación y al cambio de la totalidad del corazón, mientras que la del Dr. Shumway también utilizada por el Dr. Barnard, deja en su lugar una parte del órgano para evitar el tener que suturar la totalidad de los ocho vasos del corazón. Es comprensible que el método de trasplante total cargue más el corazón injertado, que exige más tiempo (las operaciones de El Cabo han durado de cinco horas a cinco horas y media, la de Brooklyn ha durado once horas) y que corre el riesgo de ser más traumatizante. Al anunciar "la entrada en escena" del "gran maestro de los trasplantes cardíacos en los EE. UU. en *Médecine et Hygiène* (núm. 807, de 10 de enero de 1968, p. 34), el Dr. Rentchnick recordaba que es el Dr. Shumway "el que ha preconizado el primer método (empleado por Barnard) conservando en cierto modo el talón de corazón del receptor para evitar las suturas de las venas cavas y de las venas pulmonares".

(26) Comunicados del 7 y 8 de enero: "Si la mejora de su estado se confirma —pero hay siempre una "incógnita"—, el Dr. Blaiberg "estará quizá en situación de dejar el Hospital dentro de dos semanas". Algunos días más tarde aparecían algunas complicaciones: unos derrames se habían producido alrededor del corazón, pero pudieron ser evacuados y no parecían de naturaleza alarmante a los médicos. En una declaración de 14 de enero, el Dr. Barnard ha revelado que "ese líquido no comprime el corazón y no aumentará". Según el boletín del mismo día, Blaiberg había sido autorizado por primera vez a sentarse en una silla (especialmente esterilizada a su intención), para cenar la víspera por la noche.

(27) El boletín sanitario del 9 de enero, tres días después de la operación, ponía de manifiesto "que el corazón se sostenía bien, pero que el hígado estaba enfermo y son, finalmente, las hemorragias provocadas por la enfermedad de este órgano (anterior a la operación) las que arriesgan la vida del paciente". Se precisaba después que "las numerosas complicaciones son importantes, pero posibles de remediar mientras el funcionamiento del corazón sea bueno", ahora bien, "el caudal cardíaco no es más que ligeramente inferior a lo normal y el músculo parece funcionar muy correctamente por el momento". Pero el 13 de enero se señalaba que el estado se había agravado seriamente y que Kasperak se encontraba en un estado "semi-comatoso", por consecuencia de un mal funcionamiento del hígado que provoca la presencia de bilirubina en la sangre" (es

era claramente más pequeño que el suyo (una tercera parte) y dejaba una cavidad importante, que convertía en más difíciles la detección de los indicios de rechazo y el tratamiento. En cuanto al operado de Brooklyn, no sobrevivió.

La "luz verde", según la expresión comúnmente utilizada, había sido dada para las operaciones de El Cabo y, "trazado el camino a seguir", se anunció que "varios países intentarían en breve plazo la gran aventura". Los rusos, que poseen también una gran experiencia del injerto sobre los animales, "esperan la ocasión, que no se hará esperar, y no serán los únicos: los ingleses, los alemanes, los suizos, los italianos, los japoneses, los españoles mismos, están igualmente dispuestos". En el Canadá, en Toronto, el director de los servicios quirúrgicos del principal hospital (doctor Gigelow) ha declarado que si los operados Blaiberg, en El Cabo, y Kasperak, en Palo Alto, sobrevivían un mes al injerto practicado sobre ellos, un trasplante cardíaco tendría lugar en Toronto: "Nos pondremos a la obra sin pérdida de tiempo, aplicando los métodos ya experimentados en clínica y utilizando las técnicas puestas a punto en los laboratorios" (28).

decir, de un producto de la hemoglobina que el hígado se encarga de eliminar, lo que no puede hacer cuando funciona mal). "El estado del corazón del paciente es, por el contrario, excelente". El 14 de enero tuvo lugar "una ligera intervención quirúrgica que tenía por objeto aliviar la vesícula biliar, que había aumentado anormalmente de volumen". El mal funcionamiento simultáneo del hígado, de los riñones y de la vesícula biliar "inclinan a temer lo peor", aunque el Prof. Shumway y su equipo hayan decidido aparentemente obrar y reaccionar enérgicamente.

(28) Los cirujanos de Toronto han practicado ya setenta y cinco injertos de corazón sobre perros, en el plazo de dieciocho meses, pero murieron todos por consecuencia del proceso de rechazo.

En el curso de su lección inaugural en la Facultad de Medicina de Ginebra, el 25 de enero de 1968, en la cual "ha pasado revista a las etapas prodigiosas de la cirugía cardíaca que hemos vivido después de la última guerra", el profesor Charles HAHN, titular de la nueva (y por el momento única) Cátedra de Cirugía Cardio-vascular en Suiza, no ha ocultado su opinión sobre los trasplantes de corazón realizados a partir del 3 de diciembre de 1967: "Vivimos una época apasionante. La cirugía cardíaca está a punto de enriquecerse con nuevas técnicas que permiten el trasplante de corazones o la implantación en el organismo de prótesis cardíacas artificiales". Ha expresado su deseo, no obstante, de que "en medio de los aparatos innumerables que se han convertido en necesarios, la alta técnica de los grupos cardio-quirúrgicos no prive a los enfermos de los contactos humanos con sus médicos". La lección del Prof. Hahn sobre "La cirugía cardíaca en cardiología" se publicó en *Médecine et Hygiène*, núm. 813, de 21 de febrero de 1968, p. 193 y ss.

Pero hace falta leer, sobre todo, en la misma revista, núm. 807, del 10 de enero de 1968, p. 36, sus "algunas observaciones a propósito de la operación del injerto de corazón", que están aquí muy en su lugar y que muestran hasta qué punto la actitud del profesor de Ginebra está lejos de la posición tan claramente distante de los maestros franceses. Recordando que la cirugía cardíaca data del fin de la segunda guerra mundial y que apenas tiene veinte años, el profesor Hahn indicaba que sus progresos han sido tales "que lo que se creía imposible o insensato la víspera se realizaba al día siguiente" y que "no hay nada de sorprendente en que un equipo de cirugía cardíaca bien entrenado haya logrado injertar un corazón humano y hacerlo vivir durante dieciocho días" (en el mo-

Y "Francia no se queda atrás: cuenta entre los "grandes" de la cardiología. El injerto forma parte de su patrimonio científico (29), varios equipos están en condiciones de realizar tales operaciones sobre el plano técnico (30), los ensayos sobre los perros han sido numerosos estos últimos años y la supervivencia prolongada, hasta cuatro meses, ha sido observada". Además, "su baza mayor es el conocimiento de la inmunología: desde hace veinte años luchan contra el fenómeno del rechazo. Disponen, como los americanos, de un arma nueva, el suero anti-linfocitario (31). Conocen también los otros

mento de la primera operación): "El anuncio del éxito del injerto de corazón apenas nos ha sorprendido. Lo esperábamos, pero pensábamos que la primera tentativa humana sería hecha por Shumway en Palo Alto, por Löwer en Richmond, o por Kantrowitz en Nueva York. En ocasión de un viaje reciente a estos centros americanos, habíamos visto los perros viviendo desde hacía dos años con homoinjertos cardíacos. ¿Por qué estos grupos, particularmente bien entrenados no han intentado esta intervención? O, si la han hecho, ¿por qué lo ignoramos? No conocemos la respuesta exacta a estas preguntas, pero suponemos que la probabilidad de un éxito duradero no parecía suficiente o que *los problemas morales planteados por la extracción del injerto no estaban resueltos de modo satisfactorio*". Veremos que es en efecto la razón esencial, en unión de la que se relaciona con *la diferencia de sistema jurídico-legal*, que constituye un obstáculo en Francia, principalmente.

(29) Es el profesor Hamburger el que tuvo el honor de lograr las primeras implantaciones de riñones con éxito.

(30) Principalmente en el Hospital Broussais, de París; en el Hospital Saint-Eloi, de Montpellier; en el Hospital Edouard Herriot, de Lyon, y en el Hospital de Nancy. Según una reciente declaración del 13 de enero, del profesor de Vernejoul, presidente del Consejo Nacional de la Orden de Médicos "se puede afirmar que en Francia la técnica está completamente a punto. En el Hospital Broussais, en el laboratorio de Cirugía Experimental del profesor Dubost, más de 150 perros han sido injertados y es la estadística más elevada después de la del profesor Shumway. En cuanto al problema de supervivencias y a la defensa del enfermo contra las complicaciones post-operatorias, los trabajos sobre las exigencias de la inmunología se prosiguen en el Hospital Saint Louis y en el Hospital Broussais, de París, así como en el Instituto Pasteur, de Lyon. "Estos permiten poner a punto las condiciones de un éxito post-operatorio".

(31) Este producto tan eficaz, parece "ha faltado desgraciadamente en El Cabo durante la primera operación", la de Washkansky.

Ha sido en 1963 cuando un especialista en enfermedades alérgicas inglés, el Dr. Woodruff, ha hecho la demostración experimental de que un "suero antilinfocitario" de conejo, inyectado a una rata, era capaz de aumentar el tiempo de supervivencia de los injertos de piel. "El célebre especialista de los trasplantes de hígado, el Dr. Starzl, en los Estados Unidos, confirma la eficacia de este suero en el hombre" (suero que prepara a partir del caballo). En Francia, el profesor B. Halpern, del Colegio de Francia, ha estudiado particularmente el suero antilinfocitario *en los perros* portadores de injertos de corazón, y ha comparado su eficacia a la de los rayos X, a la de la cortisona, a la del Inmurán. "Ha sacado la conclusión de que el suero antilinfocitario ocupará una plaza privilegiada en los injertos de tejidos y de órganos". *Médecine et Hygiène*, 10 de enero de 1968, p. 34 (Dr. Rentchinck, el cual indica, según el Dr. Medawar, Premio Nobel de Medicina, cuál sería el mecanismo de acción de ese suero). Ver en *Med. et Hyg.*, núm. 808, de 17 de enero de 1968, el editorial del Prof. HALPEN: "El suero antilinfocitario, estado actual de la cuestión y puntos de vista personales". Y, por otra parte, en lo que concierne el injerto en el perro, en el núm. 813, de 21 de febrero de 1968, p. 208

agentes anti-rechace (rayos e inmuno-depresores)". Es igualmente un sabio francés (32) el que ha inventado el agrupamiento de los tejidos "según su compatibilidad", grupos que tienen, para los injertos, la misma importancia que los grupos sanguíneos en el momento de las transfusiones sanguíneas. El empleo de esta técnica "ha permitido encontrar unos órganos compatibles con los tejidos del que los recibe". Una verdadera pareja donante-receptor puede, consecuentemente, ser creada... Un solo obstáculo se alza. Es, como se sabe, de orden moral: *¿Se tiene derecho?* Hay cirujanos que están dispuestos a pasar por encima de estas consideraciones, que estiman inadaptadas y mal comprendidas (33). Pero "correrían el riesgo", en caso de tentativa, de ser condenados; porque, si respetasen la ley francesa, que impone un control muy extenso para la constatación de la muerte (34), no dispondrían más que de un órgano en mal estado... *¿Se atreverán a hacerlo?* (35).

b) La oposición impresionante que se ha producido en muchos lugares hace indispensables estas indicaciones médicas precisas, que hacen comprender mejor el problema y explican por qué ya se crea una amplia organización con vistas a la situación venidera, en tanto que algunas reservas más o menos severas, así como numerosas resistencias, se abren paso.

En Los Angeles, el 9 de enero, los siete principales hospitales han constituido una verdadera "cooperativa de órganos" (comenzando por los riñones) en estado de disponibilidad; serán tomados a las personas fallecidas que hayan consentido esta donación antes de su muerte, y con el acuerdo final de la familia, legalmente obligatorio en los Es-

y ss. Alpern, Cachera, Lacombe y otros colaboradores: "Supervivencia de los injertos de corazón en el perro tratado con el suero antilinfocitario de oveja" (texto de una comunicación presentada el 12 de febrero de 1968 a la Academia de Ciencias de París).

(32) El Prof. Jean Dausset, cuyos métodos, conocidos por el equipo de El Cabo, han sido utilizados. Su equipo, en París, está, al decir los especialistas, "particularmente calificado" para el estudio y la aplicación de los antígenos del injerto.

(33) El 11 de enero, quince especialistas franceses han salido, respondiendo a una invitación, para El Cabo, en una misión de información. Entre ellos se encontraban, principalmente, los Dres. Cachera, de París; Bernichou, de Nancy; Termet, de Lyon; Cabessou, de Montpellier. El Dr. Termet, que estudia los injertos de corazón en el Servicio del profesor Michaux, en Lyon, ha declarado que tenía la intención de practicar un injerto sobre el hombre. "Técnicamente, la operación no plantea hoy ningún problema. Es la inmunología lo que nos preocupa, pero el rechace o la adopción del injerto es asunto de los biólogos... Mientras tanto, la terapéutica, y no la experimentación quiere que se elija como donante un enfermo clínicamente, es decir, cerebralmente, muerto". Su declaración, al regreso a París, el 23 de enero, en nota 39.

(34) La constatación oficial de la muerte exige en efecto unos exámenes y unas formalidades tales, que el órgano tomado no puede ser utilizado con éxito. Los anglo-sajones, habituados a una administración más rápida, constatan la muerte en plazos más breves y pueden por consecuencia servirse de estos órganos.

(35) Ver las consideraciones de P. Magd, en *Le Figaro* del 8 y 14 de enero.

tados Unidos, como hemos visto. Se ha recordado que el doctor Shumway no habría, sin duda, esperado hasta el 6 de enero para intentar la operación de la cual es técnicamente inventor, si se hubiera podido poner antes a su disposición "un corazón de recambio" presentando las mejores garantías posibles para este estadio experimental (como "los bancos de sangre", que permiten disponer en todo momento de cualquier grupo óptimo para las transfusiones). La "cooperativa de órganos" se ha fijado también como programa la investigación, y quiere organizar "conferencias-debates" e "invitar a los juristas y a los miembros del clero a discutir en conjunto los aspectos jurídicos, morales y religiosos de los trasplantes". Porque, ha revelado el presidente de este grupo —el doctor Richard Glassock, profesor de nefrología y "pionero del trasplante renal"—, "el público debe ser informado sin demora". En efecto, "si realizamos injertos de órganos en gran escala —como cabe esperar cada vez más—, la utilización de órganos procedentes de cadáveres se convertirá en una necesidad absoluta", en tanto que "el corazón artificial" en el que se trabaja desde hace mucho tiempo no se haya realizado. Todo está, desde luego, preparado para crear las mejores condiciones posibles, y los donantes serán sometidos a *tests* sanguíneos y de tejidos en el Centro Médico de la Universidad de California, bajo la dirección del doctor Paul Terasaki (reputado también como "una autoridad en la materia") (36).

No es, en consecuencia, "una concepción puramente intelectual" o una "utopía" el organizar así, desde ahora (37), tales centros de

(36) Gracias al reparto previsto entre los hospitales, "la elección de órganos será más amplia y aumentarán, en consecuencia, las posibilidades de tener mayor variedad de grupos sanguíneos y de tejidos, elementos generalmente considerados como indispensables para impedir un rechazo fatal". (Se ha precisado que en los siete hospitales se encuentran ochenta casos graves que, en espera de donantes, se mantienen en vida por medio de riñones artificiales; cuatro personas han prometido, por el momento, sus riñones cuando se mueran; y hay también cuatro candidatos para el trasplante de hígado.) "Unos ordenadores electrónicos determinarán para cada donante el tipo de paciente mejor calificado y calcularán las posibilidades que tiene cada paciente para recibir un trasplante adecuado. Por otra parte, los médicos consultantes examinarán, con el médico de la familia, la ficha del donante potencial. Todos estos esfuerzos previos de coordinación facilitarán en el momento requerido la tarea de los cirujanos". Se sabe que es necesario que el órgano que se obtenga sea trasplantado "en el plazo más corto después del fallecimiento del donante", pero parece que podrá ser de nuevo utilizado a las seis horas si es sometido a un enfriamiento apropiado". Lo que quiere decir que se podrá "transportar fácilmente el órgano de un hospital a otro" para disponer así "en el momento necesario" su utilización. (Ver correspondencia de 11 de enero de Anne Thinesse, de Nueva York, en *Le Figaro*.) Información reproducida en *Médecine et Hygiène*, núm. 808, 17 enero, p. 58.

(37) En su artículo ya citado "El precio de un corazón", P. Magd, escribía, el 5 de enero: "Será necesario próximamente crear unos centros de cuidados especializados. Unos hombres vivirán en ellos. El corazón enfermo será mantenido en vida por medio de órganos artificiales "colocados" a su lado. Vigilados por un material electrónico, estarán en espera de un corazón nuevo. Unos enfermeros estarán día y noche a su cabecera. Al pie de su lecho, una hoja. La temperatura no se escribirá en ella. En lugar de ella, se podrá leer: "Señor X, ...grupo

“cuidados adaptados” cuya creación ha pedido el propio doctor Barnard. Entre otras dificultades que habrá que resolver, ésta es una de las que no puede ser descuidada. “Cuando se generalicen los trasplantes cardíacos —lo que parece inminente— ¿podremos contar con un número suficiente de elementos injertables? ¿No nos vamos a encontrar rápidamente ante los mismos problemas que en cirugía arterial, en la época en que se preconizaba la utilización de homoinjertos frescos? ¿No se debe prever la creación de bancos de corazón similares a los bancos de arterias? ¿No debemos centrar una buena parte de nuestros esfuerzos en la puesta a punto de procedimientos que nos permitan la conservación de los corazones? O, si esto resulta muy difícil, ¿no debemos confiar a los físicos —para los cuales los problemas sin solución parecen no existir—, la realización de prótesis cardíacas accionadas por fuentes de energía en miniatura y para las cuales no se planteará ningún problema moral o inmunológico?” (38). Desde hoy, en efecto, “el injerto cardíaco ya no es una tentativa, una experiencia, es un tratamiento médico”.

VI. ESCLARECIMIENTO DE LA POSICIÓN MÉDICA

Es ésta, por tanto, una opinión que está lejos de ser admitida. Al lado de la posición de espera prudente, pero positiva, de los sabios franceses (39), una posición todavía netamente negativa se ha expresa-

sanguíneo 0 positivo, grupo de tejidos núm. III AB, sobrevive desde hace dieciocho días”.—Un día, ese corazón llegará. En realidad no será extraído inmediatamente de un cadáver. Nada de eso, estará ya almacenado desde algún tiempo antes en el hospital. El tiempo para controlarlo, clasificarlo. Por eso no será refrigerado (los tejidos soportan bastante mal el frío prolongado). El órgano será provisionalmente implantado en un gran mono. Este animal asegurará, de cierto modo, un mantenimiento continuo del músculo. Depositario de vida, estará al servicio del hombre. Este sistema libraré a los cirujanos de una dificultad mayor y de un desequilibrio moral. Ya no serán así tributarios de un accidente mortal para salvar a un hombre. La terrible concordancia de tiempo será evitada de este modo...”.

(38) Profesor Hahn, en *Médecine et Hygiène*, núm. 807, de 10 de enero de 1968. “La médecine en marche”. Para el profesor Hahn, “son preguntas éstas a las que debemos de responder en los años a venir”.

(39) El “gran as francés de la cirugía cardíaca” (como se le ha llamado), el profesor Dubost, “resumía la situación” en fecha 9 de enero, “revelando que había prohibido a sus alumnos, por el momento, el repetir la experiencia de sus colegas sudafricanos y americanos”.

Post-Scriptum. Después, la situación se ha clarificado. Basta —porque así se debe hacer— con publicar sin comentarios este comunicado, transmitido desde París, el 23 de enero de 1968, al regreso de la misión francesa enviada a El Cabo. Los quince médicos franceses que acaban de pasar por El Cabo donde han tenido contactos con el profesor Christian Barnard y su equipo de Groote Shuur Hospital han regresado el domingo a París.

Evitando todo contacto con las personas que los esperaban en el aeropuerto del Bourget, los cirujanos y especialistas —que estaban desde luego protegidos por la policía— han remitido, sin embargo, una nota a la *Agence Française de Presse*. He aquí lo esencial de ese texto.

do en diversos lugares. Se puede comprender la reserva y los consejos de prudencia para evitar los accidentes en una especie de "carrera de obstáculos" y la toma en consideración de los riesgos excesivos, incluso en los casos de urgencia y con objetivo humanista elevado. El "Times of India" ha anunciado, el 17 de febrero, que un injerto de corazón se había practicado por el equipo quirúrgico de Bombay sobre un hombre de treinta y cinco años (al cual se había injertado el corazón de una joven de veinte años, muerta accidentalmente), y que el enfermo, sometido a este "sexto injerto de corazón practicado en el mundo desde el 3 de diciembre último", falleció algunas horas después a consecuencia de un edema pulmonar agudo.

En el Canadá, un cirujano del Hospital Universitario Alberta, en Edmonton (el doctor Calaghan), calificó el injerto de injustificado, en tanto no se puedan emparejar los tipos de proteínas y de células. En Puerto Rico, otro cardiólogo (el doctor Ramón Suárez) advirtió que hace falta "evitar una epidemia de trasplantes cardíacos". En los Estados Unidos, el profesor Lower, de la Universidad de Richmond (Virginia), que ha realizado él mismo experiencias sobre los corazones de perro, estima que "el injerto es extremadamente arriesgado y no debería ser intentado más que en los casos desesperados". En Alemania, el profesor Forssmann, Premio Nobel de Medicina en 1956, ha protestado "de una manera vehemente" y esbozado este cuadro: "En una sala, los médicos colocan un paciente sobre la máquina corazón-pulmones, mientras que simultáneamente, en una pieza contigua, un segundo equipo espera, bistorí en mano, alrededor de un joven que lucha contra la muerte. Estas gentes no están allí para ayudarlo. Excitados por el deseo, están allí para abrir su corazón sin defensa con el fin de salvar algún otro" (40).

Pero, "¿es de este modo como la cosa sucede?". Se comprende la "sensibilización" de los médicos y de los sabios alemanes preocupados

"Un grupo de cirujanos y especialistas franceses interesados en los trasplantes de órganos han ido a El Cabo de acuerdo con el Prof. Christ. Barnard

Todas las informaciones disponibles sobre el primer trasplante cardíaco y sus consecuencias le han sido comunicadas. Ha ocurrido lo mismo con la técnica operatoria y con el tratamiento post-operatorio del segundo operado, del cual han podido seguir cotidianamente la evolución.

Ha sido con paciencia, discreción y eficacia como han sido preparadas estas intervenciones cardíacas de alcance histórico.

Ellas son el resultado de un trabajo de varios años. Todos los problemas bían sido tomados en cuenta sobre el plano humano y moral, como igualmente sobre el plano técnico.

Los cirujanos y especialistas franceses se abstienen de emitir una opinión sobre el porvenir inmediato del trasplante realizado, conformándose así a la prudente reserva de los autores de la operación".

(40) Nos encontramos en el deber de referir, como recuerdo y para mostrar hasta que punto el debate puede ser falseado, ciertas acusaciones injuriosas asimilando el injerto humano practicado con tanto cuidado y tantas garantías, a fin de tratar de salvar a unas personas en peligro de muerte, a la obra de los médicos-verdugos y martirizadores de los "campos de la muerte" que se "acercasen a los vivos para arrancarles el corazón".

y traumatizados por los experimentos “seudo-médicos” practicados en los campos y en ciertos hospitales por los “nazis”. Pero a esta visión de una especie humana de buitres “inflamados por un deseo”, alrededor de un cadáver que tienen prisa en despedazar, ¿no es más equitativo el remplazarla por otra —que corresponde a la realidad—: la de un equipo de hombres “vestidos de blanco” y únicamente preocupados, con toda la intensidad de su saber y su devoción, de “salvar a alguien”, de “transmitir la vida” a otro ser humano?

Parece que el problema, desde el punto de vista de la ciencia y de la deontología médica, haya sido más razonablemente resuelto por los propósitos llenos de moderación del profesor Félix Rapaport, especialista eminente del trasplante renal, que ha dado su aquiescencia a los injertos humanos practicados en Africa del Sur y en los Estados Unidos, estimando que, después de unos años de investigación y de experimentos, y en el punto en que se encuentran las técnicas modernas de la cirugía especializada y de la inmunización, “la idea del trasplante cardíaco estaba suficientemente madura para pasar a la realización”. Este juicio toma todo su peso cuando se sabe que, en la aplicación del procedimiento de injerto renal utilizado por el profesor Rapaport “los porcentajes de supervivencia, en el curso de los dos últimos años, han aumentado del 20 al 65 por 100; que en ciertos casos, en los que los fenómenos de rechazo se habían manifestado, ha sido posible, dosificando cuidadosamente medicamentos y radiaciones, el combatir con éxito la tendencia del organismo”, y, en fin, que utilizando el procedimiento de análisis de los tejidos debido a Jean Dausset, el profesor Rapaport “ha realizado el pasado mes el primer trasplante de un riñón, proveniente de un cadáver, sobre una joven de diecinueve años, que se restablece tan bien que podrá dejar el hospital la semana próxima”.

Por lo tanto, la controversia está lejos de haberse terminado. Según un artículo publicado por la Prensa soviética y del cual apenas acabamos de enterarnos, el doctor Boris Petrovsky, ministro de Sanidad de la URSS, ha emitido la opinión de que “según toda apariencia, el joven mestizo Haupt estaba vivo cuando se le extrajo el corazón para ser injertado. Numerosos elementos muestran que el corazón latía cuando se extrajo para el trasplante, lo que no puede justificarse: La vida es la vida”. Por otra parte, el doctor Barnard es acusado de “entregarse a experimentos sobre sus pacientes” (41). El primer

(41) *Post-scriptum*. En su gira de visitas médicas y entrevistas científicas en Europa, el Dr. Barnard ha puesto claramente las cosas en su punto. En una declaración hecha al periodista Günther Gaus, en Baden-Baden, que le interrogaba para la televisión alemana, este problema *del momento de la muerte* ha tenido amplio lugar en la entrevista recogida por el “Südwestfunk”: Mis dos donantes —ha afirmado el Dr. Barnard— estaban muertos antes del comienzo de la operación de trasplante. Habían sucumbido a lesiones cerebrales”. La muerte fue certificada no por su equipo, sino “por los médicos mismos que habían cuidado a los enfermos a causa de sus lesiones”. El Dr. Barnard ha reconocido “que había vuelto a poner en funcionamiento el corazón y los pulmones

hombre con el corazón injertado, Louis Washkansky, "hubiera podido vivir más tiempo con su corazón original que con el órgano injertado: ¿Cuánto tiempo hubiera vivido con su antiguo corazón? ¿Un mes o dos? El corazón injertado no ha funcionado más que durante dieciocho días". Aun reconociendo que el doctor Barnard "es un cirujano valeroso y lleno de talento", el doctor Petrovsky plantea la regla de que "ningún cirujano debe ser valeroso a costa de sus pacientes".

Pero ¿está exactamente ahí el problema o el dilema esencial? No se trata exactamente de saber si el donante fatalmente condenado hubiera vivido —aunque fuese en coma prolongado— algunos días más, sino de si el receptor condenado, salvo en el caso de un injerto hecho seriamente y con resultado positivo, puede vivir y recobrar la salud gracias al corazón prestado del "muerto intelectualmente", a quien

de los donantes. Pero que era imposible devolver la vida a estos últimos, porque estaban muertos a causa de sus lesiones cerebrales. Los donantes han sido "conectados" al aparato de reanimación esencialmente para que sus corazones no se perjudicasen con el cese de la circulación sanguínea". Pero la cuestión es también el saber "si la posibilidad de un falso diagnóstico con respecto a la muerte efectiva de los donantes estaría excluido". El interrogador recordaba que el profesor Forssmann, premio Nobel de Medicina, había "citado dos casos de vuelta a la vida por reanimación en las condiciones de muerte establecidas, como fue el caso en El Cabo: no había ya reflejos, ni respiración, ni actividad cardíaca". El Dr. Barnard ha respondido del modo siguiente: "Todo hombre puede cometer un error. Somos seres humanos y tenemos nuestras debilidades. Pero quisiera ver al paciente adulto que fuera capaz de restablecerse completamente, cuando su circulación sanguínea está interrumpida, su corazón parado y que su cerebro no está irrigado, todo eso durante cinco minutos, a temperatura normal. En este caso el cerebro ha sufrido tales daños que no puede funcionar de nuevo. Creo que la opinión pública debe tener confianza en el médico y admitir que éste hará todo para evitar errores". Es desde luego médicamente incontestable que son los grandes traumatismos craneanos con lesiones del cerebro los que, desde este punto de vista, son "los más favorables" y dan las mejores garantías contra los errores.

¿Y cómo en fin ver la situación, el papel del médico y los límites de su deber en el caso de un hombre mantenido artificialmente en vida durante semanas gracias a un aparato respiratorio, cuando su cerebro ha sufrido graves daños considerados como irreparables? ¿El médico tratante debe o puede parar el aparato? "Sí —ha respondido el Dr. Barnard—, yo creo que debe pararlo. El deber del médico es el de proseguir el tratamiento hasta el momento en que adquiere la convicción de que ya nada puede hacer por el paciente. En tal momento su tarea termina. Los cirujanos de corazón se encuentran en la obligación de tomar tal decisión con frecuencia." Al comienzo de la entrevista, el Dr. Barnard ha afirmado también "que nunca había tenido duda respecto al injerto de corazón: Estoy persuadido —ha dicho— que nuestro trabajo será coronado por el éxito y que esta operación se convertirá a fin de cuentas en una rutina. El injerto de corazón no ha sido un experimento. En los dos casos estábamos convencidos de que lograríamos trasplantar el corazón de un paciente a otro enfermo y que volveríamos a poner el órgano en marcha."

En lo que concierne a todas las objeciones que han sido hechas al profesor Barnard en la recepción que se le dio en París y sus entrevistas con los médicos especialistas que le interrogaron, ver el informe del Dr. RENTCHNICK: "El profesor Barnard me ha dicho...", en *Médecine et Hygiène*, núm. 811, de 7 de febrero de 1968, p. 144 y s.

ya no podía “humanamente” servir. Los “cálculos de posibilidades” falsean la cuestión y pueden hacer correr el peligro de paralizar totalmente el progreso legítimo y esperado por millones de enfermos futuros. ¿Con respecto a cuál de los dos pacientes se demuestra el “coraje”?, y ¿“a costa de cuál de ellos” se ejerce? ¿A costa del “muerto intelectualmente”, que no podría ser salvado y del que se retiene artificialmente “el último suspiro”, o del “vivo fisiológicamente”, que puede ser salvado, y del que, desde luego, es menester intentar prolongarle la vida con serias razones de éxito y de esperanza? Un cirujano francés había planteado como un postulado que no sería legítimo practicar un injerto de corazón sin una probabilidad de vida de un año aproximadamente. Pero ¿quién puede dar tal seguridad, y acaso la exige alguien, cualquiera que sea la operación, en un estado que se considera desesperado? Los profesores más hábiles y distinguidos que —en Francia— han hecho con éxito los primeros injertos de riñón humano, ¿estaban seguros de que semejante margen de certeza justificaba su madurada audacia al diagnosticar? (42).

Como quiera que sea, *para el jurista* y para todo profano en la materia, el problema médico parece hoy resuelto sin vuelta atrás posible, según todas las recientes manifestaciones de los médicos franceses más autorizados, de los cuales hemos señalado ya anteriormente su gran prudencia, e incluso (respecto de alguno de ellos) la reticencia en la materia, en el deseo tan legítimo, de no ver, por una emulación temeraria y precipitada, “a un equipo francés participar en una cierta carrera hacia el éxito” (43). En efecto, en las declaraciones bien medita-

(42) *Post-Scriptum*. En la conferencia que el profesor Barnard ha pronunciado, el 3 de febrero de 1968, en el curso de su visita a París, en la Sociedad de cirugía torácica —en la que “los grandes maestros de la cirugía que estaban presentes se pusieron en pie para ovacionarle cuando entró en la sala”— nuevos aplausos resonaron cuando, a la pregunta: “¿Qué probabilidad de vida concede usted al corazón trasplantado?”, contestó, con una simplicidad que no hubiera desmentido Pasteur, que también fue muy combatido: “¿Qué probabilidad conceden ustedes a un hombre el que acaban de operar de un esófago canceroso?”

Para las precisiones sobre esta sesión, ver la referencia del Dr. RENTCHNICK, “El profesor Barnard me dijo”, en *Médecine et Hygiène* del 7 de febrero de 1968, p. 144. A partir del 31 de enero (núm. 810, p. 120, editorial), sobre la base de documentos irrecusables publicados en el *South African Medical Journal* y de sus declaraciones tan claras hechas por la misión francesa a su regreso de El Cabo, el mismo médico había escrito: “¿Por qué entonces este escepticismo, estas entrevistas ridículas, estos comunicados? Como lo ha dicho recientemente J. Hamburger y Ch. Dubost, el escepticismo o la oposición sistemática no nos parecen una actitud defendible. Se arriesga el retrasar el desarrollo de métodos capaces de salvar de la muerte a unos hombres en peligro, nuestro deber es ser a la vez razonables y audaces.”

(43) Pero los reproches de temeridad o de ligereza, de espíritu de aventura y de publicidad y no de espíritu científico, dirigidos al operador y al equipo de El Cabo antes de la puesta en claro sobrevenida cuando se tomaron el trabajo de informarse seriamente, no estaban ciertamente justificados. *Médecine et Hygiène*, había puesto la cuestión al día desde el 17 de enero (núm. 808, p. 58): “Estos injertos de corazón se han experimentado desde hace tiempo en el perro, y el Dr. Normann Shumway es un maestro de esta técnica que él mismo ha

das, hechas el 13 de enero, después de la salida para El Cabo de los médicos franceses y de la emisión televisada en cuanto a los "límites de la vida" en la cual él había participado, el profesor de Vernejoul, presidente del Consejo Nacional de la Orden de Médicos, en pleno acuerdo con los maestros en la materia, que son los profesores Dubost y Hamburger, ha puesto, a nuestro juicio exactamente, todas las cosas en su punto. Con toda justicia, estimaron ellos, "hay que rendir homenaje a los médicos de El Cabo; los ataques de que han sido objeto no son justos (44). Han tenido algo más que fracasos. Se les puede re-

puesto a punto. Numerosos cirujanos del mundo entero —entre ellos el profesor Barnard— han ido a Palo Alto para estudiar esta técnica en el perro. Acusar a estos cirujanos de ser "unos acróbatas", como lo ha hecho un eminente cardiólogo francés, es injusto. Se trata de cirujanos hábiles, menos personales y egocéntricos que los antiguos grandes ases de la cirugía. En realidad, estos cirujanos tienen el mérito de haber constituido unos notables equipos quirúrgicos, cuyos miembros son afectados a responsabilidades precisas. El espíritu crítico está muy desarrollado en estos equipos y no es sin reticencia moral o intelectual, y después de numerosas discusiones oficiales o privadas como estos hombres —en la plenitud de sus facultades— toman unas decisiones tan capitales que modifican el cuadro de acción de la medicina y de la cirugía contemporáneas" (Dr. Rentschick).

(44) El profesor Barnard ha respondido a esto, directa y públicamente, el 14 de enero, en el curso de una entrevista concedida a la televisión sudafricana. "Yo no creo —ha dicho— que hayamos logrado un trasplante de corazón, porque para lograrlo, es necesario estar en situación de permitir al paciente salir del hospital y volver a su casa para llevar una vida relativamente normal". (Era el día en que, por primera vez, después de su operación, Philip Blaiberg había sido autorizado a sentarse —en una silla esterilizada— para comer.) "Pero hemos mostrado hasta el momento que el corazón puede ser trasplantado y que en el curso del período post-operatorio inmediato el corazón trasplantado funcionará bien." El Dr. Barnard ha indicado igualmente que las dos operaciones de trasplante cardíaco practicadas por su equipo "les habían enseñado a distinguir por una parte un deterioro del corazón debido a un fenómeno de rechazo del órgano, y de otra parte, un deterioro debido al propio trasplante; y esto es muy importante —subrayó él—. En el caso del primer paciente, hemos interpretado equivocadamente una deficiencia del corazón como un fenómeno de rechazo". De acuerdo con lo que se sabe, y en el estado actual de nuestros conocimientos, el período peligroso de rechazo no desaparece nunca completamente, pero el peligro es menor a medida que el tiempo pasa (y quince días habían pasado en este momento). Un fenómeno de rechazo debe desde luego poder ser descubierto más fácilmente para un corazón injertado que para un riñón. En cuanto a prevenir el trasplante del corazón de un animal sobre un ser humano, es demasiado pronto para preverlo: "El órgano sería rechazado algunas horas después de la operación". No se había elegido ningún otro enfermo para una nueva operación: "Veremos con arreglo a los progresos hechos por el segundo operado, si los problemas ante los que nos encontramos son superables o si no podemos resolverlos todavía". Ha añadido que su equipo operaría "el primer enfermo que se presentase y que tuviese necesidad de un trasplante, y que no tenía ninguna importancia que fuese blanco, negro o mestizo". Deseaba "operar una deficiencia cardíaca muy extendida en los Bantús (la miocarditis), pero si se presenta un enfermo con una deficiencia coronaria, lo aceptaremos". Para él (en espera del corazón artificial) la buena solución actual está, no en el cambio de un órgano salvo en los casos extremos, sino en el cambio de las válvulas o la reparación de las arterias por medio de "prótesis" de materia plástica, de las cuales precisamente el Hospital de El Cabo ha hecho los primeros ensayos de utilización.

prochar quizá el haber ido un poco deprisa, pero su trabajo nos servirá". Los cirujanos franceses, en lo que les concierne, "están alejados de toda competición: gracias a su experimentación prolongada, están en condiciones de pasar del animal al hombre el día en que, en colaboración estrecha con los cardiólogos y biólogos, estimen suficientes sus probabilidades de éxito" (45). En efecto, "consideran —ya desde ahora y en adelante— el injerto de corazón como un método terapéutico cuya técnica está bien afinada y cuyo éxito puede ser asegurado al igual que para los trasplantes renales" (46). Pero, para ellos, subsisten, sin embargo, dos problemas: los que se plantean en la elección del enfermo y los que se plantean para la elección del órgano. Las reglas a seguir han sido claramente formuladas por esos maestros respetados y deberían, al parecer, codificarse para asegurar su aplicación general, lo que podría hacer perfectamente la Organización Mundial de la Salud. Pero una vez que las reglas estén bien establecidas y la situación clasificada, debe entenderse que estas terapéuticas podrán ser practicadas —mediante las garantías establecidas y adaptando las disposiciones legales nacionales en caso necesario— "con la cabeza alta", tanto por el cardiólogo como por el inmunólogo, y no sumidos en esa especie de "clandestinidad" nociva para su obra y molesta igualmente para su persona (47).

(45) Ver, sin embargo, las reservas muy acentuadas y las críticas —y, más todavía, los reproches— del profesor Lenègre sobre todo, en el artículo de Marc. HEIMER: "La bataille du coeur. Le cri d'alarme des trois grands patrons français. Le bilan scientifique et moral des ces cinq semaines qui ont bouleversé l'opinion", entrevista con los profesores Soulie et Lenègre (campo médico), y Dubost (campo quirúrgico), "la trilogía que domina la ciencia francesa del corazón", *Paris Match* del 20 de enero de 1968, núm. 980, p. 26 a 29, y 65-66.

(46) El 28 de enero, el día mismo en que en su exposición difundida por el *Südwestfunk* en Alemania, el Dr. Barnard observaba con fuerza y no exento de razón, en su conclusión: "Si unos colegas critican el injerto de corazón, deben hacerlo igualmente con respecto a los trasplantes del riñón o de hígado" (que están admitidos), se hacía saber desde El Cabo: "Jonathan van Wyk, el joven mestizo de diez años que había recibido hacía dos meses un riñón de la señorita Darvall, ha sido operado de nuevo en el Hospital Karl Bremer. Los cirujanos le han trasplantado el riñón de un joven negro de doce años, Carolus von Schakywyk. El estado del joven mestizo es satisfactorio." Así que, si este estado se mantiene, un niño vivirá de hoy en adelante con dos riñones extraños. ¿Quién no desearía que se realizase, trasladada a nuestro siglo, la máxima del viejo Ambroise Paré, que tan bien da la medida de las cosas?; "Yo lo curo. Dios lo sana..."

(47) He aquí el texto exacto de la importante toma de posición y de la puesta a punto de estos especialistas:

a) La elección del enfermo a quien se ha aconsejado una operación semejante plantea un caso de conciencia que solamente un "consejo" de cardiólogos, de biólogos y de cirujanos pueden resolver. El empleo de nuevos métodos comporta, sin dudarlo, un riesgo, pero es necesario, además, que el grado de peligro corrido sea recomendado, para una afección rebelde a toda tentativa terapéutica, por el estado desesperado del enfermo. Este debe, ciertamente, dar su consentimiento; su deseo expreso de ser operado, si es necesario, no parece suficiente,

b) La extracción del órgano a injertar plantea a la vez un caso de concien-

VII. ESCLARECIMIENTO DE LA POSICIÓN MORAL

Pero una vez debidamente regulado el problema médico, el problema moral, ético, debe recibir también su solución admitida de modo general y satisfactorio. Porque aquí, tanto como en el dominio precedente, las controversias se han sucedido, y la inquietud de los unos aumenta al mismo tiempo que la intransigencia de los otros. El tono de la discusión corre el riesgo de elevarse, y ya se sabe que no hay nada más difícil de calmar después que las "controversias de los filósofos" y las "disputas de los teólogos", ésto dicho con todos los respetos que les son debidos.

a) Esto se ha podido constatar en el momento de la clausura del centésimo Congreso de cirugía de Alemania del Norte, que tuvo lugar a fines de diciembre de 1967 en el gran anfiteatro de la Universidad de Hamburgo (48). El principal orador, el profesor Thielicke, teólogo, acogido con sarcasmos, pasó grandes fatigas para dar su conferencia sobre los problemas éticos que plantea la medicina moderna, y para sacar conclusiones seguras. Evocó "algunos problemas fundamentales a los cuales la terapia moderna, que ha experimentado un gran desarrollo, no ha sabido responder todavía". La cuestión de saber "si el médico puede y debe hacer todo lo que la técnica moderna le permite" ha hecho surgir unas discusiones apasionadas en el curso de los grandes congresos médicos de estos últimos años (49). El médico no puede atribuirse por sí sólo la responsabilidad de decidir "donde se detiene

cia y un problema de legalidad. La extracción no puede ser efectuada más que sobre un enfermo que ha dejado de vivir:

— Sea sobre un enfermo cuyo corazón parado permite el afirmar su fallecimiento;

— Sea en el caso de un enfermo cuyos latidos de corazón y los movimientos respiratorios estén solamente asegurados de modo artificial. Es después de la muerte de estos enfermos, certificada por varios médicos y afirmada por el cese prolongado de toda actividad cerebral, como se hace posible la extracción de los órganos. Se trata entonces de un acto científico que debe salir del marco de la clandestinidad y está condicionado por la autorización de la familia.

c) En fin, en el caso del consentimiento y según la opinión del presidente del Consejo Nacional de la Orden de Médicos, "el cirujano debe operar con conocimiento de todos. Pero será necesario igualmente el lograr una modificación de la ley francesa. Esto va por buen camino".

(48) Ver, en la *Tribune d'Allemagne* de 13 de enero de 1968, núm. 210, p. 9 "El corazón cogido en el círculo vicioso de la Medicina. Reflexiones de un teólogo en cuanto a la muerte clínica" (artículo publicado en *Stuttgarter Zeitung* de 20 de diciembre de 1967).

(49) En el curso de un coloquio organizado por la Fundación CIBA en 1962, en Londres, "los médicos han esbozado la visión de una supercivilización en la cual los ordenadores electrónicos abrirían unas perspectivas terapéuticas absolutamente fantásticas". Todas las cuestiones evocadas aquí y muchas otras (cuya conclusión es que el capital genético del hombre es insuficiente para permitirle la vida en un medio que no es más que el producto de su inteligencia), han sido tratados y pueden ser resumidos por el interrogante: "¿Hasta dónde llega lo humano?"

la cirugía *ultra-radical*". Porque los problemas que hace surgir esta cuestión desembocan en la moral a causa de los principios que pone en tela de juicio.

La técnica ha hecho tales progresos después de la última guerra mundial "que es necesario en efecto preguntarse, cada vez más seriamente, si las funciones biológicas salvaguardadas por medio de aparatos modernos están todavía ligadas a la personalidad del sujeto", y "dónde se encuentran los límites de lo humano. ¿Se puede aún hablar de existencia humana cuando las funciones biológicas han podido conservarse y la personalidad se ha extinguido totalmente?". Por otra parte, un cierto número de enfermos padeciendo una afección grave o hereditaria son mantenidos en vida gracias al arte de los médicos y a los descubrimientos de la industria farmacéutica: "Estos transmiten sus taras hereditarias a la generación siguiente de lo que resulta una *selección negativa*. Las taras se multiplican en sus descendientes. De este modo, si bien el médico ayuda al individuo hace, en cambio, pesar una carga importante sobre sus sucesores": ¿Se tiene el derecho de intervenir "para modificar la labor de la naturaleza y conseguir un alivio momentáneo que puede tener consecuencias nefastas sobre la descendencia?".

El teólogo se ve así enfrentado con el grave problema del reemplazo de órganos: Desde el punto de vista médico se plantea, además, ya se ha visto, la dificultad importante de los "obstáculos inmunológicos opuestos por la naturaleza"; pero sobre el plano ético "las concepciones son más atrasadas con relación a los descubrimientos científicos": tenemos como prueba de ello el que "numerosas personas que pertenecen a algunas sectas religiosas se oponen por ignorancia a la transfusión sanguínea, incluso cuando su vida está amenazada, porque están convencidas de que ello podría transformar su ser". Además, cada trasplante de órgano o el empleo de un corazón-pulmón o el de un riñón artificial, llevan consigo grandes gastos que pocos enfermos pueden soportar; el médico se encuentra así "de nuevo colocado ante un dilema que es menos de orden profesional que moral: ¿A quién ayudar? ¿Se deberá escoger entre las personas que tienen un valor en cuanto a su existencia y las que no lo tienen para la comunidad? Se confía bruscamente al médico el papel de un juez que decide entre la vida y la muerte de sus pacientes, un papel para el que ciertamente no está preparado" (50).

(50) El profesor y pastor Thielicke "estima, por su parte, que no hay más que una sola salida: el médico sufrirá con esta situación y reconocerá que no hay solución para su problema. El consejo es quizá reconfortante para el teólogo —dice el comentario—, pero no sirve en absoluto para el médico o el cirujano".

Post-Scriptum. Según un telegrama de Washington, de 10 de marzo, el profesor Barnard, escuchado por una comisión del Senado americano a propósito de la reglamentación prevista en los EE. UU (de la que volveremos a hablar en la II parte de este estudio, para nuestras conclusiones finales) ha respondido muy claramente a la pregunta: "¿Cuál enfermo elegir si varios cardíacos necesitan la operación y si no hay más que un corazón disponible?" "El que más necesidad

Una situación análoga se presenta —añadía esta exposición— en los casos de trasplante de órganos "puesto que no existe todavía, a la hora actual, ninguna definición satisfactoria de la muerte fisiológica": cuando se quiere practicar un trasplante de órganos es necesario que estos últimos estén todavía "frescos"; pero los límites que separan la vida de la muerte se hacen cada vez más borrosos. Hasta una época reciente se consideraba todavía la detención del corazón como un criterio infalible de fallecimiento. Hoy se recurre al electroencefalograma. La persona fallecida se convierte, en cierto modo, en una "conserva de vida" cuyos órganos pueden ser vueltos a utilizar después de su propia muerte para salvar otras existencias humanas. ¿Cómo conciliar estas contradicciones o hacer desaparecer esas dudas, desde el punto de vista de las exigencias de la ética?

Ante estas dificultades se comprenden las opiniones vacilantes o contradictorias de los moralistas y de los teólogos. Es así como en el curso de una conferencia de prensa, el obispo auxiliar de Méjico (Monseñor Orozco Loneli) ha declarado —según las noticias de agencia del 13 de enero— que "en las circunstancias presentes, la Iglesia Católica tiene por inmoral el injerto de corazón, y que ciertos médicos comparten esta opinión", porque los trasplantes de órganos "deben de ser hechos con una certeza absoluta de ver salvar una vida". Los médicos que han emprendido desde ahora estas operaciones deben, en consecuencia, "perfeccionar primero el sistema en laboratorio sobre animales y no sencillamente prolongar la agonía de los enfermos". No es, por el contrario, inmoral para un moribundo el autorizar la extracción de órganos de su cuerpo.

En Suiza, un biólogo (el Dr. Castelli) ha presentado también, en enero de 1968, después de la operación de El Cabo, unas "observaciones morales sobre el injerto de corazón en el hombre" que plantean claramente la cuestión, no por parte del teólogo, sino del profesional creyente (51). Partiendo del hecho de que "el año 1967 ha sido marcado por la empresa temeraria intentada por el equipo de médicos sudafricanos dirigido por el profesor Barnard, que practicaron el injerto de corazón *in corpore hominis vivo*", el biólogo reconocía que "el mundo entero ha sido impresionado por tanta osadía al mismo tiempo que maravillado por la minucia técnica y científica con que han procedido los médicos de El Cabo". Pero, desembarazando este acontecimiento de toda la hojarasca con la cual los periódicos, los

tenga, *el más enfermo*, sin entrar en consideraciones sobre el mérito o la importancia social de los enfermos". En cuanto a la responsabilidad de la decisión a tomar, el Dr. Barnard ha estimado: "Son los médicos los que deben tomar la decisión de injertar o no un nuevo corazón a un enfermo, el público no está calificado para hacerlo". En cuanto a saber "si un donante eventual podría opinar sobre la elección del beneficiario", la respuesta ha sido: "El donante no tiene los conocimientos necesarios para hacerlo".

(51) Comunicación hecha a *Médecine et Hygiène*, núm. 810, de 31 de enero de 1968, p. 113. El autor se refiere a la obra: *Pie XII. "Discorsi ai medici"*. Ed. *Orizzonte medico. A cura di S. E. Mons. Angelini, 1960.*

fotógrafos y la televisión rodean ordinariamente en nuestra época todo descubrimiento de la técnica y de la ciencia”, se llega a la cuestión esencial: “Los conocimientos de la ciencia, hoy *in vivo* en el dominio de los injertos, ¿ofrecen todas las garantías morales suficientes para que se pueda declarar lícito el método aplicado?”. Si se reflexiona en lo que la ética y las leyes positivas mismas imponen a los farmacéuticos y a los químicos que traten de utilizar en terapia humana una nueva preparación, y si se tienen en cuenta “los efectos desastrosos de la tristemente famosa talidomina, debidos a una experiencia insuficiente de la toxicidad crónica”, no se puede eludir esta cuestión.

Buscando la respuesta en los “tres principios” que el Papa Pío XII había expresado en un discurso pronunciado el 14 de septiembre de 1952 en el Primer Congreso de histopatología del sistema nervioso—principios que justifican a los ojos de la moral el empleo de procedimientos nuevos, de tentativas y de métodos terapéuticos nuevos— el Dr. Castelli emite la opinión siguiente:

1.º Desde el punto de vista de la ciencia médica “puede ocurrir que un método no pueda ser empleado sin dañar el derecho de terceros. En ese caso, incluso si se tiene por objetivo el hacer progresar la ciencia, tal método no es moralmente admisible”, según Pío XII. Por consecuencia, el consentimiento previo del paciente “no puede evidentemente justificar la licencia de la operación”, puesto que “un hombre no puede conferir al médico un derecho que él no posee y ya que nadie puede disponer de su propia vida según su libre antojo”. El paciente de El Cabo “no ha podido en ningún caso ceder este derecho a los cirujanos”.

2.º Desde el punto de vista del interés del enfermo—otro principio— mientras que un método terapéutico no está corroborado por experiencias hechas en el animal “suficientemente numerosas y prolongadas en el tiempo—tales como las que hubiera hecho falta intentar en el caso de la talidomida—su aplicación no puede ser admitida como hecha en interés del enfermo”. Por tanto, “No se puede con certeza afirmar que la intervención intentada por el Dr. Barnard sobre el paciente, y que ha costado la vida a éste, haya sido practicada en su beneficio”.

3.º En fin, en cuanto a la exigencia del *bonum commune*, o sea, del interés de la comunidad, del mismo modo que no se pueden lanzar nuevos productos en farmacopea sin haber establecido anticipadamente la “dosis letal” y la “toxicidad crónica”, del mismo modo “aparece que no se puede considerar como lícita la aplicación de nuevos métodos (en cirugía cardíaca e inmunología), en tanto que no hayan sido objeto de todas las observaciones previas que impone la prudencia y la ley misma. Hacer investigación, por muy positivo que

pueda ser el resultado final, sin consideración al derecho de la persona humana (a la que no se debe utilizar nunca como instrumento, por grande que sea la utilidad), equivaldría, en un cierto sentido, a hacer pasar como conforme a la moral la actividad de ciertos cirujanos nazis de triste recuerdo".

Es verdad, añade a renglón seguido, esta nota del biólogo sobre las "observaciones morales" a propósito del injerto, que es posible —hoy se confirma como cierto— que la "primera" de El Cabo "haya estado precedida de observaciones suficientes para que se considere la aplicación del método como conforme a la moral". Pero la cuestión en sí permanece. Y si la "agitación publicitaria" hubiese sido precedida de "*comunicaciones científicas*", poniendo de manifiesto que en los laboratorios de fisiología experimental de alguna Universidad viven, desde hace cuatro, seis o diez años, mil perros o mil cobayas que hubiesen sido injertados de corazón, la autorización moral del nuevo método aplicado a un sujeto humano aparecería cuando menos discutible, y la temeridad de los médicos sudafricanos nos parecería tanto más admirable cuanto que la sabríamos respaldada por una conciencia moral que no hubiera sacrificado las exigencias superiores al mecanismo positivista".

b) Ahora bien, si como dice el lenguaje popular, siempre rico en imágenes, "es más seguro dirigirse a Dios que a sus santos", se puede estimar contestable la opinión fundamental sobre el principio de que el injerto de corazón estaría hoy falto de base moral. Esta opinión *ha sido rebatida con argumentos decisivos* por una autoridad religiosa como el R. P. Riquet, en un artículo de 10 de enero sobre la "Moralidad del injerto" (52), fundándose él mismo sobre un escrito del órgano del Vaticano, "l'Osservatore Romano" de 8 de diciembre, titulado "Los injertos y el orden moral". Este artículo planteaba precisamente la cuestión de saber si los trasplantes de corazón eran lícitos y hasta qué punto, y reconocía que "la pregunta es angustiosa"; "porque la vida es don de Dios del que el hombre no tiene más que el usufructo". Sin embargo, el Papa Pío XII, en otro de sus discursos a un congreso de médicos, el 30 de septiembre de 1954, ha trazado también ya las grandes líneas de la respuesta, según la cual, en los casos desesperados, cuando el enfermo parece perdido y si no existe todavía un medio último de curarlo que tenga alguna posibilidad, incluso mínima, de éxito, se debe admitir que el médico pueda, con la autorización explícita o tácita del enfermo, proceder a un tal tratamiento. Pero tres condiciones son indispensables: la urgencia de la intervención, "algunas posibilidades de éxito" y el consentimiento del enfermo.

(52) El R. P. Riquet ha sido invitado a un debate sobre esta cuestión en la televisión francesa con el profesor Amiel. Su opinión ha sido publicada en *Le Figaro* de 10 de enero de 1968. Ha sido también reproducida en *Médecine et Hygiène*, núm. 808, de 17 de enero.

A tenor de la cita anteriormente señalada, la doctrina ha sido fijada, en cuanto al empleo de nuevos métodos, como sigue:

“Antes de autorizar en moral el empleo de nuevos métodos, no se puede exigir que se excluya todo peligro, todos los riesgos. Esto está más allá de las posibilidades humanas, paralizaría toda la investigación científica seria y redundaría con frecuencia en detrimento del paciente. La apreciación del peligro debe ser dejada en esos casos al juicio del médico experimentado y competente. Hay, sin embargo, un grado de peligro que la moral no puede permitir. Puede ocurrir, en los casos dudosos, cuando fracasan los medios ya conocidos, que un método nuevo, todavía insuficientemente ensayado, ofrezca, al lado de elementos muy peligrosos, posibilidades apreciables de éxito. Si el paciente da su conformidad, la aplicación del procedimiento en cuestión es lícita.”

Así, *Roma locuta est*, y la causa debería considerarse juzgada. El R. P. Riquet observa desde luego que las autoridades religiosas, tanto las de Roma como las de El Cabo, no han discutido la legitimidad del procedimiento en el momento de la operación practicada por el profesor Barnard y sus colaboradores. Para el moralista, para el teólogo, nada en su opinión “parece prohibir el tomar de un cuerpo humano cuya muerte es cierta un órgano cuyo injerto sobre otro organismo ofrece a éste una posibilidad inesperada de sobrevivir. No se priva al uno de ninguna posibilidad real de prolongar la vida, sino que se hace beneficiar al otro de una ocasión suplementaria. El respeto de la vida aparece por consiguiente salvaguardado de manera integral”. También “cuando es cierto que se encuentran ante un caso de coma sobrepasado que excluye toda posibilidad de una vuelta a la vida consciente y a funciones vitales espontáneas, no obstante mantenerse artificialmente una circulación corazón-pulmones, *se puede legítimamente considerar que el ser humano ha cesado de vivir* y que se puede interrumpir esta circulación artificial y disponer de los órganos subsistentes”. Lo cual, por otra parte, no se puede hacer, y todos están de acuerdo sobre ello, “sin que aquel de quien se utilizan los órganos, o en su defecto su familia, hayan previamente dado su consentimiento. Nuestro cuerpo es nuestro, nadie puede disponer de él sin nuestra autorización válidamente expresada o, en los casos extremos, razonablemente supuesta”.

En cuanto al otro problema moral, es decir, al riesgo corrido por el que *recibe* el corazón o el riñón extraño, lo que está excluido de peligro para él, no hay nada que objetar sobre ello: “Toda nueva terapéutica, toda intervención quirúrgica inédita lleva en sí riesgos más o menos grandes. Tales ensayos son legítimos en tanto en cuanto se presenten como lo mejor, es decir, como el solo medio de salvar una vida humana en gran peligro. Está bien entendido que la experiencia

sobre el animal deberá preceder al ensayo sobre el hombre, y este ensayo deberá rodearse de todas las precauciones necesarias para asegurar el éxito de la tentativa, cuyo primer objetivo es el de salvar la vida del hombre, más aún que la de ejecutar con éxito una experiencia espectacular."

Pero nada permite pensar que el profesor Barnard y su equipo hayan ignorado estas graves recomendaciones: "En la conciencia lúcida de los riesgos corridos, pero también en la experiencia adquirida por una serie de ensayos felices y de un conjunto, pacientemente realizado, de condiciones favorables, se han lanzado a una aventura que solamente el auténtico amor al hombre justifica y transfigura. Como decía Hipócrates: "donde se encuentra el amor al hombre, allí se encuentra el amor al arte".

El R. P. Riquet ha confirmado, una vez más, estas conclusiones en la comunicación que ha presentado a la Academia de Ciencias Morales y Políticas el 19 de febrero de 1968, sobre el "injerto de corazón" y "la persona humana". Ha querido, dice un comentario, "hacerse eco de las reflexiones de numerosos médicos de los que ha sido durante treinta y siete años, en la "Conférence Laënnec", al igual que en el "Centre Catholique des médecins français", el confidente y el consejero espiritual". Haciendo referencia a la doctrina de Pío XII, ha estimado:

"No hay acción sin riesgo y la abstención puede ser también una imprudencia, incluso un crimen, frecuentemente también una cobardía. Se trata en este terreno de proporcionar el riesgo a la gravedad del mal del cual se trata de salvar o de preservar al hombre. La posibilidad, aun arriesgada, de salvar, justifica el riesgo de abreviar una vida ya condenada...

Por tanto, en El Cabo, nada permite insinuar que la indiscutible proeza quirúrgica se haya cumplido a costa de aquellos que habían aceptado, desde luego voluntariamente, el riesgo. Les ha procurado una supervivencia que, aunque haya sido breve, ha devuelto a uno de ellos la euforia y la lucidez que sin ella no tenían ninguna posibilidad de recuperar (53). Un tal resultado, aumentado por un éxito técnico

(53) *Post-Scriptum*: 17 de marzo de 1968. Otra fecha histórica: El profesor Barnard ha autorizado al Dr. Philip Blaiberg a abandonar la habitación esterilizada en la que ha pasado dos meses y medio en el Hospital de Groote Schuur, para volver a su domicilio, con su esposa. Sonriente, el "beneficiario del milagro de El Cabo", ha permanecido durante varios minutos ante la entrada principal del hospital para escuchar las aclamaciones y las felicitaciones lanzadas por la multitud a su intención. "Gracias, gracias a todos". Antes de montar en el coche que había de llevarlo al encuentro de su esposa en su apartamento de Wynberg, donde llegó poco antes de mediodía, el operado ha estrechado la mano del Dr. Barnard, repitiéndole: "Gracias, muchas gracias". Una de las enfermeras que lo había velado durante setenta y cuatro días le pidió permiso para besarle. El Dr. Blaiberg "parecía estar en plena forma". (Los fotógrafos y la

cuya puesta a punto progresiva permitirá en lo sucesivo salvar vidas humanas hasta entonces condenadas, ¿no es suficiente para justificar a los que tomaron la iniciativa de realizarlo después de haberse preparado por medio de investigaciones y experiencias sobre el animal, juzgadas previamente indispensables?”

Dos conclusiones prácticas se deducen de esta situación magistralmente expuesta. La primera es la necesidad de esclarecer la conciencia pública. El Papa en persona lo había declarado: “Es necesario educar al público y explicarle con inteligencia y respeto que consentir expresa o tácitamente el que se atente de modo serio contra la integridad de un cadáver en beneficio de los que sufren, no ofende la piedad debida al difunto cuando hay para ello razones válidas.” La segunda es que, desde el momento en que “ningún principio moral se opone a estos trasplantes de órganos, entre los que figura el reciente injerto de corazón como más espectacular, pero al que había precedido el de riñón, del que sabemos que una serie de ellos ha sido llevada a feliz término salvando vidas humanas, transfigurándolas cuando hasta entonces no tenían esperanza”, le corresponde ahora “a la Academia de Medicina y al Gobierno fijar las reglas suficientemente precisas para que sea estrictamente respetado el derecho a la vida de cada uno... Pero que el encarnizamiento terapéutico mismo no se olvide de que la prolongación a toda costa por los medios más onerosos, digamos por los más crueles, de una vida totalmente inconsciente, es prueba de desconocimiento de que lo biológico está subordinado a lo espiritual.”

Quisiera volver a repetir, para terminar, las consideraciones de elevada belleza del teólogo. Estas ponen el sello de la serenidad en este debate, que ha sido a veces poco parco en el choque de las convicciones adversas: “¿No es acaso un noble gesto para un moribundo, al igual que para los suyos, el de ofrecer sus órganos más preciosos para que en el momento en que hayan cesado de servirle permitan el salvar otra vida humana? Para expresar el fervor de la amistad que le mostraban los primeros cristianos de Galacia, San Pablo decía: “Si

televisión nos han convencido de ello.) No había más que comparar su imagen con la imagen trágica del hospitalizado del principio, que el mundo entero conoce tan bien.) Es una nueva “apuesta calculada y razonada”, un nuevo test crucial que afronta el cirujano sudafricano. Por primera vez un hombre con el corazón injertado se va a vivir a su casa, en contacto con el mundo exterior, y no ya en un atmósfera esterilizada como la de una habitación de hospital especialmente organizada para evitar todo peligro de infección. Pero es también una prueba de esta cualidad del Dr. Barnard: La confianza, fundada sobre la apreciación de los riesgos y sobre la experiencia. Según un telegrama de El Cabo, del 24 de marzo: “El Dr. Blaiberg, cuyo estado continúa siendo satisfactorio, se ha encontrado ayer por primera vez ante la señora Dorothy Haupt, viuda del hombre cuyo corazón le ha sido injertado. El dentista de El Cabo, ha charlado con ella durante media hora, en su domicilio”.

hubiera sido posible, os hubiérais arrancado los ojos para dármelos." Lo que no era entonces más que una figura retórica se convierte hoy en realizable por la virtuosidad de nuestros cirujanos. Se pueden dar los ojos para que, después de la muerte —¡no antes!—, sirvan todavía para iluminar una vida humana. Se puede hoy dar hasta el corazón. La solidaridad humana, como la caridad cristiana, encuentran ahí una expresión nueva y grandiosa."

¿Cómo sería posible que chocase? San Francisco de Sales, obispo titular de la sede de Ginebra, modelo del humanismo cristiano, director de conciencia esclarecido, había también "ofrecido su cuerpo a los sabios de su tiempo, antes que decenas de autopsias hubiesen dado luz sobre la banal apendicitis". No es la primera vez que la Medicina se enfrenta con el gran problema de su deber, en un cruce de caminos, y debe saber elegir acécuadamente. Forma esto parte de su grandeza: "La Medicina ha conocido sus Galileos... Pasteur ha temblado." Todos los pioneros de la cirugía han conocido esa angustia del examen de conciencia ante una atmósfera dividida. En el momento en que la cirugía a corazón abierto ha salvado ya tantas vidas es oportuno el no olvidar que a fines del siglo pasado Billroth decía: "El cirujano que intenta una operación del corazón no puede esperar el respeto de sus colegas" (54). Estos audaces en los que el amor de su arte, según Hipócrates, ha sido guiado, perfeccionado por el amor al hombre, a cuyo servicio lo ponían, se encuentran después de la reprobación que recordaba Billroth, con que han merecido la estimación y la gratitud universales*.

(54) La apreciación teológica es la del R. P. Riquet; la de las tribulaciones de los grandes innovadores, de M.^e Sarda; en fin, la del juicio reprobador que alcanzó a los primeros cardiólogos, del Dr. Rentchnick. Ver *Médecine et Hygiène* de 17 de enero de 1968, núm. 808, pp. 58 y 60.

* La segunda parte, donde se plantea el problema jurídico y se establecen las conclusiones, aparecerá en el próximo número.