

RESPONSABILIDAD MORAL EN CIRUGIA (I)

DR. J. TRÍAS PUJOL

El ejercicio de la Cirugía, como el de toda actividad humana, impone al que la practica una serie de problemas de responsabilidad de *orden legal*, consignada en los Códigos, responsabilidad *profesional*, tributaria de la *Deontología*, y responsabilidad *social*, que afecta al prestigio y honorabilidad del cirujano.

No trataremos de ninguno de ambos aspectos, ya que estimamos que no tenemos ni autoridad ni competencia para ello, y nos limitaremos a dedicar unos comentarios a la responsabilidad moral, o sea aquella que siente el cirujano ante sí mismo, teniendo como juez a su *conciencia* y como sanción el *remordimiento*.

Escarbando en nuestra memoria, recordamos accidentes desgraciados, en los que ya sea por imprudencia, distracción o negligencia, tenemos la impresión que podíamos haber evitado. Para tranquilizar nuestra conciencia, disponemos, como todo el mundo, de un mecanismo de defensa llamado *olvido*, pero el recuerdo de aquel desgraciado accidente pasa al subconsciente, queda registrado y allí gravita como un lastre de amargura, del que ya no podemos desprendernos. Por esto, alguien ha dicho que pretender escapar a la responsabilidad moral es algo tan

---

(x) Tomado de «Medicina Clínica». Tomo XXI, núm. 4.

absurdo como querer separarse de la sombra proyectada por uno mismo.

En esto precisamente se basa la importancia, la fuerza y el valor de responsabilidad moral.

*Misión del cirujano.*—La misión estricta y específica del cirujano consiste en intentar conservar a todo trance la vida de un individuo humano, un órgano o una función amenazada.

Dice GEORGE DUHAMEL, que a la hora del sufrimiento y de la muerte, cada persona debe ser tratada como si fuera irremplazable.

Las prácticas de mutilación, experimentación cruenta, esterilización forzosa o voluntaria, de las que tanto se han hablado durante las pasadas guerras y revoluciones, con regímenes anómalos, son aberraciones que rebasan los límites de la responsabilidad moral, adquieren el carácter de delito y van a caer en los dominios del Código Penal. Por algo han surgido estas nuevas figuras delictivas, como el *Genocidio* y otros crímenes llamados de guerra.

Desgraciadamente, en tiempos anómalos de guerra o revolución, algunos regímenes autoritarios o grupos sediciosos obcecados por la pasión, son capaces, mediante coacciones y amenazas, de poner en peligro la dignidad del cirujano, obligándole a negar determinados auxilios y a emplear ciertas prácticas quirúrgicas, incompatibles con su moral y con su conciencia.

DESGENETTES, el célebre cirujano de Napoleón, refiere en sus memorias que poco antes de levantar el sitio de Jaffa, durante la campaña de Egipto en la época del Consulado, le llamó a su tienda y le propuso dar opio a los apestados, para evitar sufrimientos y terminar con el peligro que amenazaba al resto del ejército, a lo que el médico contestó que «su deber era a todo trance conservar».

Replicó Napoleón que también su deber era conservar el ejército y por consiguiente evitar que los enfermos abandonados cayeran víctimas de las cimitarras de los turcos. No intentó, añadió, vencer vuestra repugnancia, pero espero encontrar quien sepa mejor interpretar mis intenciones, y efectivamente, fué administrando opio a dosis tóxicas a unos 30 apestados. Por suerte,

muchos de ellos vomitaron el tóxico y algunos se salvaron de la peste, del tóxico y de la cimitarra de los turcos.

Claro que hay leyes internacionales, como la Convención de La Haya, los Estatutos de la Cruz Roja de Ginebra y modernamente la Organización Mundial de la Salud, que intentan proteger los intereses de los heridos y dar garantía al médico para que pueda cumplir su misión, pero en tiempos anormales de guerra y revolución, no siempre se cumplen los reglamentos ni se respetan los tratados.

*Carácter ineludible de la misión del cirujano.* — Siendo la misión del cirujano intentar salvar la vida a todo trance, no puede negar sus auxilios facultativos a nadie, sea cual fuere la condición del herido en sí y las circunstancias materiales o espirituales que le rodeen. No puede haber para él ni enemigos ni rebeldes, ni pobres, ni criminales. Decían los antiguos: «Oegroto miser, res sacra». El enfermo es cosa sagrada.

Con motivo de una revuelta en París en 1830, el famoso cirujano DUPUYTREN, fué interrogado por las autoridades, que le reprochaban no haber comunicado que había asistido en el hospital a unos rebeldes. Replicó DUPUYTREN, que él no sabía distinguir, ni era su misión, si eran o no rebeldes y que sólo podía apreciar que estaban heridos.

Uno de los más sensacionales procesos de los Estados Unidos, que ha dado lugar a multitud de publicaciones y ha servido de argumento para guión de algunas películas, a pesar de los años transcurridos, ha sido el proceso en que se condenó al Dr. SAMUEL MUDD, por haber asistido al asesino del Presidente Lincoln. Últimamente los doctores HERRING y PRICHAUD, han publicado un interesante libro titulado «La maldición de Caín». También entre nosotros ha sido proyectado un interesante film titulado «Prisionero del odio», en su versión española, que trata de este mismo asunto, y su hija Nattie Mudd publicó en 1906 un libro titulado «La vida del Dr. SAMUEL MUDD», encaminado a justificar la conducta de su padre.

El asesino del Presidente Lincoln, John Wilkes Booth, era un actor dramático que al huir después de cometido su crimen, pasó disfrazado por el pueblo de Briantown, donde a la sazón ejercía el Dr. MUDD y acudió a él para que le tratara una fractura

maleolar, que en su fuga se había producido. Tres días más tarde el Dr. MUDD fué interrogado por las autoridades y no sólo no ocultó que había asistido al lesionado, sino que entregó la bota que el herido había abandonado, manifestando los honorarios que había percibido por su trabajo facultativo.

Como era conocido por sus ideas políticas de tendencia sudista, no pudo convencer a las autoridades de que se había limitado a cumplir con su deber, y considerado como cómplice o encubridor, fué condenado a trabajos forzados en el Fuerte Jeferson, situado en las Islas Tortugas, frente a la costa de la Florida, de donde fué liberado por el Presidente Jackson cuatro años más tarde, por los valiosos servicios médicos que prestó a la población penal con motivo de una epidemia de fiebre amarilla que allí se produjo.

La desgraciada historia del Dr. MUDD, víctima de la pasión política desencadenada por la sangrienta Guerra de Secesión, plantea una serie de problemas médicos que se prestan a comentarios de carácter legal y moral sobre la responsabilidad que recae sobre todo cirujano.

Cuando muchos países de Europa fueron ocupados por ejércitos diversos en la pasada guerra, fueron numerosos los heridos pertenecientes al partido de la resistencia, que se vieron obligados a solicitar asistencia facultativa. No se sabe de ningún cirujano que se negase a prestar dicho auxilio, pero sí consta que muchos de ellos tratados como cómplices o encubridores de un hecho considerado en aquellos momentos como delictivo, pagaron con la prisión, el exilio o la muerte, el simple cumplimiento de un deber ineludible. Hay que reconocer, para orgullo de nuestra profesión, que puestos en este trance y a pesar de sus graves riesgos, la mayoría de ellos supieron obrar con arreglo a su conciencia y a su dignidad profesional.

*Responsabilidad del cirujano ante la intervención.*—Al plantearse la indicación se establece una responsabilidad preoperatoria que se acentúa en la misma intervención, responsabilidad preoperatoria y sigue durante el período postoperatorio, no cesando hasta conocer los resultados tardíos.

*Participación del médico internista en la responsabilidad.*—Cuando la medicina y cirugía constituían dos profesiones

distintas, la responsabilidad recaía exclusivamente sobre el médico, ya que él poseyendo latín, poseía la ciencia y por algo vestía toga y anillo doctoral, mientras el pobre cirujano sólo conocía su arte, le estaba vedada la ciencia, ya que no poseía el latín y sólo era un artesano y no de los más distinguidos. El médico, con su ciencia, representaba el cerebro y el cirujano la simple mano que ejecuta, bajo la inspección del primero, limitándose a seguir sus instrucciones.

Cuando después de enconadas luchas se unificó la profesión, entrado el siglo XIX, al quedar equiparadas las culturas de ambos unificándose la profesión, la responsabilidad automáticamente vino a gravitar sobre el cirujano.

No siempre los límites de esta responsabilidad han quedado claramente establecidos, pues en esta misma Academia se han suscitado debates en épocas nada remotas sobre dicha responsabilidad y en ellos se han mantenido criterios diferentes. Recordamos que al discutir las indicaciones de la apendicitis aguda y otros procesos abdominales, como la oclusión intestinal, algunos cirujanos y no de escaso prestigio, mantenían el criterio de que el cirujano debía atenerse a la indicación del internista, fundándose, sin duda, en la creencia de que el médico, con su tendencia conservadora, representaba una garantía de equidad, evitando que el cirujano se excediera en sus tendencias intervencionistas.

Ningún cirujano actual tiene derecho a descargar su responsabilidad en el juicio ajeno, y debiendo solicitar toda clase de colaboraciones para completar el estudio del caso, no puede declinar la responsabilidad sobre ninguno de sus colaboradores, por eminentes que éstos sean.

Las tendencias o actitudes de tipo conservador o intervencionista son siempre estados de ánimo de orden subjetivo, que no nos ofrecen garantía alguna. Sólo el estudio clínico del enfermo, apoyado con los datos de laboratorio, radiología, endoscopia, etc., estudio funcional y capacidad de resistencia con el empleo de *test* apropiado, son los elementos que deben prevalecer en toda indicación, solicitando la colaboración de cuantos especialistas se estimen necesarios. El cirujano, sin pretender descargar su responsabilidad, no puede trabajar aislado y menos hoy que interviene en vísceras como el pulmón o corazón, que exigen

precisiones de diagnóstico que solo pueden aportarlo especialistas utilizados y entrenados en el manejo de técnicas de exploraciones muy delicadas.

Una vez establecida la base científica y, por lo tanto, racional de la intervención, todavía nos falta consultar a nuestra conciencia, para poner a salvo nuestra responsabilidad. No faltan normas para ello. El malogrado don SALVADOR CARDENAL, maestro de todos, repetía con insistencia una norma moral, que no debía abandonar el cirujano: Imaginar si aquella operación la aconsejaría al más querido de los suyos y si se vería capaz de realizarla con pulso firme y ánimo sereno.

AMBROSIO PAREO, en el siglo XVI, decía algo parecido inspirado en lo Evangelios: «Sois avec autrui, que tu voudrais qu'on fust a ton endroit».

Los americanos suelen decir, que para el ejercicio de la Cirugía, hay que contar con las tres H: *Hand, head, y heart*. Manos cabeza y corazón, lo que equivale a decir que al plantear una intervención debemos preguntarnos si la cabeza nos lo aconseja, si la conciencia nos lo autoriza y si nuestras manos poseen la destreza suficiente.

Sin embargo, jamás estas normas de prudencia deben intimidarnos ni inhibirnos ante un fracaso siempre posible, pues, como decía HUFELAND, «cuando un enfermo está en peligro, hay que arriesgarlo todo para salvarle, incluso la *reputación*».

*Errores temperamentales.*— Los cirujanos como todos los hombres, presentan temperamentos muy distintos entre sí. Unos, los *audaces*, de temperamento ardiente, entusiastas de las novedades y atrevidos, se lanzan con cierto frenesí a emplear técnicas nuevas y arriesgadas, impulsados por el prurito de la *innovación*, de la *originalidad* y a veces del *reclamo*, aceptando indicaciones de dudosa utilidad para el enfermo, o bien empleando métodos, que siendo correctos, los aplican a enfermos poco adecuados.

Otros, los *tímidos*, de carácter pusilánime, desperdician ocasiones que pueden ser vitales, con el prurito de no ensombrecer las estadísticas ni comprometer su reputación profesional. Esta actitud pasiva y abstencionista, con apariencias de prudencia, muchas veces encubre un espíritu egoísta, perjudicial a la vez al enfermo y al progreso de la Cirugía.

Los *oportunistas*, adoptan una actitud variable, inspirada más en su estado de ánimo o en sus conveniencias que a las exigencias de la enfermedad y a las necesidades del enfermo. Según se encuentre animoso o fatigado, según sean las probabilidades de éxito o de fracaso, a veces también según sean las condiciones sociales del enfermo, se inclina a una decisión intervencionista o abstencionista.

Sólo la ciencia y la conciencia deben contar en nuestras decisiones quirúrgicas y toda la interferencia parasitaria debe ser eliminada.

Hace ya muchos años que la Academia de Ciencias de París adoptó el siguiente lema, que lo condensa en forma expresiva: *In-Sciencia veritas, in Arte probitus*. (Verdad en la Ciencia, probidad en el Arte).

*Responsabilidad peroperatoria.*— Decía ya Hipócrates, hace 25 siglos, que el médico no sólo debe efectuar lo que más convenga al enfermo, sino que también debe cuidar que lo hagan los ayudantes y que las cosas externas sean adecuadas (ambiente). Esto equivale a decir que sobre el cirujano recae la responsabilidad de la actuación de su equipo y aun del ambiente moral y material. Los cirujanos formados a principios de este siglo, pasamos unos años llenos de optimismo, ya que apoyados en el trípode de la anestesia, hemostasia y antisepsia, nos sentíamos bien armados con medios de seguridad suficientes para actuar a través de casi todas las regiones y aun de ciertas cavidades, con relativa impunidad.

En dicha cirugía, hoy clásica, todo era simplicidad, sólo bastaba el viejo bagaje de la Anatomía, ser cuidadoso con la hemostasia y respetuoso con la asepsia, Decía JEAN LOUIS FAURE en 1932; «Hoy día nada nuevo ni nada verdaderamente grande puede ser intentado en Cirugía», ya que no tuvo ocasión de conocer la cirugía torácica moderna, la cirugía intracardiaca, de los grandes vasos, etc. Eran muchos los que en aquella época compartían la misma opinión creyendo que habían llegado a una meta: olvidaban que mientras existan sobre la tierra hombres dotados de inteligencia, intuición y originalidad, siempre existirán nuevos inventos y valiosas innovaciones.

Los progresos actuales permiten muchas más posibilidades,

ya que el cirujano actual no se detiene ni ante el tórax ni ante ninguno de los órganos allí contenidos, pero claro está, a mayores posibilidades, mayores riesgos y mayor complicación. Ya no basta la competencia y habilidad personal del cirujano, sino que es indispensable disponer de un equipo de colaboradores especializados en las prácticas de anestesia y reanimación, disponer de un utillaje complejo para poder hacer frente a las numerosas contingencias que en esta delicada cirugía actual pueden presentarse. Es necesario que el cirujano tenga cualidades de organizador para poder actuar como jefe de equipo, atento a la labor de sus colaboradores, sin olvidar ni un momento su actuación personal.

*Errores peroperatorios.*—Los errores que pueden cometerse en el curso de una operación, pueden ser muy variados y escapan a cualquier tentativa de sistematización. Limitándonos a los más corrientes, citaremos los que se cometen por imprudencia, por distracción, por torpeza, por imprevisión e impericia.

Los errores por *imprudencia*, son debidos generalmente a diagnósticos defectuosos motivados por examen insuficiente del enfermo o a falta de preparación de los mismos antes de la operación.

Es clásico citar la incisión de un aneurisma creyendo que es un absceso con piel alterada, desbridamiento de un absceso inguinal, que luego resulta ser un absceso estercoráceo por hernia estrangulada, operación de osteomielitis supurada, que resulta ser un sarcoma óseo tipo EWING, etc. Estos errores dependen generalmente de la perniciosa costumbre de operar enfermos que no han sido examinados personalmente por el cirujano.

En este mismo capítulo de las imprudencias, debemos incluir aquellos enfermos que, presentando características patológicas importantes, como una insuficiencia renal, una diabetes, una cardiopatía mal compensada, una importante enfermedad de la sangre, o una grave alteración humoral, no han sido tratados adecuadamente, por no haber sido estudiados en su totalidad.

En el capítulo de los errores por *distracción*, debemos incluir el hecho tan conocido de las compresas olvidadas dentro del vientre, pinzas de hemostasia o tubos de drenaje abandonados, etc., que tantos disgustos han producido al cirujano responsable y tantos perjuicios pueden originar al enfermo.

Los errores por distracción, son ocasionados por el defecto de no concentrar la atención en lo que se está haciendo y dispersarla en otras actividades ajenas a la operación que se está realizando.

Avisos más o menos urgentes al cirujano o a sus ayudantes, siempre intempestivos, atolondramiento ocasionado por accidentes inesperados como los que sobrevienen en una hemorragia masiva o por un defecto de anestesia, son factores que predisponen marcadamente a cometer esta clase de errores por distracción. Menos mal que se ha perdido la perniciosa costumbre que reinaba en muchos servicios, en los que el operador y sus ayudantes y el anestesiadador, se entregaban a charlas más o menos amenas y no faltaban en los quirófanos visitantes desocupados, que con el pretexto de presenciar la operación para un mayor conocimiento científico, convertían el quirófano en un salón de esparcimiento. De ahí la oportunidad de una inscripción que el famoso cirujano BILLROTH colocó en el quirófano de su servicio del Allgemeine Hospital de Viena.

*Presente oegroto, taceat colloquiam, teneatis visus, nunc omnia dominat morbus.*

También ha pasado de moda el cirujano con arrebatos coléricos, tipo «bourru bienfaisant», que engendra crisis de atolondramiento con sus reacciones violentas y oculta, en general, una impotencia técnica,

Los errores por *torpeza*, que pueden realizar incluso cirujanos muy hábiles, se originan cuando el operador actúa con precipitación o ligereza, principalmente si padece la obsesión de «trabajar contra el reloj». Ya decía SEDILLOT, de Estrasburgo, hace muchos años, que el éxito en cirugía más dependía de ser cuidadoso, que de ser brillante.

La herida de un asa intestinal adherida o no al efectuar una laparatomía, la sección del nervio radial al abordar el húmero en el curso de una osteosíntesis, la ligadura de un pedículo que resbala por haber sido ligado sin las debidas precauciones en la disección del mismo, conteniendo un vaso como la uterina, la tiroidea, la renal, etc., son errores evitables que seguramente todos hemos visto cometer incluso a cirujanos experimentados.

La *imprevisión*, es una falta que se presenta con frecuencia al efectuar por primera vez una técnica poco conocida o de uso poco frecuente. La gravedad de la imprevisión, puede tener mucha importancia, sobre todo en las complicadas técnicas modernas, en las que no basta la habilidad del cirujano, sino el entrenamiento completo del equipo y tener a mano los medios materiales indispensables. El no disponer de una transfusión suficiente en caso de operaciones que sangran, el no disponer una intubación apropiada en ciertas intervenciones del tórax; la carencia de un defibrilador eléctrico en casos de fibrilación ventricular, pueden dar lugar a graves accidentes, que afectan la responsabilidad del cirujano por haber pecado de imprevisión.

La *impericia* depende de una falta de preparación del cirujano, cuando no posee la suficiente habilidad para una técnica determinada o cuando no dispone de un equipo suficientemente adiestrado. No basta hoy día el simple entrenamiento en el cadáver, sino que muchas veces es indispensable preparar las técnicas en el animal vivo, para lo cual es indispensable que en todos los centros quirúrgicos importantes existan laboratorios de Cirugía Experimental, donde puedan ser preparados convenientemente todas cuantas técnicas representen una innovación en el campo de la cirugía.

*Responsabilidad en el período postoperatorio.*—Al amparo de los valiosos medios que dispone actualmente el cirujano, parecía que confiando a sus colaboradores subalternos la vigilancia de los operados, podía dormir tranquilo. Por un lado la reanimación, capaz de mantener el equilibrio humoral y aun de restablecerlo, si estaba alterado; por otro lado, el empleo de los antibióticos que protegen al enfermo de la infección y la aspiración por intubación en los casos de oclusión intestinal con otras técnicas no menos eficientes, el curso postoperatorio de los enfermos operados es evidente que ha mejorado, pero aún reconociendo los méritos de estas innovaciones, no han conseguido impedir que a veces se presenten accidentes que requieren un diagnóstico delicado y exigen una desición urgente.

Unas veces los antibióticos disimulan la infección, la aspiración enmascara la oclusión y aparecen cuadros confusos como

infecciones sin temperatura, oclusiones sin vómitos ni dolores, que exigen un diagnóstico difícil y delicado.

El cirujano, sobre el que recae la responsabilidad, acierta en general a descubrir lesiones y trastornos que pasarían desapercibidos a sus colaboradores, cualquiera que sea su celo y competencia. Sin duda la responsabilidad directa aguza los sentidos y despierta el entendimiento.

Por estas razones el cirujano no puede excusarse de examinar por sí mismo a sus operados en este azoroso período en que se desarrolla la llamada enfermedad postoperatoria. La costumbre de algunos cirujanos de confiar el exámen de sus operados a sus colaboradores subalternos, por competentes que estos sean, es censurable y al hacerlo de este modo puede jugarse su reputación y ser acusado de *negligencia*.

*Crítica de los resultados.*—Cuando escarbamos en nuestra memoria, todos recordamos en nuestro fuero accidentes desgraciados motivados por algunas de las faltas y errores que acabamos de comentar. No obstante es muy humana la tendencia que todos tenemos de recordar los éxitos y olvidar los fracasos. Por esto no es de extrañar que el cirujano se olvide con frecuencia de ciertos fracasos que están presentes en la memoria de sus colaboradores.

PERCY, el célebre cirujano de las guerras napoleónicas, escribe en sus memorias: «Malhaya el cirujano que no publica más que sus triunfos, pues un hombre de bien debe también confesar sus fracasos, aunque padezca su amor propio, ya que ello es preciso para instrucción de los demás y para descargo de su conciencia». Mayor responsabilidad incumbe al cirujano de gran prestigio que publique resultados poco sinceros, ya que son muchos los que fiados en su autoridad pueden aceptar como buenos dichos errores, con grave perjuicio de muchos pacientes.

*Enfermedades iatrogénicas y responsabilidad.*—Hoy día se habla mucho de iatrogénesis en Medicina. La enfermedad iatrogénica implica todo trastorno o estado morboso, creado o agravado por la intervención del médico, tanto si se produce en el momento de la exploración como si es debida al tratamiento. Con este amplio criterio, debemos englobar cuantos trastornos

psíquicos, somáticos, sociales o económicos puedan recaer en el paciente, considerado, no en sus partes, sino en su totalidad.

El Profesor BASTOS nos hablaba el otro día de la trascendencia que podía tener para el enfermo un gesto o una palabra poco adecuada en el solo acto de la exploración.

Limitándonos a los trastornos somáticos, son muchos los ejemplos que podríamos citar de lesiones y trastornos provocados más por el tratamiento que por la enfermedad o accidente. Contracturas isquémicas por vendajes excesivamente compresivos, pseudoartrosis por tracciones óseas excesivas, etc., en el terreno de la Traumatología. Ulceras pépticas del yeyuno originadas por una gastroenterostomía; úlcus pépticos del esófago, consecutivos a una anastomosis esofagogástrica, son también enfermedades iatromédicas que podríamos ampliar hasta el infinito en cada especialidad médica.

Entre el público existe una tendencia a atribuir a la operación todo cuanto acontece al operado después de la misma, por aquello de. «Post hoc, ergo propter hoc», y es necesario establecer ciertas limitaciones a nuestra responsabilidad, aunque no sea más que para defendernos de injustas revindicaciones, unas de ellas de carácter demencial con posibles tendencias agresivas, otras de carácter interesado, limitando con el chantaje, que tienden a apoyarse en disposiciones legales.

Por esto estimamos que toda prudencia es poca tratándose de terreno tan resbaladizo como es el de ampliar con exceso las enfermedades iatrogénicas.

Hay accidentes que, indudablemente, son debidos a negligencia, ligereza o ignorancia de cosas que es obligatorio conocer, pero al lado de algunos casos de responsabilidad evidente, ¡cuántos y cuántos accidentes dependen de circunstancias que el cirujano no puede ni prevenir, ni evitar!

*Conclusión final.*—Decía VOLMANN, antes del conocimiento de la asepsia, que la situación del cirujano después de una operación era parecida a la del labriego después de la siembra, que en espera de la cosecha, debía contemplar *ímpotente* la acción de los elementos como el frío, la sequía, el pedrisco o el vendaval, etc. Por eso decía también AMRROSIO PAREO: *Yo te opero, pero*

*es Dios quien cura.* Gracias a nuestros medios actuales, ya no somos tan impotentes como en otras épocas, pero todavía estamos expuestos a multitud de accidentes, que escapan a nuestros medios de seguridad y defensa. Para obtener de estos medios el máximo resultado, es indispensable que pongamos en juego no solamente el entendimiento, sino también nuestra conciencia. Por esto la responsabilidad moral del cirujano es la mayor garantía que puede ofrecer al paciente. Para terminar, repetiremos lo que decía en el siglo XVI RABELAIS, por boca de Partagnuelle: *Ciencia sin conciencia, ruina del alma.*