

jer la obligación de sufrir la operación cesárea son: la imposibilidad física del parto, sea por los esfuerzos de la naturaleza, sea por intervención del arte; la falta de una enfermedad cualquiera aguda ó crónica grave, y una suficiente dosis de fuerza para soportar la operación... Si la criatura antes de nacer pudiese ser bautizada en la cabeza, después de rotas las membranas, este bautismo sería válido y la mujer no tendría ya la obligación de sufrir la cesárea, porque esta obligación la tiene sólo para asegurar la vida espiritual de la criatura, y no para asegurarle la vida temporal (1).

Por lo demás, si la madre está con buena fe y tiene gran horror á la operación, se ha de proceder con gran prudencia, no sea que sobreviniendo un peligro inminente de muerte, perezca eternamente. (*Gousset*, II, 83). A este propósito dice el P. Morán: «Yo me contentaría con exhortarla patéticamente á una obra tan heroica; pero si estaba con buena fe y mostraba una repugnancia invencible, no inquietaría su conciencia ni le negaría la absolución, porque sería ponerla en mala fe y en inminente peligro de que se condenase. (*Teología Moral, según la doctrina de los doctores de la Iglesia Sto. Tomás de Aquino y S. Alfonso Ligorio*, t. I, p. 392. Madrid, 1889).»

No puede, pues, practicarse jamás dicha operación sin el pleno consentimiento de la mujer (2).

(1) V. Debreyne, *ob. cit.*, pág. 154 y sigs.

(2) «¿En qué casos no es permitida al cirujano la práctica de la operación cesárea? Cuando la mujer se encuentra extenuada por los sufrimientos de modo que sea incapaz de soportar esta grave operación, no está permitido emprenderla por el interés de la criatura, porque esto sería matar á la madre, y jamás debe hacerse un mal para conseguir un bien.—En cuanto al estado de debilidad ó de extenuación actual que autoriza á rehusar la operación, añado que estos motivos ó estas circunstancias prohibitivas deben extenderse á las enfermedades agudas ó crónicas, más ó menos graves y más ó menos adelantadas que sufre la mujer tal vez en el momento del parto; porque estas graves complicaciones disminuyen considerablemente las esperanzas del buen resultado, ó más bien hacen que la muerte sea probable ó casi segura. A más de que, una vez muerta la madre, se la podrá operar inmediatamente para extraer el infante y bautizarlo, sin esperar la reunión de todos los signos que anuncian una muerte cierta, supuesto que las enfermedades agudas ó crónicas, pasando sucesivamente por todos los períodos de gravedad y de peligro, excluyen generalmente las muertes aparentes, que comúnmente son resultado de síncope ó de asfixias, ó de algunas otras afecciones nerviosas graves, convulsivas ó de otra especie. Pero, se dirá tal vez, si la mujer sucumbe, en tales casos, á consecuencia de enfermedades agudas ó crónicas, resultará de ahí la inevitable muerte de la criatura. A esto contestaremos que Cangiamila cita ciento veintitrés criaturas sacadas del vientre de sus madres difuntas; de aquéllas sólo nueve estaban muertas; todas las demás fueron bautizadas. Todas esas mujeres sin duda no murieron de resultas de parto y al término de su preñado. Puede, pues, creerse que de ciento veintitrés mujeres, muchas de ellas debieron sucumbir á enfermedades agudas ó crónicas, y es muy probable que fuese su mayor parte, si se calcula por lo que sucedió en Mont-Real, en donde de veintiuna mujeres muertas en estado de preñez, tres solamente estaban á su término ó de nueve meses. Luego las enfermedades agudas ó crónicas pueden matar á las madres sin hacer morir á sus frutos. (Debreyne, *op. cit.*, pág. 155).»

«Esta operación es, ciertamente, como dicen los teólogos, «un medio extraordinario para salvar la vida,» pero de ninguna manera tan horrendo como creará tal vez quien no sea médico, especialmente pudiéndose evitar en gran parte sus sufrimientos con el uso del cloroformo, sin cuyo auxilio se verifican todavía muchas secciones cesáreas; y con frecuencia he tenido ocasión de observar que no por esto son intolerables los dolores, mientras tenga la paciente regular fortaleza de ánimo. El temor que la precede siempre, es peor que la misma operación... Según mis observaciones, la reducción del feto y su extracción ocasionan mayores dolores que la sección cesárea, y sin embargo, los profanos á la ciencia de curar se horrorizan más por ésta que por la primera, porque la extracción puede hacerse por la vía ordinaria... (Dr. Capellmann, *Medicina pastoral*, p. 42 y sig.).»

VII.—De la sinfisiotomía.—«Sinfisiotomía, sinecondrotomía, operación de la sínfisis, — dice Bouchacourt en su admirable artículo del Diccionario de Dechambre,—es como se ha llamado y se llama la sección de la articulación pubiana de las ramas óseas que concurren á su formación, con el fin de ampliar los diámetros de la pelvis, y permitir ó facilitar el parto en los casos de estenosis pelvianas (1).»

*Reseña histórica.*—«En 1768, Sigault (de Dijón) propuso abrir la sínfisis púbica, y llevó á cabo por vez primera esta operación en 1777,—con feliz éxito para la madre y el niño,—en una mujer raquítica, cuya pelvis medía siete centímetros, y de la cual sus cuatro primeros niños habían nacido muertos. Sigault practicó cuatro veces más esta operación; de estas cuatro mujeres una sucumbió, y los niños murieron todos.—Aitken en 1785 sustituyó la sinfisiotomía por una doble pelvitomía ó doble isquio-pubiotomía, practicada con una sierra de mano. En 1819 Galbiati completa la operación de Aitken, es decir, la doble isquio-pubiotomía por la sinfisiotomía, resultando así una triple pelvitomía. Pitois propuso en 1831 la doble pubiotomía ó bipubiotomía. Por fin, en 1892 Farabeuf, inspirándose en la operación de Aitken, describió la isquio-pubiotomía unilateral, que aplica especialmente á los pelvis oblicuo-oval de Nœgelé, es decir, con anquilosis de una de las sínfisis sacro-iliacas. Según este autor, la sección ósea debe practicarse en el lado de la anquilosis.

De estas diversas variedades de pelvitomía, la primera, ó sea la más antigua, la sinfisiotomía ú operación de Sigault, que es la más sencilla y la más inofensiva, es la que ha sido casi exclusivamente adoptada entre las diversas pelvitomías.

(1) Suárez de Mendoza, *La sinfisiotomía, su historia, indicaciones y manual operatorio*. Madrid, 1896.

Pero después de la general aceptación que mereció esta operación al nacer; á no tardar, violentamente atacada por los prohombres del arte y particularmente por Baudelocque, cayó en desuso y quedó casi abandonada en mayor ó menor grado de un modo general, excepto en Nápoles, en donde los comadrones de la ciudad Galbiati, Jacolucci, Novi y Morisani, continuaron practicándola y defendiéndola, pero sin éxito, en medio de la general indiferencia de los demás comadrones.

Más recientemente, en 1891, debido á la entusiasta propaganda que Spinelli, ayudante de Morisani, vino á hacer en París de esta operación, los comadrones franceses se han decidido á reanudar esta intervención, la cual se ha impuesto rápidamente por los buenos resultados que ha dado, y en los momentos actuales, después de un corto período de renacimiento, se ha hecho clásica (1).»

Ofrece para España especialísimo interés la sinfisiotomía practicada—por el método subcutáneo—en Utrera el 9 de Agosto de 1780, bajo la dirección del licenciado D. Francisco Canivell, catalán, natural de Barcelona, cirujano mayor de la Armada y vicepresidente del Real Colegio de Cirujía de Cádiz, con el más plausible éxito. Fué ejecutada la operación por el licenciado D. Antonio Delgado, alumno del Real Colegio de Cádiz, y publicada en la *Gaceta* de Madrid de 24 de Noviembre de 1780, folio 859 (2).

VIII.—**Estadísticas de la sinfisiotomía.**—«En 1886 envió Morisani un trabajo al Congreso nacional de Obstetricia y Ginecología de Roma, en el cual el ilustre tocólogo napolitano examinaba toda la estadística operatoria de la sinfisiotomía, dividiéndola en las tres épocas que se verán á continuación, á saber: De 1777 á 1858, operaciones practicadas, 80; madres curadas, 52; muertas, 28; niños vivos, 33; muertos, 44. De 1866 á 1880, operaciones, 50; madres curadas, 40; muertas, 10; niños vivos, 41; muertos, 9. De 1881 á 1886, operaciones, 18; madres curadas, 10; muertas, 8; niños vivos, 13; muertos 5. De 1887 á 1892, Morisani enriqueció su estadística con doce casos nuevos, que uno de sus discípulos más notables, Spinelli, analizó en la *Gaceta de Ginecología*, junto con otros doce, que formando un total de veinticuatro operaciones, arrojan este conjunto: madres curadas, 24; niños vivos, 23. Pinard practicó trece veces la sinfisio-

(1) Auvard, *Trat. práct. de partos*, pág. 810 y sigs. Barcelona, 1896. Trad. del Dr. Planellas.

(2) V. la tesis citada del Dr. Suárez, págs. 8 y 9.—José García, *Trat. de la nueva operación de cirujía, la sección de los pubis en los partos difíciles*, 1794. Este refiere además otro caso practicado en Logroño, en 1779, con éxito feliz para la madre y el hijo.

tomía durante el año de 1892; operaciones que dieron el resultado siguiente: 13 madres vivas, y 10 niños vivos (1).»

En el undécimo Congreso internacional de Ciencias Médicas, celebrado en Roma del 29 Marzo al 5 Abril 1894, M. Morisani decía: «Mi estadística es bastante satisfactoria. Sobre 241 mujeres que sufrieron la sinfisiotomía, he tenido una mortalidad para la madre de 11'6 por 100 (y cuenta que de ese total hay que sacar dos casos de muerte por enfermedades intercurrentes), y he perdido 48 criaturas.»

M. Varnier, de París, declara en la misma sesión que la sinfisiotomía causa próximamente 9 defunciones por 100 (2).

En la sesión celebrada por la Academia de Medicina de Bélgica en 30 Junio de 1894, dió cuenta M. Hubert de cuatro observaciones de sinfisiotomía que le remitió el Sr. Kufferath, de Bruselas. Estas observaciones han versado sobre mujeres de pelvis raquílica aplanada, de las cuales una medía seis centímetros, y las otras tres seis y medio centímetros de diámetro promonto-subpubiano. En tres de estos casos la sinfisiotomía ha sido combinada muy favorablemente con el parto artificial prematuro. Los resultados han sido de los más satisfactorios: cuatro criaturas vivas, cuatro enfermas curadas (3).

M. Bué, de Lila, refiere haber sido hechas en la Clínica obstétrica de dicha ciudad ocho sinfisiotomías desde fines del año 1893, las que no han causado ninguna defunción materna, pero tres infantes han sucumbido en el curso de la parturición (4).

El Dr. Suárez de Mendoza, refiere haber practicado también la sinfisiotomía (10 Diciembre 1893) en una múltipara cuyo diámetro sacro-pubiano era de nueve y medio centímetros. Los resultados fueron absolutamente satisfactorios (5).

IX.—**Indicaciones de la sinfisiotomía.**—«Está indicada esta operación: 1.º En las *deformidades de la pelvis*. Una viciación pélvica de nueve á once centímetros permite generalmente un parto espontáneo á término: si se presentan dificultades, de ordinario resuelven el caso la versión ó el forceps, pero si no se consigue el objeto, se procederá como en el caso siguiente, es decir, como cuando la estrechez es de nueve á siete centímetros.

Cuando la pelvis deformada mide de siete á nueve centímetros es

(1) Suárez, *ob. cit.*, págs. 13, 14 y 33.

(2) V. *Semana Médica*, de París, año 1894, pág. 174.

(3) *Id.*, *id.*, pág. 322.

(4) *Id.*, año 1896, pág. 185.

(5) Suárez, *ob. cit.*, pág. 29 y sigs.—Pueden verse otros casos en el periódico *Sem. Med.*, año 1892, págs. 251, 279; año 1893, págs. 74, 253, etc.

caso muy raro que el parto termine espontáneamente; en general se considera imposible, y no pudiendo contar con aquella eventualidad, el comadrón únicamente podrá escoger entre la sinfisiotomía y la operación cesárea.

Cuando la estrechez pélvica sea inferior á setenta milímetros, por ejemplo, entre setenta y cincuenta, ya no hay que pensar en la sinfisiotomía á término, sino en la operación cesárea. Pero cuando una mujer con una pelvis de seis á seis y medio centímetros viene á consultar durante el embarazo, podrá pensarse en combinar el parto provocado y la sinfisiotomía. Con una pelvis de seis centímetros, á beneficio de la sinfisiotomía se obtiene una de ocho centímetros, y provocando el parto á los ocho meses se podrá, á través de esta pelvis sinfisiotomizada, extraer un niño vivo y viable, puesto que tendrá ya ocho meses (1).

2.º *Excesivo volumen del feto.*—Siempre que nos parezca haber entre el diámetro biparietal y el diámetro promonto-púbico mínimo de la madre una desproporción de dos centímetros, estará indicada la sinfisiotomía. Claro que en estos casos en que la parte fetal, que suele ser la cabeza, está detenida en el estrecho superior, la evaluación indicada es difícil; con todo, se podrá alcanzar la suficiente exactitud con la medición por el tacto, ó sea adaptando á través de la pared útero-abdominal la parte fetal á la luz del estrecho superior, y evaluando cuanto sobresale hacia adelante de la sínfisis púbica.

3.º *Tumores previa.*—Son aquellos que están colocados en el trayecto que debe recorrer el feto para llegar al exterior; tales son los que radican en la cara interna del esqueleto pelviano, ciertos fibromas del útero, los que ocupan el fondo de saco de Douglas, y que en el momento del parto no pueden remontar al interior de la cavidad abdominal salvando el estrecho superior. En estos casos, la elección debe hacerse entre la sinfisiotomía y la cesárea, dando la preferencia á la primera si el obstáculo es de poca entidad, y á la cesárea en las circunstancias opuestas.

4.º *Enclavamiento de la cabeza fetal.*—Este tiene lugar en ciertas presentaciones de frente, y principalmente en la de cara, cuando estando el menton mirando hacia atrás, la rotación no se ha verificado hacia adelante; con la sinfisiotomía se verifica la rotación y extracción.

*Contraindicaciones.*—Estas son: *La muy considerable desproporción entre las dimensiones pélvicas y las del feto: en efecto, ya*

(1) Según una estadística reciente de Tarnier, el resultado del parto provocado es: mortalidad materna, 2 por 100; mortalidad fetal, 22 por 100.

sabemos que la sinfisiotomía no nos permite ganar más de dos centímetros del diámetro antero-posterior; siempre que la desproporción se juzgue superior á esta cifra se deberá recurrir á la cesárea. *La anquilosis de las articulaciones sacro-iliacas:* pelvis de Robert; pelvis oblicuo-oval de Nœgelé (1).»

X.—*Conclusiones.*—Resumiendo y analizando Pinard una por una todas sus observaciones desde el 4 de Febrero de 1892, fecha de la primera sinfisiotomía, hasta el 7 de Diciembre de 1894,—total cuarenta y ocho sinfisiotomías,—establece las siguientes conclusiones: «1.ª Que la sinfisiotomía incompleta debe proibirse. 2.ª Que la combinación del parto provocado con la sinfisiotomía no es afortunada. 3.ª Que el ensanchamiento momentáneo de la pelvis practicado en mujeres sanas y con fetos también sanos, que han llegado al término de su desarrollo, no ha causado la muerte ni de una mujer ni de un niño (2).»

El Dr. Suárez de Mendoza, al terminar su tesis, hace por su parte las siguientes conclusiones: «La sinfisiotomía antiséptica bien ejecutada no ofrece peligro alguno, ni para la madre ni para la criatura. Esta operación debe reemplazar en obstetricia al parto prematuro, á la aplicación de forceps con gran desarrollo de fuerzas, á la versión profláctica, á la embriotomía de la criatura viva, que bajo ningún concepto debe ejecutarse, y á la operación cesárea de indicación relativa.—Está indicada en todos aquellos casos en que la estrechez pelviana no sea inferior á sesenta y cinco milímetros. Para proceder á la operación son indispensables las condiciones siguientes: parturiente no infectada, pelvis no anquilosada, etc. (3).»

De la misma opinión que los anteriores son M. Charpeutier (4), Spinelli, M. Zweifel (de Leipzig), etc. etc.; en cambio, M. Leopold (de Dresde), M. Chrobak (de Viena), M. Schauta (de Viena), M. Olshausen (de Berlin), y otros que al parecer no han sido tan afortunados, prefieren con mucho la operación cesárea á la sinfisiotomía (5).

«A muchas de las muertes imputadas á la sinfisiotomía se les puede aplicar las palabras de Morisani: *Del artifice son colpa e non del arte*, porque, como dice Jaccolucci, la estadística de la sinfisio-

(1) Auvard, *ob. cit.*, pág. 813 y sigs.

(2) Suárez, *ob. cit.*, pág. 42 y sigs.

(3) *Id.*, *ibid.*, pág. 50 y sig.

(4) *V. Sem. Méd.*, año 1892, pág. 103. Sesión de la Acad. de Med. de Paris, de 15 Marzo de 1892.

(5) *Sem. Med.*, año 1893, pág. 253 y sig.: Quinto Congreso de la Sociedad alemana de Ginecología.

mía comprende, además de los resultados de la operación, el de las faltas cometidas por los operadores. ¿Significa lo dicho que la operación de Sigault ha de dar siempre resultados excelentes para la madre y la criatura? Sería la única á que cupiera en suerte tan feliz privilegio (1).»

XI.—**Obstáculos al parto de parte del feto.**—Prescindiendo de aquellos casos en que se ofrece el feto con excesivo volumen, y de la hidrocefalia del mismo, ya expuestos anteriormente, nos referimos aquí á otras anomalías, tales como diversas deformidades monstruosas, la hidropesía abdominal, etc.

«En el caso de deformidades que hagan el parto imposible, es preciso igualmente recurrir á la operación cesárea ó á la sinfisiotomía, según las circunstancias ó la posición del feto en el útero. No es lícito sacrificar una criatura monstruosa por el despedazamiento, sino en el caso en que los obstáculos provengan del lado de la madre.

En cuanto á la *hidropesía abdominal*, puede hacerse la operación en el vientre para evacuar el líquido y facilitar el parto: esto no tiene dificultad, á lo menos bajo el aspecto moral. La punción abdominal es para una criatura una especie de medicación, puesto que puede curarla (2).»

XII.—**Ovario-histerectomía (amputación útero-ovárica, operación de Storer y de Porro).**—Esta intervención quirúrgica es sólo lícita en aquellos casos en que se hace absolutamente necesaria para la salvación de la vida. Indudablemente el médico debe siempre escoger entre dos males el menor, si no le es posible evitarlos todos. He aquí el razonamiento de Santo Tomás en esta materia: «En todo ser compuesto, las partes son hechas para el todo y no el todo para las partes; así en el organismo humano los miembros deben servir á todo el cuerpo, y no éste á los miembros. Por consiguiente, si un miembro llega á alterarse de tal modo que pueda inficionar á los demás, es amputado con razón, y el paciente deberá resignarse á ello, ya que ha recibido de Dios el encargo de velar para la conservación de su cuerpo. Así un príncipe tolera la muerte dada á uno de sus súbditos que es nocivo á la sociedad que rige (3).»—Por tanto, teniendo en cuenta estos principios, consideramos indicada la histero-ovariotomía: 1.º En

(1) Suárez, *ob. cit.*, pág. 45.

(2) Debreyne, *ob. cit.*, pág. 159.

(3) *Sum. Theol.*, II, 2, q. 65, art. 1, c.

los casos de rotura uterina. 2.º En los de hemorragia incoercible motivada por la cesárea. 3.º En aquellos estados patológicos representados por neoplasias útero-ováricas incompatibles con la vida de la mujer, y que no pueden remediarse de otro modo. Sin embargo, en el segundo caso establecido, ó sea de hemorragia incoercible ocasionada por la cesárea, no deberá ejecutarse más que cuando la sutura del útero resultare ineficaz. (Perales, *ob. cit.*, p. 87) (1).

Para las indicaciones ténganse en consideración las siguientes reglas: 1.ª Cuando la mujer sea soltera y goce de integridad intelectual, no se procederá á dicha operación sin advertirla previamente de su estado de esterilidad consecutivo. 2.ª Cuando también soltera, no se hallara en estado de discurrir, y el riesgo fuese inminente, se procederá á la operación sin esperar un permiso que acarrearía una muerte casi cierta. 3.ª Si la mujer es casada, y disfruta libre ejercicio de su razón, consúltese después de su voluntad la del marido, y si éste se opone y la mujer sabiéndolo insiste en la operación, procédase á ella. 4.ª Si las facultades intelectuales de la mujer están perturbadas, bastará el permiso del cónyuge para operar; pero si éste por ausencia no pudiese autorizarnos, obraremos conforme á la 2.ª regla preestablecida (2).

(1) En cuanto á la hemorragia abundantísima que produce la cesárea, sobre todo en los casos de inserción placentaria anterior,—principal motivo por el cual quieren sustituirla algunos con la operación de Porro,—hay un medio de oponer un dique á la salida de la sangre útero-placentaria, medio que la experiencia sanciona, y que consiste en practicar sobre las paredes uterinas, puntos de sutura elástica en el número y situación que la necesidad reclame. Este fué el proceder que realizó el Dr. Vanverts, de Lila, en un caso semejante, el cual fué coronado de un éxito feliz para la madre y el hijo. (Perales, *ob. cit.*, pág. 82 y sigs.).

El tratamiento profiláctico de la hemorragia dicha consiste en verificar una inyección hipodérmica de ergotina, ó mejor de ergotina, y en operar con rapidez. Y si esto no basta, se recurre á la compresión del útero con los dedos, al masaje, á las inyecciones calientes, etc. No conviene recurrir á la forcipresión; las pinzas no harían más que desgarrar la pared uterina, dejándola en malas condiciones para una reunión inmediata. (V. Ribemont-Dessaignes, etc., *Trat. de Obstetricia*, t. II, pág. 584 y sig.). Este autor considera también como una indicación absoluta de la operación de Porro la *infección probable del útero*, por el peligro que hace correr una herida uterina, que, aunque suturada, permanece en comunicación con el peritoneo. (Id., *ibid.*, pág. 592). Pero no es lícita la operación de Porro, como algunos pretenden, en las estrecheces pélvicas para evitar que la mujer conciba de nuevo y se vea expuesta á sufrir la cesárea; puesto que, en la mujer, el peligro de muerte por causa de la estrechez pélvica es muy remoto, y en caso de llegar á concebir, puede muy bien dar á luz con sola la sección cesárea; y porque por otra parte es incierta una ulterior concepción, y además, el parto por medio de la cesárea no implica siempre ni con mucho peligro de muerte. Y ¿para apartar un peligro tan remoto se quiere hacer estéril á la mujer, y esto por medio de una operación que trae aparejado un peligro no menor que la cesárea? (V. Capellmann, *Medic. past.*, pág. 44 y sig.).

(2) V. Perales, *ob. cit.*, pág. 87 y sig.

Por la importancia que reviste y su trascendencia práctica, transcribiremos aquí la siguiente decisión de las Congregaciones Romanas, por la cual se concede facultad para contraer matrimonio á la mujer á quien se han extirpado los ovarios y el útero.

*Num mulier N. N.... cui operatione chirurgica, ablata sunt duo ovaria et uterus, admitti possit ad matrimonium contrahendum.*—R. *Matrimonium non esse impediendum.* S. C. R. et U. Inquisit. 23 Jul. 1890. (*Acta*, t. XXVII, p. 128) (1).

XIII.—**Hipnotismo.**—¿Cuál es la moralidad específica del hipnotismo? Querer hipnotizar ó ser hipnotizado, ¿es, desde el punto de vista de la moral y específicamente, un acto bueno, un acto malo ó un acto indiferente? Estos son los términos en que debe ser planteada la cuestión.

Preguntemos primero, ¿qué es lo que hace que el acto humano sea específicamente bueno, malo ó indiferente? ¿De dónde toma su moralidad específica el acto humano? «El acto humano, el acto moral se especifica por su objeto, como el movimiento por su término (2).»

El acto humano tiene por norma la razón humana, «informada por la ley divina que se comunica al hombre sea por el don de la razón natural, sea por una enseñanza exterior sobreañadida, sea por una gracia infusa (3).» De donde se deduce que un acto será bueno con bondad específica cuando tenga un objeto conforme á la razón; será malo cuando su objeto no esté conforme á la razón; y por fin será indiferente ó sin moralidad en el caso de que la razón nada determine sobre el objeto de un acto (4).

Ahora bien: es positivamente cierto que ni la razón de Dios ni la del hombre nos ordenan la práctica del hipnotismo; ninguna ley lo prescribe. No puede por tanto considerarse el hipnotismo, por el aspecto de la moralidad, un acto específicamente bueno.

¿Será, pues, el hipnotismo un acto malo? Es fuerza reconocer que tampoco aquí vemos que la razón ni la ley divina prohiban explícita y formalmente el hipnotismo. No obstante, si bien no está condenado explícitamente, pudiera estarlo de un modo implícito, ya que «el bien no existe, así en los actos como en los seres, si no están reunidas todas las causas ó elementos que se requieren: por el contrario, para que haya mal basta un solo defecto: *Malum provenit etiam ex singulis defectibus* (5). Analicemos, pues, la hipnosis.

(1) V. Mach, *Tes. del sac.*, pág. 1048, 12.<sup>a</sup> ed. Barcelona, 1898.

(2) S. Tom., *Summ. Theol.*, I-II, q. 10, a. 2.

(3) Id., *De Malo*, q. 2, a. 4.

(4) Id., *S. Theol.*, I-II, q. 18, a. 8.

(5) Id., *De Malo*, q. 4, a. 1 ad 13.

Representa el hipnotismo, en su expresión más sencilla y por parte del sujeto, un estado psico-fisiológico que le convierte en idóneo para objetivar con perfección mayor ó menor las imágenes sugeridas, y si estas imágenes importan una acción ó emoción, para sentir esa emoción, para realizar esa acción en más ó menos grado: respecto del hipnotizador requiere la voz articulada y un lenguaje verbal que exprese y transmita las imágenes.

Enderezar á un hombre la palabra no es *per se* acto vituperable ni loable; la razón natural no puede aplaudirlo ni vedarlo. El juicio resultará de lo que se diga y de las circunstancias concomitantes.

Y por lo que concierne al estado de sugestionabilidad, diremos que el hipnotizado es un soñador. No hay más diferencia entre éste y el que sueña en el sueño ordinario, sino que en este último «el soñar es espontáneo y proviene de una auto-sugestión, mientras que el soñar en el hipnotizado tiene por causa una sugestión venida de fuera; es por lo tanto un soñar artificialmente producido (1).» La sugestionabilidad es, pues, un estado apto para soñar, y no otra cosa; y semejante estado supone que la imaginación y la emocionabilidad están despiertas, pero no significa que haya sobreexcitación ni desorden.

Todo esto no tiene, pues, según dictamen de la razón, una moralidad definida.

Las pasiones ó emociones del alma, v. gr., el amor, el odio, la ira, etc., no son *en sí mismas* buenas ni malas, según Santo Tomás; pero serán lo uno ó lo otro según como la razón las ordene y disponga de ellas (2). Justamente lo mismo debemos decir de la hipnosis. En ésta la imaginación y la sensibilidad pueden ser excitadas, sin salirse de los límites permitidos. Indudablemente la hipnosis puede ser llevada á un grado en que se destruya el equilibrio de las funciones, y tendremos entonces un estado contra la naturaleza; no obstante, en sí misma la hipnosis no importa tal exceso, como el hecho de beber no implica forzosamente que se llegue hasta la embriaguez.

XIV.—**Prosigue lo mismo.**—La hipnosis ó la sugestionabilidad en sí, no es un estado contrario al orden natural. Si no es el estado ordinario, normal, no es tampoco un estado morboso (3). Al principio las apariencias autorizaban á tenerle por tal; hoy día la experiencia y un estudio más profundo obligan á pensar de diverso modo.

(1) *Zeitschrift für Hypnotismus*, t. I, pág. 117.

(2) I-II, q. 24, a. 1, ad 3.

(3) Bernhein, *Premier Congrès international de l'Hypnotisme expérimental et thérapeutique*, pág. 277.—*Zeitschrift für Hypnotismus*, t. I, pág. 115.