

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2A. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL DE CORREOS
DE MEXICO, D. F., CON FECHA 21 DE MARZO DE 1939

TOMO LXX

DICIEMBRE DE 1940

NUMERO 6

TRABAJOS ACADEMICOS

La actitud del médico frente a sus enfermos cardíacos. Ideas generales sobre el tratamiento *

Por el Dr. IGNACIO CHAVEZ

Los avances de la técnica exploratoria, el mejor conocimiento de los trastornos funcionales que están en la base de toda enfermedad y el estudio cada día más fino de la acción farmacodinámica de nuestros medicamentos, todo contribuye a permitirnos hoy hacer una terapéutica más racional. En vez del uso empírico, tenemos normas fijas de valor científico para manejar nuestras drogas y para prescribir nuestros regímenes, en forma de que a cada día pongamos menos arte y a cada día pongamos más ciencia en nuestras intervenciones. Es que la medicina sigue en nuestro campo cardiológico la evolución que podría decirse magnífica de las ciencias biológicas, esa evolución que consiste en ir saliendo del limbo de las imprecisiones y de las vaguedades para entrar en la esfera de lo que se conoce con precisión y en donde el dato cualitativo se va sumando al dato cuantitativo, a veces transformándose en él, de modo de llenar el desiderátum que fijaba Claude Bernard para los conocimientos biológicos cuando son bien captados por un criterio científico.

* De la monografía en preparación: "Terapéutica de las enfermedades cardiovasculares". Curso de post-graduados de 1939. - Leído en la sesión del 22 de noviembre de 1939.

Pero es necesario reconocer que estamos aún muy lejos de conseguir la precisión científica deseada ni en el campo de la patología ni menos en el campo de la terapéutica. Tenemos que reconocer que nos quedan grandes lagunas de ignorancia y mayores lagunas de imprecisión; a veces nos debatimos todavía en conflictos verbalistas, a veces no tenemos más guía en la clínica que un empirismo pobre, la experiencia que va pasando de generación en generación, y a veces tenemos todavía menos: la pobre y limitada experiencia personal. Por eso habrá siempre un margen ancho para que sean de utilidad trabajos como éste, en que se vacía la experiencia de un hombre.

Las reglas precisas y concretas de tratamiento, ya figuran, detalladas y valoradas, hasta donde las sabemos hoy, en libros y revistas. No habré de ocuparme de ellas. En cambio, las reglas generales, las que orientan una conducta, las que marcan una actitud, las que forman un criterio, las que no siempre son ciencia, pero sí son guía y jalón en el camino, por ser fruto de experiencia vivida y castigada, como son las que quiero considerar, en su mayor parte, por no decir que en su totalidad, son la expresión de mi ejercicio profesional, la pauta de mi conducta y en eso mismo está su valor, por ser documento humano vivido, y en eso mismo está su limitación, porque son la visión estrecha de alguien que bien pudo haber enfocado un solo aspecto del problema, a lo mejor el menos importante.

Empecemos a revisar la cuestión. Queda entendido que no vamos a tratar problemas de diagnóstico, sino problemas de tratamiento. Y, sin embargo, la primera preocupación del médico que ha de dar sus consejos, debe ser la de formular un diagnóstico correcto, tan completo y tan preciso como sea dable, porque no hay terapéutica verdadera con diagnóstico equivocado. La utilidad de la una depende de la exactitud del otro. Por eso sólo el buen clínico puede ser buen terapeuta, por eso también solemos responder con sonrisa de escéptico cuando oímos decir de alguien que es muy buen terapeuta. Esa especialidad no existe ni podrá existir nunca en la clínica; es complemento y no base, es rama y no tronco. Prescribir hoy uno y mañana otro de los cien diversos medicamentos que para cada trastorno se han preconizado, es una pueril exhibición de suficiencia, que en realidad bien podría llamarse tontería.

Saber el trastorno que presenta un enfermo, pero saberlo con seguridad, con exactitud, hasta donde nuestros conocimientos actuales lo permitan y ajustar a ese trastorno funcional el método o la droga capaces de corregir ese trastorno, eso es hacer buena terapéutica, lo demás es ignorancia "camouflée".

Recuerdo el caso de un viejo y ameritado catedrático que gozaba fama de conocer a fondo la terapéutica y con quien me tocó ver en junta a un enfermo que vomitaba desde hacía largos días, a despecho de todas las medicaciones. "He recurrido ya a los alcalinos sin obtener éxito, me decía; he prescrito las sales de cerio, he ordenado las pociones anestésicas, he recurrido a las bebidas gaseosas y heladas, desde la poción de Rivière hasta el champagne; he lavado el estómago del enfermo y todo sin resultado; está agotada mi terapéutica. ¿No ha leído usted algo nuevo para combatir esos vómitos?". Y el examen vino a revelar lo que antes se ignoraba, y es que la urea sanguínea andaba más allá de un gramo y era esa la razón del vómito; el suero hipertónico glucosado, el empleo de algunos diuréticos, el régimen adecuado, etc., acabaron rápidamente con el trastorno que había desafiado la terapéutica frondosa del catedrático, pero sin base clínica, y que se mostró muy dócil, en cambio, a una terapéutica modesta, pero ajustada a la medida.

Esa ha de ser, repito, la primera preocupación del médico en punto a tratamiento: contar con el punto de apoyo de un buen diagnóstico y aplicar allí la palanca de su terapéutica. A veces se mueve un mundo.

Tenido ya el diagnóstico, el tratamiento abre sus vías, que si esquemáticamente son contadas en número, de hecho, en la práctica, son infinitas. El tipo mismo de enfermedad, su estadio de evolución y la naturaleza del organismo que la sufre, las condiciones económicas, sociales y familiares del paciente, que a veces ayudan y en otras son un terrible obstáculo para lograr la curación, la clase de trabajo y el género de vida y, sobre todo, el estado psíquico, el grado de preocupación o de angustia que el sujeto o sus familiares sufren, todo va a contribuir, todo va a formar una atmósfera que influye grandemente en las reacciones del enfermo y ha de ser una ayuda o un estorbo para la acción del médico. Pero en la infinita diversidad de esos casos, el médico ne-

cesita, ante todo, contar con la confianza de su enfermo para asegurar la obediencia a sus consejos. Formular un buen diagnóstico es la parte más difícil, sin duda, de la profesión; pero sanar al enfermo es su parte más noble. Después de todo, por ello existe la medicina. Y la confianza del enfermo está hecha de muchos imponderables: aparte el prestigio de que llega rodeado el médico, está hecha del cuidado con que lo ve hacer su exploración, de la seguridad con que éste haya emitido su diagnóstico, del tacto con que le haya dado a conocer su opinión, de la firmeza con que le haya marcado el tratamiento; pero sobre todo —y es lo que no debe olvidar jamás el médico—, del grado de optimismo sensato y razonable con que haya sabido hacerle concebir el alivio y haya segado sus preocupaciones y sus angustias. Porque no hay que creer que haya enfermos que miren la muerte con valor. Los que más pregonan de tenerlo, los que le dicen al médico: “doctor, a mí necesita usted decirme toda la verdad, porque yo no me preocupo”; éstos son los que ocultan, bajo la corteza de la indiferencia, una preocupación más honda; pero que no se atreven a confesar. Y ¡ay! del médico si cae en el engaño y habla libremente. El daño que produzca, bien puede ser irreparable.

En el espíritu de todo enfermo, la idea de su mal y las molestias que engendra, traen aparejadas ideas de sufrimiento y de peligro; pero en el cardíaco el futuro que columbra es de muerte segura, a menudo del tipo del accidente súbito. Por eso los cardíacos, en grado más o en grado menos, son enfermos angustiados; algunos con su angustia a flote; otros, con ella escondida, inconfesada; pero todos con el espíritu trabajado por el sentimiento de lo irreparable. Sólo unos cuantos —y no hablo de los niños, que no alcanzan a darse cuenta de su estado—, se escapan de esta tortura, ayudados por una “sancta simplicitas” o por una filosofía de excepción. Poner a flote esa preocupación y ayudar a alejarla inyectando un sano optimismo a los pacientes, es, pues, la mejor manera de procurarles alivio, a la vez que de captarse su confianza; pero hablo de optimismo sensato, razonable, no de optimismo de iluso. Si el médico exagera la nota y niega lo que está a la vista o promete lo que es imposible, el enfermo no podrá creerle y, si llega a creerle, el tiempo dará muy pronto su mentís y el enfermo se habrá percatado del engaño. El prestigio del médico, subido por

un momento, caerá después irremisiblemente. No; no es ese el camino ni la honradez profesional nos permite, so pretexto de animar a un enfermo, hacer de la mentira un sistema terapéutico. Hay que infundirle fe en su mejoría, fe en su alivio; pero para infundirla hay que tenerla, porque nadie puede, honradamente, transmitir una fe que no posee.

Ahora bien, nuestras armas terapéuticas en cardiología son nobles, de eficacia segura en muchas ocasiones, de acción heroica en otras, y aun en aquellos casos de trastornos incurables, podemos aliviar grandemente el sufrimiento de nuestros pacientes y aliviarlos tanto, que no habría razón para considerar anodina nuestra intervención médica. Las lesiones constituidas casi nunca se curan, lo sabemos bien; pero las lesiones en sí no nos importan, si no es por los trastornos funcionales a que dan lugar. Y esos trastornos sí se curan en la gran mayoría de las veces. Los más serios, como la insuficiencia cardíaca, como el *angor pectoris*, como las crisis de taquicardia, etc., es de regla que cedan bien a nuestra terapéutica. Por eso es falaz hablar de la incurabilidad de nuestros cardíacos. ¿Qué importa entonces, que una vieja enfermedad persista si se pueden lograr años bien largos de sobrevida, con una existencia aceptable, con molestias reducidas al *mínimum*, con tal de que el enfermo acepte poner en su vida ciertas limitaciones y seguir fielmente las curas cuando sea menester? La palabra milagro no está vacía de sentido en el campo de nuestra especialidad. La sangría a tiempo, una inyección de ouabaina, una cura de digital, una inyección de adrenalina, producen a menudo verdaderas resurrecciones; una transfusión, una cura de quinidina o una inyección de morfina son armas nobles de acción a veces espectacular; una cura sedante, una dieta correcta, un arreglo en la vida, no son tratamiento anodino. Por eso podemos tener fe, legítima fe, en la eficacia de nuestros métodos. En pocos campos de la medicina, como no sea en el campo quirúrgico, se puede apreciar más clara y más prontamente la eficacia de nuestra intervención. Y teniendo esa fe, bien podemos inyectar optimismo a nuestros enfermos, sin necesidad de recurrir a engaños.

Yo he visto, en cambio, fracasar a muchos médicos a pesar de su competencia y a pesar de su prestigio bien ganado, por sólo una razón: su escepticismo. Son ellos los primeros que no creen en

las armas con que trabajan; son ellos los primeros que desconfían de la medicina. ¿Cómo pedir a sus enfermos que les tengan confianza? El escepticismo médico es transparente y el enfermo aprende de muy pronto a leer en la conciencia de su médico. A las dudas del uno responde el otro con la más justificada de las desconfianzas.

Mas para inyectar el optimismo razonable que el enfermo necesita, tanto como de su prescripción, es preciso que el médico no incurra en ciertos errores que desvirtúen el efecto de sus promesas. Y aquí surgen los primeros problemas: ¿debe el médico comunicar su diagnóstico al enfermo? ¿Debe darle con toda claridad su pronóstico? Muy a menudo me sucede que antes de que pase el enfermo al gabinete de consulta, entre a verme, disimuladamente, uno de sus familiares para pedirme que le oculte el mal al enfermo, para no aumentarle sus preocupaciones. En tesis general yo me niego a seguir el sistema pueril de las ocultaciones. Acostumbro decir a los enfermos su diagnóstico, **pero en tono menor**; huyo de los términos técnicos, sobre todo de los que más conmueven la conciencia del enfermo. Los de angina de pecho, de endocarditis aguda, de hipertensión maligna, de infarto del miocardio, éstos no los pronuncio nunca en su presencia; unos por el prestigio sombrío de que están rodeados ante el espíritu profano, y otros por la connotación temible de sus propios términos; en todo caso serían un golpe rudo para el paciente. Me basta con hablar de lesión cardíaca, de presión elevada, de endurecimiento de las arterias, de trastornos circulatorios, de corazón fatigado, de localización reumática en el corazón, etc., para que el enfermo satisfaga su necesidad de saber y para que aprecie que el médico ha reconocido ya su verdadero mal; pero sin que con ello obtenga mayores precisiones. Pero aun este diagnóstico impreciso y vago puede conmocionar el espíritu de un enfermo si es que no sabía hasta entonces de la existencia de su mal. Para quien ya había sido objeto de estudio médico y aun conocía su diagnóstico, se comprende que esta afirmación le hiera poco o no le hiera. En cambio, para quien lo recibe por primera vez, sí puede constituir un traumatismo que el médico debe paliar, agregando inmediatamente un pronóstico suavizado. Si se trata de enfermos fóbicos, de grandes angustiados, deberá el médico ocultar temporalmente su diagnóstico.

Prefiero entonces, admitir ante ellos que aún no tengo diagnóstico formulado y que me es preciso observar al paciente por algún tiempo, el necesario, precisamente, para calmar su angustia, para mejorar su estado y para ganar su confianza. Pasado el tiempo y mejorado el cuadro, el enfermo, a menudo, ya no vuelve a preguntar.

En el caso particular del anginoso, a quien no doy nunca ese diagnóstico, procuro rehuir el tema de las explicaciones. Y si el paciente apremia, una explicación somera sobre trastornos circulatorios en el corazón mismo, que le están causando el dolor y una formal invitación a que no intente seguirle buscando nombre a sus molestias, me evitan seguir en la conversación espinosa. La mejoría, que casi siempre se obtiene, se encarga muy pronto de alentar al enfermo.

La práctica de comunicar rudamente al enfermo su verdadero mal, causa más desastres de los que sabemos. Recuerdo el caso, curioso y trágico a la vez, de un enfermo a quien atendimos el Dr. Vaquero y yo, que sufría de angor pectoris de esfuerzo. Un día, para su mal, cayó en sus manos una carta de su señora, en la que contaba a alguno de sus familiares que el mal de su marido era angina de pecho. El golpe fué tremendo, el temor y la angustia de morir en uno de los accesos, orillaron al enfermo hasta el suicidio. Quería matarse para no tener que morir de angina. Tomó su decisión y escogió como modo, el de arrojarse de un edificio alto. Pero tenía que subir escaleras que le ocasionaban dolor y tuvo que subirlas muy lentamente, huyéndole así a su mal, para darse tiempo de poder suicidarse. Lograron impedirselo y cuando, pasado el tiempo, contaba después sus emociones, se daba él mismo cuenta del absurdo de su situación.

Y si ese daño se causa cuando el médico comunica a un enfermo preocupado el diagnóstico exacto de su mal, hay que pensar en el desastre que significa comunicarle un diagnóstico equivocado. El nervioso, el que sufre de neurosis cardíaca, a quien se le diagnostica una lesión o un angor pectoris que no existen, ese enfermo queda traumatizado para largos años. No hay poder humano ni prestigio médico que logren arrancarle ese clavo ardiendo con que lo hirieron. Podría decir, no de uno sino de muchos, de muchísimos enfermos que han sido víctimas de ese doble error

médico, de diagnosticarles lo que no tienen y de anunciárselo rudamente, sin tener en cuenta su neurosis.

En el caso particular del hipertenso, que puede vivir muy largos años sin trastornos o con trastornos apenas discretos, es grave error llamarles la atención sobre sus cifras, permitirles que se asomen a los progresos de su mal, hacerles que enfoquen su atención sobre un trastorno, al que de otro modo apenas si darían importancia. La tensión alta, de por sí, puede pasar con sintomatología pobre; pero si se injertan sobre esta hipertensión de base los espasmos, si se forma la hipertensión de lujo, si se añaden la preocupación y la angustia, entonces el cuadro no puede ser ni más frondoso ni más molesto. Y aparte de molesto, peligroso. El paciente que sabe que en un brote hipertensivo puede caer en ictus apoplético o sufrir de una crisis de angor o de infarto miocárdico o cegar súbitamente por ruptura o por trombosis de una arteria retiniana, ése va a pasar su vida espiando la aparición de los trastornos anunciados, que a lo mejor no llegan.

Yo no comparto, por eso, la opinión aquí sustentada por el Dr. Ortiz Ramírez. Hemos querido los dos que oigan ustedes los dos criterios antagónicos que profesamos, para que, a la vista de las razones de ambos, normen ustedes su criterio propio.

El médico debe ser consejero y guía, pero no maestro de su enfermo. La explicación detallada y la discusión del caso clínico, sólo contribuyen a mermar la confianza del paciente, que no siempre está en capacidad de comprender. Pero hay un caso en que no sólo es permitido, sino que es práctica obligada la de explicar y discutir y convencer al paciente acerca de la naturaleza de su mal: es el de los enfermos con neurotonía o con neurosis cardíaca. La simple afirmación de que nada tienen y de que no corren ningún peligro, puede a veces bastar, si el cuadro es ligero y el prestigio del médico es grande. Pero a veces no basta; es preciso tener en cuenta el delirio de interpretación de estos enfermos. Frente a una sensación molesta que les dice que el corazón duele, o cuando ellos perciben palpitaciones que los colocan en un estado de ansiedad, a veces terrible, se comprende que no pueda bastarles una afirmación magistral, diciéndoles: el corazón no tiene nada. Reclaman saber entonces por qué si el corazón está sano, da, sin embargo, manifestaciones tan molestas. Necesitan saberlo, no sólo por la sed

de saber, sino para convencerse ellos mismos de que su angustia es injustificada. En esos casos la explicación del médico viene a ser la mejor de las terapéuticas. Desde las comparaciones banales de su caso con el de aquel que padece indigestiones y sufre por ello dolores de cabeza, sin que por eso la cabeza esté enferma, hasta el hecho de explicarles cómo, bajo la influencia de una emoción, de cualquier orden que sea, el corazón acelera sus latidos notablemente y ocasiona palpitaciones molestas, sin que por eso el corazón esté enfermo; así otras muchas explicaciones imaginadas, las que el médico quiera en ese momento formular, sirven para convencer al enfermo de que el corazón puede dar su nota de dolor o de palpitación, sin que por eso forzosamente tenga que estar enfermo.

Hay algunos que quedan conformes y aun tranquilos con esta explicación, sobre todo cuando el tratamiento médico, el régimen, la aplicación de los sedantes, etc., hacen volver las aguas a su cauce; el enfermo conviene sin esfuerzos en que la explicación del médico fué exacta. Pero hay otros que en lugar de aceptar de buen grado la explicación de que "sus trastornos son nerviosos", parecen molestarse ante la idea de que se suponga que se trata de males imaginarios o fingidos. En algunos casos, por circunstancias de conflicto familiar, en que nadie toma en serio sus dolencias, la explicación de que se trata de mal nervioso les molesta, porque los coloca en un plano de inferioridad; en otros, porque ya el mismo diagnóstico les había sido dado por otro facultativo, sin que la terapéutica hubiese dado ningún resultado; el hecho es que parecen encabritarse ante la idea de que su mal sea diagnosticado como nervioso. Necesita entonces el médico recurrir a otro tipo de dialéctica; basta, a veces, con explicarles que tenemos dos sistemas nerviosos, explicación un tanto burda, pero que les es fácil de comprender: uno, el alto, el de los centros superiores, que nos sirve para las funciones nobles de pensar, de discernir, de recordar; mientras el otro nos sirve para las funciones bajas, de digerir, de respirar, de defecar; sistema bajo, sobre el cual no tiene acción ninguna la voluntad y que puede desarreglarse solo, independientemente del otro, o cuando menos con una suficiente independencia, en forma tal que al clasificar al enfermo de nervioso, no queremos decir que tenga trastorno alguno de sus facultades mentales, sino simplemente que se ha roto el equilibrio nervioso del sistema ve-

getativo, sin que eso constituya un estigma de inferioridad, ya que sobre él la voluntad del hombre no tiene acción. Cuando se le explica esto, cuando se le enseña que el corazón puede echarse a andar, sea aprisa, sea despacio, según que se adelanten o se retarden las manecillas del sistema acelerador o frenador, entonces el enfermo acaba por aceptar de buen grado la explicación que al principio pudo molestarle, de que lo suyo es simplemente un trastorno nervioso.

Cuando se trata de un neurotónico —y yo insisto en que sí puede caber en la nosología el lote de los simplemente neurotónicos—, sin angustias ni fobias, por lo tanto, sin neurosis cardíaca, y la comprobación de eso está en el gran lote de todos nosotros, los que en un día u en otro, en una temporada de nuestra vida hemos pasado por trastornos neurotónicos bajo la influencia de la fatiga, del surmenage, del abuso del tabaco, del café o a resultas de trastornos digestivos, pero sin que el mal haya repercutido sobre nuestro psiquismo —para esos neurotónicos, digo—, les basta la afirmación de que no tienen ninguna lesión cardíaca, que no corren ningún riesgo, que el mecanismo de producción de su trastorno es fácil de cortar y cuando eso lo miran realizado, la enfermedad está cortada en lo absoluto.

Cuando se trata de verdaderos tipos de neurosis cardíaca, del fóbico, del angustiado, la psicoterapia es la que pasa a primer plano; pero es preciso saber que la psicoterapia sola no basta a esos enfermos. Se requiere la ayuda del régimen, de un cambio en la vida o en el medio familiar, de un descanso, de un tratamiento sedante. Cuando uno los ve regresar a la consulta, al cabo de 8 ó 15 días, con sus palpitaciones calmadas, con que el sueño ha vuelto, con que la angustia se ha segado, sin que la psicoterapia haya sido todavía suficientemente intensa para suponer que sea ella la única autora de la curación, tenemos que admitir que el valor del régimen y de la cura sedante son algo más que una pura ilusión. Los enfermos nerviosos reclaman una explicación que les satisfaga y que los tranquilice y el médico se ve obligado a darla con todo género de detalle y a aguantar todo género de preguntas, a veces necias, cuando no impertinentes. Si el médico manifiesta su impaciencia, si se niega a tratar estos tópicos con el paciente, puede aceptar de antemano su fracaso.

Recuerdo de uno de mis enfermos, a quien no sé por qué circunstancia, si por prisa de ese día o por una de esas situaciones de espíritu en que se encuentra uno poco dispuesto para discutir impertinencias, traté con él demasiado rápidamente de su caso, sin darle mayores explicaciones. El enfermo no mejoró y se impuso el sacrificio de ir a Nueva York con objeto de consultar y recibir consejo. Allí le comprobaron que nada tenía en el corazón; pero le dieron la explicación bien amplia y detallada de su neurosis. El enfermo, bien curado, volvió sólo para decirme el éxito que aquellos médicos habían tenido, el que yo no había sabido lograr. "Si usted me hubiera explicado, me hubiera podido ahorrar el viaje", me dijo en tono de reproche. Frente al neurópata, el médico debe saber manejar sus propios nervios y controlarlos, porque sabe que más que de la prescripción misma va a depender de su actitud la curación de su paciente.

La actitud, pues, del médico frente a su paciente cardíaco, en lo que toca a si debe o no comunicarle su diagnóstico, podemos resolverla afirmando que el médico no debe recurrir a engaños, **que debe decirle la verdad, pero no toda la verdad**; que **más que las drogas, la verdad debe ser dosificada**. Hay verdades que al enfermo le conviene saber, aquellas que le ayudarán para cuidarse. Las hay que le conviene ignorar: aquellas que sólo se traducen en tortura o en depresión espiritual. Negarle a un paciente la enfermedad cardíaca que lleva, so pretexto de alentarle, es, en realidad, crearle un conflicto entre lo que él palpa y lo que le afirman; entre lo que ya le dijeron otros médicos y lo que ahora le niegan. Acabará por no saber cuándo le dicen la verdad y cuándo lo engañan. Y no es esa la manera de ganarse ni la confianza ni la obediencia de los enfermos. Hay que decirle al enfermo la verdad de su mal, repito; pero la verdad dosificada, aquella de la cual pueda derivar un provecho, y callar, en cambio, la que pueda herirle rudamente en la conciencia.

Y viene luego la segunda cuestión: ¿debe el médico decirle a su paciente cardíaco, el pronóstico que ha formulado? Es necesario insistir en la verdad viejamente conocida, de que es del pronóstico y del modo de enunciarlo, más que del diagnóstico mismo, de lo que va a depender el estado futuro de ánimo del enfermo. Y el médico no debe olvidar, por otra parte, que un cardíaco puede vivir muy

largos años, a veces con molestias mínimas, a pesar de lesiones que parecen avanzadas. Su capacidad de adaptación, sus energías de reserva, pueden permitirle una sobrevida prolongada —ya lo hemos dicho—, con tal de que el enfermo se imponga ciertas limitaciones razonables y de que se apegue, más o menos estrictamente, a los consejos médicos. Hemos visto muchos enfermos con lesiones valvulíticas adquiridas en la infancia o en la juventud y que pudieron, sin embargo, llegar al matrimonio, procrear una familia e ir a morir más tarde, en edad avanzada, por un padecimiento fortuito. Hemos visto hipertensos que adquirieron su hipertensión allá por los 45 años y que llegan a la vejez con molestias muy discretas. Una de mis enfermas, anciana a la que llamo “la paciente ideal”, me consulta a menudo, siempre sonriente y optimista, sin quejarse de nada, absolutamente de nada, a pesar de que el manómetro no alcanza a medirle su presión, que anda siempre arriba de 30 cms. de máxima. Y en esa situación llevamos ya seis años. Hemos visto anginosos, sujetos a una vida metódica y a un régimen adecuado, resistir 6 y 10 años, y a enfermos con infarto del miocardio, la lesión severa por excelencia, sobrevivir 6 y más años, sin sufrir secuelas molestas ni presentar un nuevo brote y sin que el médico pueda saber jamás si el infarto va a repetirse o si el que ya tuvieron va a ser, como rayo en seco, de los que sólo por una vez se descargan sobre el corazón.

El médico no puede saber muchas cosas. Las reglas generales, los promedios de estadística, la experiencia clínica, no pueden darle solución segura a sus problemas de pronóstico en cada caso concreto. Compenetrado de esa ignorancia, debe saber presentarle al enfermo la parte bonancible de su pronóstico, nunca la parte sombría. No conduce a nada útil, ni fuera humano, ilustrar al paciente con la enumeración de todos y cada uno de los riesgos que se le esperan, de las complicaciones que le aguardan ni menos de la forma en que puede morir. El paciente que podría disfrutar de uno, dos o más años de vida relativamente tranquila, con la tranquilidad que dan la ignorancia y la fe en su curación, los vivía angustiado, esperando a cada momento la aparición de los trastornos anunciados. Sobre la enfermedad física va a sufrir las consecuencias del choque psíquico. Y no es esa la función del médico. Ni por hábito de franqueza ni por alarde de sinceridad ni por

honradez profesional mal entendida —y no hablo de los casos en que se hace por alarde de suficiencia—, le es permitido al médico descorrer ante el enfermo el velo de lo que se le espera.

Por otra parte, repito, el médico no debe olvidar la facilidad con que se equivoca en lo que se refiere a pronóstico. Recuerdo algunos casos que me han dejado una impresión muy viva. Entre otros, el de un niño, a quien vengo atendiendo hace más de siete años, por una carditis reumática, con lesiones valvulares múltiples y gran cardiomegalia. Hace 2 años sufrió una grave recaída de su infección reumática. Se instaló la insuficiencia cardíaca y, desde un principio, fué rebelde al tratamiento. El estado general se alteró profundamente y la anemia, la desnutrición y la fiebre, vinieron a agravar el cuadro. Este estado se prolongó por largos seis meses, hasta hacer la situación insostenible: el niño se cubrió de nódulos reumáticos, la fiebre se hizo continua, la insuficiencia cardíaca irreductible y aparecieron trastornos severos del ritmo, anunciadores de una invasión profunda del miocardio. En estas condiciones sobrevino una embolia pulmonar y luego una pleuritis. Todo auguraba que el caso no tenía salvación posible y así lo dije a la familia. Y cuando el padre me preguntaba angustiado si sería cuestión de uno o de más días, nada pude ofrecerle de esperanza: el peligro era inminente. Han pasado 2 años y el niño sigue yendo a menudo a la consulta, con un magnífico estado general, aunque portador de su gran cardiomegalia, que casi no le origina molestias, y que le permite llevar una vida muy cercana a la de un niño normal. Si en este caso, reunidos los elementos de juicio más seguros para asentar un pronóstico fatal, el niño escapó, sin embargo, a la condena, hay motivo para que el médico se vuelva cauto y aprenda a desconfiar de sus juicios y a huir de la suficiencia y deje siempre un pequeño margen para lo imprevisto. Recuerdo de otro enfermo, a quien atiendo desde hace diez años por accesos anginosos clásicos debidos a esclerosis coronaria, accesos que han parado en infartos y han acabado por sumir al enfermo en la insuficiencia cardíaca. Y en este estado lleva cuando menos 5 años: sale de la insuficiencia y lo acosan los dolores del angor; sale del angor y vuelve a caer en insuficiencia. Y en esta oscilación pendular, el tratamiento le procura mejorías efectivas, pero fugaces. Lo que más ha fallado en él ha sido el pronóstico, porque desde

hace años no podía ser más sombrío. Y, sin embargo, el tiempo se ha encargado de dar un mentís a ese pronóstico.

El médico necesita tener muy en cuenta la existencia de esas sobrevidas prolongadas más allá de lo que es lícito suponer, para no hacer pronósticos categóricos, contundentes, que el tiempo puede encargarse de corregirle, con grave mengua de su prestigio profesional. Hay ocasiones, por supuesto, en que los datos clínicos obligan al médico a ser pesimista. Pero en esos casos está bien que lo sea ante la familia y ante sí mismo, pero nunca ante su enfermo. Aun convencido de que no podrá sacarlo del estado en que está, siempre habrá un síntoma dócil a la terapéutica, para que pueda utilizarlo como señuelo ante su enfermo. Con un poco que se corrija la disnea o que se calmen el dolor o el insomnio, ya habrá hecho algo en beneficio del enfermo y habrá ayudado a sostener hasta el fin sus esperanzas. Cuando un médico se cruza de brazos, diciendo que todo está perdido, más le valiera retirarse.

Lejos de estas situaciones extremas, solamente hay un caso en que sea lícito hablarle al enfermo de sus riesgos y mostrarle los peligros que corre: es en el caso del paciente apático que no toma nunca en serio ni a su enfermedad, ni a su médico, o en el enfermo rebelde que, aunque diga aceptar, de hecho no obedece nunca las prescripciones. Entonces la situación del médico es la inversa: necesita hacerle comprender a su enfermo los riesgos que corre al desatenderse; hacerle ver cómo es la suya una forma inconsciente de suicidio; pero sin omitir que esta amenaza depende de él alejarla, con sólo que siga una conducta razonable. Salvo este caso en que la franqueza tiene el valor de un tratamiento, en todos los demás no es lícito hablar a los enfermos de los riesgos que corren ni del final que les aguarda. Se pregunta uno si en el caso de saber uno mismo cuál es el futuro que se le espera, cuál la enfermedad que lo ha de matar y la fecha en que ha de morir, si volvería uno a tener un solo día sosegado en el resto de su vida.

Hay veces en que los enfermos, inteligentes y angustiados, le tienden un lazo al médico para saber si fué sincero al enunciar su pronóstico. Y cuando el médico ha hablado de lesión discreta o de trastorno sin mayores riesgos, le lanzan preguntas que para ellos sirven de verdaderos tests. Dos son las preguntas de este género que he visto usar más a menudo. Una, la de las jóvenes que pre-

guntan si se podrán casar, a pesar de que admiten que, por el momento, aun no tienen novio. La celada es clara. Y la respuesta no lo es menos. No estando planteado en firme el problema del matrimonio, bien puede ofrecerse el permiso para cuando hayan desaparecido los trastornos actuales. Y si el compromiso matrimonial ya existe y el estado de la enferma no permite la autorización, bastará con fijar un plazo, tan amplio como sea razonable, para ver si los trastornos retroceden y se puede, sin riesgo, efectuar el enlace, o si, por el contrario, el avance del mal hace comprender a la propia enferma la inutilidad de su empeño.

Este capítulo lo he tratado con amplitud en otra parte; si ahora lo traigo a colación, es sólo como ejemplo de la forma en que los enfermos suelen sondear al médico, para convencerse de su sinceridad.

El segundo procedimiento que les he visto a menudo usar, es el de preguntarme: "¿necesito arreglar mis cosas, debo hacer mi testamento?". Una respuesta afirmativa, sin explicaciones, tendría para ellos el valor de una confesión implícita del peligro que les aguarda; pero una negativa pondría al médico en la situación moral comprometida de haber impedido que el enfermo arreglara sus problemas familiares y saneara su situación material. El problema que se plantea es bien serio; sin embargo, desvirtúo esa seriedad con una respuesta rápida: "Señor mío, yo que no estoy enfermo, tengo ya arregladas mis cosas y hecho mi testamento; ¿cómo quiere usted que yo asuma la responsabilidad de decirle que no lo haga, si al salir de aquí bien puede atropellarlo un coche, sobrevenirle mañana una enfermedad cualquiera? El hombre prudente debe tener siempre sus cosas arregladas y no he de ser yo el que le aconseje que no lo haga". En esta forma eludo tratar el problema a fondo y, sin embargo, está bien clara la indicación, o más bien, la invitación para arreglar sus asuntos materiales; pero sin que esa indicación tenga el valor que ellos le suponían, o sea el de reconocer que su estado es grave.

Decir, pues, la verdad, en cuanto no hiera a los enfermos, aconsejarles lo que deben hacer, pero sin permitir que deriven de esa opinión ni de esos consejos, la idea de que su mal es grave ni menos irremediable, tal es la manera de cumplir con la función de

corregir los trastornos corporales sin producir por eso, un traumatismo psíquico.

Pero el problema se complica con otro de orden profesional. Por no hablar claro, por no decir más que la verdad a medias, ¿no va a crearse una situación falsa de la que más tarde se haga responsable al médico, por no haber hablado cabalmente? El médico está obligado, por lo tanto, a comunicar su verdadero diagnóstico a alguno de los familiares más ponderados, no al primero que lo pregunte y que bien puede cometer la imprudencia de decírselo o de hacerlo saber en alguna forma al paciente; en esta forma, cuando los acontecimientos se precipiten, nadie podrá atribuir el desenlace ni a ignorancia ni a mala fe. Ante los familiares el médico puede y debe decir lo mismo su diagnóstico que su pronóstico verdaderos; a ellos puede y debe decirles la verdad completa; pero esto no implica que deba su verdad ser pesimista; deberá tener siempre en cuenta sus limitaciones, las suyas, las propias, y las de la medicina y, además, el capítulo de lo imprevisto. Se puede hablar con franqueza de los riesgos que esperan al enfermo; pero dejando abierta una puerta a la esperanza.

Y llega el último capítulo: el médico ya en funciones de tratar, en el acto mismo de prescribir, después de haberse rodeado de todas estas precauciones para que su intervención sea eficaz. Aquí es donde tiene aplicación todo lo que hemos ido viendo detalladamente a lo largo del curso. No sería posible, naturalmente, repetir cuáles son las líneas de conducta que se deben seguir en tal caso y en tal otro; ese ha sido motivo directo de cada una de las charlas; pero lo que el médico no debe olvidar, es que no es con drogas solas con las que va a curar, que no es su misión fundamental la de dejar la prescripción escrita, la clásica receta; que necesita echar mano de todos y cada uno de los elementos de cura de que hemos hablado; que la acción medicamentosa sola no basta, que es menester rodear al enfermo de condiciones propicias en cuanto a régimen, en cuanto a género de vida, situación familiar, estado psíquico, cantidad de trabajo, etc.; que no debe olvidar la importancia de todos y cada uno de estos factores. El médico que le da una acción preponderante a la cura medicamentosa y olvida o deja en la sombra, en un plazo muy secundario, el empleo de todas las otras condiciones favorables, se expone a fracasar,

por bien que crea manejar su terapéutica. Entre esas condiciones, la que más necesita tener en cuenta, a propósito de estos enfermos, es el reposo. Recordar que el cardíaco es como una persona que tuviera un capital de reserva, y que de la prisa con que lo gaste depende la prisa con que lo acabe y que el género de vida fatigosa o ruda que lleve, no hará más que acortar, a veces lenta y a veces rápidamente, el capital que posee. De modo que habrá que imbuir en la mente de estos enfermos la idea de la utilidad de una vida ajustada a la medida de sus posibilidades; hacerles comprender cómo un organismo sano puede permitirse el lujo de desperdiciar energías y cómo un organismo enfermo está obligado a ajustar sus actividades a las posibilidades de su corazón. De la prisa con que gaste su capital de energía va a depender la prisa con que caiga en insuficiencia. El día en que el enfermo esté compenetrado de esto, ese día le dará la debida importancia a las curas de reposo.

Yo he visto fracasar a menudo la acción, por lo demás correcta, inteligente, de un médico, al tratar un insuficiente cardíaco o un infarto reciente del miocardio, por el hecho de no exigir a sus pacientes un reposo integral. Se les exige en los primeros días, después el enfermo se cansa de su inacción y reclama, el médico tiene complacencias y autoriza, antes de tiempo, cierto grado de ejercicio; la terapéutica medicamentosa sigue adelante, mientras que se abandona la cura de reposo. El resultado es que los meses pasan y la situación no se mejora, cuando no se agrava. Lo que el médico necesita, en este punto, es tener una noción bien clara del tiempo de reposo que debe aconsejar a sus pacientes. Si sabemos que en un infarto experimental del miocardio no se produce nunca la reparación cicatricial, la rigidez fibrosa de la cicatriz, antes de ocho semanas, y si sabemos que antes de ese tiempo el animal en experiencia, al que se le obliga a caminar o a hacer esfuerzo, es un animal que va a producir dilatación de su miocardio, en tanto que el animal, con igual lesión al que se obliga a quedar quieto, escapa de la dilatación cardíaca; si tenemos el hecho experimental aparte de la comprobación clínica, no hay razón para autorizar al paciente a que se levante a la vuelta de una o dos semanas, por el simple hecho de que no se queja de nada. Para

algo nos deben servir los conocimientos de fisiología y de medicina experimental, que aportan su luz en este campo.

Si sabemos, por otra parte, que un corazón infectado en forma aguda, no va a resistir la acción conjunta de los dos factores adversos, por una parte la infección reumática y por otra el exceso de trabajo que exige el esfuerzo físico, sobre todo si es rudo, y si sabemos que el resultado fatal va a ser entonces la dilatación rápida, acentuada, del miocardio, con degeneración profunda de la fibra, no hay razón para autorizar que el niño, por el solo hecho de que ya terminó la parte más ruidosa o molesta de su brote reumático y ha quedado nada más con febrícula de 37 grados 5, abandone la cama y vuelva a la escuela o se le permita jugar, cuando sabemos que la fiebre no es el índice mejor para saber del grado de infección de la carditis. Mientras esa carditis no se apague suficientemente y nos dé garantía de que aquel corazón ya no va a dilatarse, hay la obligación de hacer guardar el reposo por todo el tiempo que sea menester, lo mismo un mes que seis, no lo sabemos; pero sí es preciso que el día en que el niño se levante, lo haga con el estrago mínimo, con las lesiones mínimas, con la dilatación reducida al mínimo. El niño que al mismo tiempo que resiste la acción morbosa de su infección en el miocardio, tiene que resistir el esfuerzo físico de la marcha, de la escuela, del juego, es un chico que va a doblar el volumen de su corazón. Que el médico quede bien compenetrado de esa idea y sepa poner a su enfermo en las condiciones favorables. Los fundamentos fisiopatológicos ya los vimos en otra plática, ya sabemos cuál es la acción del reposo, cómo disminuye el número de latidos, cómo disminuyen las combustiones orgánicas y los requerimientos calóricos del organismo, cómo disminuye, por lo tanto, el trabajo cardíaco. A la hora de formular el tratamiento, que no se cometa, pues, el error de limitarse a la prescripción sola, sin ordenar el reposo que haga útil aquél. La prescripción, en esas condiciones, podría fallar, al grado de que yo acostumbro decir a mis enfermos que hay cierto número de medicinas que no obran en enfermos que andan; una cura de ouabaina no la prescribo ni la autorizo nunca, a los enfermos que continúan en su trabajo. Una de dos: o se trata de una insuficiencia cardíaca suficientemente avanzada o sería para prescribir la cura ouabáinica, o estamos empleando mal la ouabaina.

Hay veces en que el reposo no puede prolongarse mucho tiempo o las limitaciones que uno pone en la vida de sus enfermos no pueden ser cumplidas por necesidades económicas; tal es el caso del jefe de familia que se ve obligado a trabajar, el del empleado que pierde su trabajo; necesidades de la vida que obligan a una persona a suicidarse lentamente porque no tiene elementos materiales para resistir. Eso es algo que se escapa ya de la medicina y, en todo caso, de nuestra acción de médicos. Es el resultado de una serie de injusticias sociales, de una larga serie de fallos en nuestras organizaciones, de una falta punible de previsión, la individual, la colectiva, la del Estado. Eso no puede remediarlo el médico solo, y es menester, entonces, que ponga su esfuerzo para lograr un cambio, si no en la esfera general, que se escapa de sus alcances, cuando menos en una esfera limitada, de modo que los enfermos puedan tener la ayuda social que se requiere para que el tratamiento sea eficaz. Esas formas lentas de suicidio las vemos a diario en el Servicio. Cuando ingresa un cardíaco pobre para tratar su insuficiencia cardíaca y a la vuelta de ocho días, fresca todavía la insuficiencia, convaleciente apenas, sale y reanuda su trabajo, lo vemos volver a las dos semanas con nuevo brote de insuficiencia, con el corazón más dilatado y la degeneración más profunda del micoardio, hasta que en una de tantas entradas al Servicio, ya no vuelve a salir de él.

Es un hecho sabido de pronóstico, que los cardíacos que realizan trabajo material fatigoso acortan la vida tres veces más que los trabajadores de tipo sedentario. La supervivencia del primero es muy corta y mientras más abajo se está en la escala económica y social, menos se puede llevar la vida sedentaria. Sólo, pues, haciendo una organización que prevea estas contingencias y que ayude en ayuda de los enfermos para aliviar sus necesidades, sólo entonces podrán éstos realizar una cura efectiva y nosotros redondear nuestra obra, completando nuestra acción médica con el beneficio de la acción social. Es lo que tratamos de hacer aquí en el Servicio, al iniciar la construcción del Instituto de Cardiología, donde se puedan realizar todas y cada una de las fases de la atención médica, la profiláctica y la social, que son menester para que el enfermo obtenga el beneficio íntegro. Está en construcción en este momento y es posible que antes de dos años esté ya funcio-

nando. Junto a la organización médica habrá una organización de tipo social, encargada de resolver los problemas de los enfermos carentes de recursos que allí se acerquen, en forma de que el que necesite reposo pueda tenerlo, que el que requiera tratamiento pueda recibirlo, sin tener la grave preocupación familiar que le impida realizar su cura.

Llega, por último, el momento de ordenar la prescripción medicamentosa y para ello habrá que hacer recuerdo de lo que nos enseña la Terapéutica y de lo que abona nuestra experiencia personal. Libros y revistas, lecturas y meditaciones, éxitos y fracasos de la vida profesional, nuestra decisión concreta se alimenta de esos veneros. Podría, pues, cerrar aquí esta plática con la frase de Sydenham, que aconsejaba a sus alumnos: "aprended a manejar bien vuestros medicamentos, para que no tengáis después que quejaros de ellos". Sin embargo, pienso que una frase como esa no traduce el espíritu con que se mueven los médicos de hoy. Yo más bien la cerraría diciendo: "para hacer un correcto tratamiento de vuestros cardíacos, empezad, mejor, por aprender a formular bien vuestro diagnóstico. Lo demás... lo demás os será dado por añadidura".

●

Hallazgo de un parásito filariforme en el humor acuoso de una paciente oncocercosa, operada de catarata *

Por el Dr. ANTONIO TORRES ESTRADA

Es un hecho comprobado en la actualidad, que los síntomas oculares y las lesiones observadas en los ojos de los pacientes afectados de oncocercosis, son debidos a la presencia del parásito en los tejidos mismos del órgano y no a la acción a distancia, de las toxinas secretadas por los parásitos que se hallan alojados en los quistes y demás lesiones cutáneas en que hasta ahora es habitual encontrarlos.

El mérito de este descubrimiento científico corresponde a los miembros de la Comisión designada por el Departamento de Salubridad el año de 1930, e integrada por los doctores Salvador Gon-

* Leído en la sesión del 28 de febrero de 1940.