

CANCER DIGESTIVO EN MEDICOS MEXICANOS*

CARLOS VÉJAR LACAVE
Académico de número

Se cree habitualmente que el médico es una personalidad más o menos inmune a las enfermedades y se antoja para el vulgo que su posición debe ser siempre la de un hombre saludable y optimista que irradia alegría por todos sus poros. Naturalmente no se piensa que por su contacto con los enfermos, pueda ser precisamente lo contrario, es decir, un hombre frágil, dado que tiene mayores oportunidades de exponerse a los diversos agentes patógenos y a toda causa productora de enfermedad.

Por supuesto, ni una cosa ni la otra es verdad: el médico, frente a la enfermedad, es un hombre como otro cualquiera en lo que se refiere a sus defensas puramente físicas. Sin embargo, es totalmente diferente a los demás en cuanto a las irradiaciones psíquicas que el desequilibrio de la salud le impone. ¡Cuántas veces, atacados por un trastorno patológico o bien sujetos a una operación, hemos pensado con cariño y comprendido bien los sufrimientos de los otros! ¡Cuántas ocasiones, al sufrir en carne viva una enfermedad, hemos amado más nuestra profesión que nos da armas para luchar en bien de todos los que sufren! ¡Cuánto es verdad que somos más aptos para curar a otros que para curarnos a nosotros mismos! La inscripción que ostentaba el Templo Médico de Efeso en el Mediterráneo y que rezaba: "Médico, cúrate a ti mismo", sigue siendo supremo desideratum de nuestra habilidad profesional.

Los estudios hechos en Inglaterra y Estados Unidos sobre la salud de los médicos¹ nos enseñan la mortalidad en general:

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 29 de septiembre de 1954.

TABLA I

COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD EN VARIAS PROFESIONES ENTRE 20 Y 64 AÑOS DE EDAD, EN INGLATERRA Y GALES, 1930-1932

<i>Profesión</i>	<i>Mortalidad de los profesionales</i>	<i>Mortalidad entre las esposas</i>
Directores de bancos y de seguros.....	64	70
Ministros anglicanos	68	83
Maestros (menos de música)	69	73
Propietarios agrícolas	73	90
Ingenieros	84	79
Jueces, abogados, procuradores	90	
Médicos	107	82
Estibadores	137	131
Mincros de estaño y cobre	342	
Población total = 100.		

Y por ejemplo, la trombosis coronaria es una enfermedad que casi se puede considerar profesional por su frecuencia en nuestro gremio.

TABLA II^a
 PROPORCIÓN DE MUERTES POR TROMBOSIS CORONARIA,
 SEGÚN LA PROFESIÓN

Labradores	32
Mineros de carbón	40
Directores de bancos y seguros	183
Ministros anglicanos	218
Médicos	368
Mortalidad de la población total = 100.	

Por otra parte, el médico presenta mayor resistencia para sujetarse a medios terapéuticos. Se antojaría pensar que también él ha creído, erróneamente, que tiene cierta inmunidad para las enfermedades y acepta con el vulgo que se enferma poco; por eso, cuando nota algún desequilibrio en su salud, no lo trata igual que en los demás, sino que habitualmente deja al organismo que reaccione favorablemente frente a la causa que lo ataca; "conducta sabia en algunos casos, pero equivocada en los más". Y es que la reticencia a tomar medicamentos nos viene probablemente del orgullo que nos impide confesar que estamos enfermos y también, quizá, en algunos casos, de la duda que tenemos sobre su eficacia. Por lo demás, si acaso nos sujetamos a un tratamiento, lo abandonamos en cuanto nuestras molestias desaparecen, y provocamos así la tendencia a la cronicidad por la insuficiencia de la terapéutica. Por otra parte, somos esencialmente apáticos para exámenes completos, y las molestias y el tiempo que demandan los exámenes de laboratorio y radiológico, nos aterrorizan más que al común de los pacientes.

Son estas culpas las que pagamos muy caro, a veces con la vida, especialmente cuando nos acercamos a la vejez.

Por esto, el médico es el más malo de los pacientes y el tratamiento a un colega el más difícil que se nos presenta en el ejercicio profesional; de ahí también que el mecanismo psicológico que se desarrolla para buscar un diagnóstico, después aceptarlo, y posteriormente para instituir un tratamiento, sea más deficiente en un médico que en un individuo cualquiera.

II

El cáncer digestivo, que se ha tratado exhaustivamente en Congresos, en artículos, en libros y conferencias de radio y televisión y aun en la prensa ajena a nuestra ciencia, impone una verdad categórica y definitiva: es necesario hacer un diagnóstico muy al principio, un diagnóstico tan sutil que en algunas ocasiones es más intuitivo que racional. Sólo así el enfermo tendrá oportunidad de salvación mediante la intervención quirúrgica. De otro modo, la medida curativa desaparece y apenas podremos usar nuestros métodos paliativos y psicoterápicos.

A últimas fechas, Mac Donald³ ha lanzado a la publicidad la paradoja terapéutica del cáncer gástrico basada en el predeterminismo biológico del individuo frente al cáncer y la salvación del mismo, no tanto por la precocidad de la intervención, cuanto por la aptitud refractaria orgánica frente al padecimiento; mientras estos estudios reciben mayor confirmación, nosotros presentamos ahora las historias y el comentario resultante de haber visto morir a nueve colegas de esta terrible enfermedad localizada al tracto gastrointestinal. En cuanto al diagnóstico temprano, debemos decir que la sospecha que el médico tiene en el paciente es más precisa y más veraz que el autodiagnóstico; como que naturalmente esto cambia y tiene matices peculiares según el lugar del aparato digestivo en que la neoplasia se desarrolle.

En el esófago el cáncer tiene sintomatología molesta y en ocasiones temprana, ya que la disfagia, la sialorrea y la desnutrición llaman poderosamente la atención sobre el órgano y el médico que lo padece busca generalmente el examen complementario de tipo radiológico sin gran dilación. En el cáncer del recto, generalmente la hemorragia, el tenesmo y la diarrea, son también excelentes signos que pueden poner sobre la pista a tomar. Pero aquí el médico es mucho más lento en buscar la exploración complementaria por lo molesto de la endoscopia y por la confusión lógica con trastornos de tipo cólico y hemorroidario que presentan igual sintomatología.

Sin embargo, es en el estómago y en el colon en donde el problema del diagnóstico temprano no existe casi y se hace casi siempre tardío. Mucha

tinta ha corrido tratando de que los médicos verifiquen en sus pacientes mayores de 45 años un estudio radiológico completo de estómago y de intestino a la más leve sospecha de cáncer. Muchos médicos han respondido correctamente a esta inquietud y lo hacen así, pero muy pocos, casi ninguno, triste es aceptarlo, lo verifica en sí mismo. Ya en otro lugar hemos afirmado que la clínica es una dama veleidosa cuando se trata del cáncer gástrico; ningún síntoma, ni el dolor, ni la anorexia, ni las regurgitaciones, ni la dispepsia, ni la anemia, ni la constipación, en fin, nada, es característico del cáncer gástrico, y por tanto, el médico, llevado de su optimismo y también del miedo a comprobar un diagnóstico grave, y actuando por un mecanismo subconsciente de defensa, inhibe sus deseos de exploración completa, rechaza de plano en sí mismo lo que admitiría sin discusión en otro y se persuade de que sus síntomas dispépticos tienen una causa totalmente diferente a la del temible cáncer digestivo.

Lógicamente se pierde un tiempo precioso y la cancerofobia acentuada del profesionista conduce a un retardo en las pruebas complementarias, que podrían haber aclarado el diagnóstico en tiempo oportuno para liquidar quirúrgicamente la neoplasia. Lástima grande es esta actitud y mucho tenemos que lamentar, como lo expresamos en las líneas siguientes, respecto a la apatía y al miedo, actitudes negativas y causantes de los desastres patológicos que se observan en nuestros colegas.

III

Pocos problemas presentan a la faz del médico una solución más difícil que la actitud que debe seguirse frente al enfermo que tiene cáncer. En términos generales, el médico que sospecha una neoplasia trata de inmediato de confirmar por todos los medios diagnósticos a su alcance la veracidad de su sospecha. En caso que el laboratorio, los rayos X y, sobre todo, el anatomopatólogo, ratifiquen la sospecha y el enfermo sea un canceroso, el médico debe resolver si hay que decir al paciente el diagnóstico.

Will Fitts, Jr. e I. S. Ravdin⁴ hicieron una encuesta en Filadelfia preguntando a los médicos cuál era su conducta en lo referente a decir la verdad al enfermo de cáncer y las respuestas fueron como sigue:

TABLA III

¿DICE USTED AL ENFERMO DE CÁNCER LA VERDAD ACERCA DE SU PADECIMIENTO?

Respuestas aprobadas en los cuatro grupos siguientes:

1. Yo siempre digo.
2. Yo nunca digo.

3. Habitualmente digo; pero bajo ciertas circunstancias no.
4. Habitualmente no digo; pero bajo ciertas circunstancias, sí.

El por ciento de respuestas fue como sigue:

1. Siempre digo	3%
2. Usualmente digo	28%
3. Usualmente no digo	57%
4. Nunca digo	12%

Adviértese pues, que, en términos generales, todos los médicos estamos de acuerdo en que no se debe añadir al trauma físico que el cáncer provoca, el trauma psíquico de saberlo; los mismos autores señalan tres casos de suicidio en enfermos a quienes se dijo la verdad. Solamente en aquellos casos en que el enfermo es reacio para admitir tal o cual exploración o intervención quirúrgica, debe el médico hacerle saber el mal que lo amenaza para conseguir así su cooperación absoluta.

En el médico, desgraciadamente, el problema que se plantea es difícil, pues en cuanto se solicitan las pruebas complementarias, en cuanto se insiste demasiado en la exploración integral y naturalmente, en los casos en que hay que tomar incluso una biopsia, el médico no puede seguir siendo engañado; su sospecha de cáncer es firme y aunque el miedo lo aleja por un momento de la obsesión del cáncer, la duda lo mata, el temor a veces se impone y llegan incluso al grado de rechazar la certidumbre. Es por lo tanto indispensable un estudio psicológico de la personalidad íntegra del médico, de su medio familiar y del ambiente social en que vive, para decidir la conducta a seguir cuando pregunte por el diagnóstico de su enfermedad.

Si el cáncer es accesible a nuestros medios de curación fisioterápicos o quirúrgicos, la conducta no se discute: hay que recurrir a ellos de inmediato, puede ser que se llegue a tiempo; en cambio, si el cáncer es de tal modo avanzado que no exista ninguna posibilidad de curarlo, creemos que todos los esfuerzos del médico tratante deben tratar de mejorar o aliviar los síntomas dolorosos y de llevar a cabo una concienzuda psicoterapia.

IV

Cuando el estudio de la personalidad del médico enfermo nos lleva a la conclusión de que tiene el suficiente valor para mirar filosóficamente su mal, cuando él pide con energía conocer la verdad, desdeñando la opinión pusilánime de sus familiares, debemos quizá decirle todo; pero antes hay que aclarar muy cuidadosamente la veracidad de este deseo y a la menor duda, evadir toda respuesta definitiva y fatal que corte la esperanza, mintiendo piadosamente, igual que lo hacemos con los enfermos porque, contraria-

mente a lo que fuera de admitirse, el médico se familiariza con la ruerte de los demás, pero nunca con la propia. He aquí dos relatos que ilustran esta opinión:

Dr. B. M. 28 años de edad, casado.

Residía el médico en una población del Sur de la República, donde ejercía su profesión con mediano éxito. Hacía ya algunos meses que venía padeciendo dolor epigástrico irregular acompañado en las últimas semanas de algo de vómito, desnutrición y anemia. A pesar de ser muy joven, la sospecha de cáncer gástrico le hizo emprender el viaje a la Capital en donde fue encamado en el Servicio del Doctor Ayala González. Las exploraciones complementarias revelaron un carcinoma gástrico; especialmente al estudio radiológico, pero se decidió ocultar al médico este diagnóstico y pedir su operación bajo la rúbrica de úlcera del estómago. Sin embargo, probablemente alguna leve indiscreción, hizo sospechar al médico su mal y por la tarde logró conseguir la interpretación radiológica donde leyó el diagnóstico tan temido: "cáncer gástrico". Abandonó esa misma tarde el Hospital y tomó un cuarto en un hotel, escribió algunas cartas, una de ellas al doctor Ayala y con una pistola vieja, dio fin a sus días.

Huelga el comentario en este caso; el hacer saber a una persona que tiene cáncer puede producir fácilmente una conducta semejante. Ya hemos dicho que Fitts, Jr., y Ravdin señalan también tres casos de suicidio como resultado de decir a los pacientes la verdad diagnóstica.

V.P.V. Se trata de un viejo médico, radiólogo, que acababa de perder a su esposa cuando lo encontraron en el vestíbulo del Hospital, con una palidez que hacía contraste con su luto. Interrogado acerca de su salud, nos expresó algunos síntomas dispépticos que nos hicieron recomendarle una serie radiográfica. La serie fue sospechosa de neoplasia; el médico no quedó conforme y nos decía con vehemencia que deseaba saber con exactitud su diagnóstico; su actitud futura derivaba íntegramente de esta verdad. La serie fue repetida y la sospecha se confirmó, el cáncer estaba ahí. Con toda calma discutí con nosotros la conducta a seguir y aceptó la operación propuesta no sin antes arreglar todas sus cosas. El cáncer fue inoperable, demasiado alto y demasiadas metástasis en los órganos vecinos. Así se le hizo saber y entonces solamente nos suplicó tenerlo a base de antiálgicos que le permitieran evadirse del dolor. Es en él, en quien primero experimentamos el catéter intranaquídeo de polietileno para instilación frecuente de novocaína que calmara sus dolores. El ánimo del paciente no decayó un momento, físicamente se fue agotando, pero no lamentó haber conocido la enfermedad que lo llevaba a la muerte.

Este caso, comparado con el anterior, muestra la diferente actitud proveniente de la diferente personalidad.

Véase ahora un caso muy doloroso que aclara mucho el por qué de la conducta abstencionista que proclamamos y del intenso y definitivo deseo de vivir que tiene el alma humana.

Dr. R. M. 26 años de edad. Médico adjunto del Pabellón de Gastroenterología del Hospital General de México.

Se inició su padecimiento con trastornos rectales que a la exploración endoscópica parecen ser debidos a pólipos en dicho órgano. El aspecto, sin embargo, hace sospechar enfermedad Nicolás y Favre o carcinoma rectal. Por desgracia, la biopsia, por el momento, no aclara nada y el doctor enfermo piensa en una estenosis benigna rectal, que, sin embargo, llega a conducir a los médicos del Servicio hasta la colostomía. Mejoría del paciente que en esos días se prepara fervorosamente para tomar parte en la oposición para médicos internos, la cual logra ganar con margen muy amplio. Han pasado seis meses, los médicos deciden hacer una resección rectal y reimplantar el intestino en el orificio anal. La operación no tiene éxito, el tejido neoplásico se aclara francamente en el examen histopatológico y la vejiga se ve afectada por el proceso, presentando principalmente retención pertinaz que obliga a sondearlo. El paciente sospecha la naturaleza franca de su mal, en conferencia con sus mejores amigos y a la enfermera que devotamente lo cuida dice que él cree que tiene cáncer y que eso naturalmente lo llevará a la tumba en corto plazo. Sin embargo, piensa en su padre y en sus hermanos (el paciente no tiene mamá) y decide luchar por combatir al máximo su enfermedad.

Ha pasado poco más de un año, la colostomía se ha vuelto a hacer funcionar y la región perineal es una cloaca en donde asoman las zonas carnosas que muestran el tejido destruido por la neoplasia y las molestias urinarias son excesivamente penosas. Sin embargo, el médico se alimenta bastante bien y su estado es bastante más eufórico que en los seis meses anteriores. La causa es que el enfermo ha admitido morfínizarse y sus dolores prácticamente desaparecen; está obligado a recibir cuatro a seis inyecciones diarias de morfina y tomar además por vía oral varias cucharadas de la misma droga. Sus conversaciones en esta etapa no tienen el pesimismo anterior, piensa que puede mejorar, que las radiaciones pudieran hacer desaparecer la neoplasia o bien, que un nuevo medicamento o método pudiera descubrirse y ser utilizado en su caso particular. Su más grande pena en este tiempo no es la enfermedad sino el abandono. Ya sus amigos no lo van a saludar, los mismos médicos del Pabellón evitan en ocasiones entrar a su cuarto y casi podemos revivir uno de los muchos diálogos que tenía con su devota enfermera con quien decía iba a casarse cuando estuviera mejor.

—Ya oigo los pasos del Maestro, deben andar pasando visita. ¡Cuánto me gustaría andar con ellos!...

—Algún día andarás, no tengas cuidado, la vez anterior dijeron que te encontraban mucho mejor.

—¡Tú crees!... A veces creo sentirme bien, pero en cuanto tengo que verme o me tienes que sondear, me recuerdo amargamente de mi enfermedad.

—No pienses en eso, ya te dijeron que hables de otra cosa.

—Pero... ¿Qué pasa?... Ya se van yendo. ¿Por qué no han entrado a verme?

—Es que seguramente va de mucha prisa el Maestro. Le telefonaron que tiene un enfermo grave.

La desilusión se pinta este día, como tantos otros, en los ojos del médico enfermo, su cerebro trabaja y piensa: "¿Por qué lo abandonarán? ¿Realmente no habrá ninguna esperanza en su caso? Podían, por lo menos, decirle que está mejor, hacer una broma, mirarlo con ternura y hasta apretarle la mano... ¿Por qué no lo harán? ¿Es que realmente significa mucho un par de minutos gustados frente a él?"

Otro día, nuestro médico recibe la visita de un amigo querido, sólo que un tanto fogoso y deslenguado. Al despedirse murmuró:

--"¡Mira!, la verdad quisiera que esto terminara cuanto antes, me duele mucho verte sufrir". Y lo dejó solo. El se siente desorientado, la duda vuelve a hacerle mucho daño y cuando llega su enfermera-novia dice:

—"Vino Rubén y me dijo que ya deseaba que se terminara esto cuanto antes. . . ¿Es que tú piensas también que ya no hay otra solución que la muerte? ¿De verdad estoy muy grave?"

Naturalmente la gentil enfermera vuelve nuevamente a abrir el camino de la ilusión y la luz de la esperanza. Nuestro médico sigue pensando en la Ciencia que puede hacer el descubrimiento que él necesita en cualquier momento o quizá Dios mismo puede hacer un milagro que lo cure. Es este el único pensamiento grato entre todos los que alberga su mente y en su decúbito lateral; en el que ya tiene año y medio, sus ojos devoran libros y revistas de medicina.

Dos años duró aproximadamente este compañero, al verlo se pensaba que Dante olvidó en el infierno esta tortura, todo su cuerpo estaba convertido en una llaga, escaras en los hombros, en los brazos, en el tórax y todos los miembros inferiores, el periné destruido por el tumor y hasta las manos en su porción dorsal mostraban la escara del caquético. Era un ominoso tormento el tener que moverlo, así fuera unos cuantos centímetros en su cama, no había ya lugar en su cuerpo donde poner una inyección y sin embargo eran 12 a 15 inyecciones diarias las que necesitaba para no gritar de dolor. A pesar de todo, todavía unas horas antes de morir, no creía en la muerte y la esperanza de curarse se aferraba intensamente en su espíritu.

Después de este caso, creo que es imposible admitir que el médico provoque en el paciente el más leve trauma moral, porque cuando un individuo se enferma deja su aptitud y su propia independencia y vuelve a ser otra vez niño; es decir, a depender de alguien. No importa cuál sea la estructura psicológica del sujeto, nada raro es encontrar generales valerosos que con una enfermedad se tronchan como ramas tiernas, pugilistas, atletas y políticos y toda la gama de hombres con coraje y fuerza en la vida, a quienes la enfermedad abate.

Por lo tanto, fijan su mirada a su padre y protector que en este caso es fundamentalmente el médico que los atiende. Adviértese, pues, la inmensa responsabilidad que frente a estos enfermos tenemos, no desde el punto de vista puramente terapéutico en sus medios físicos, químicos y medicamentosos, sino fundamentalmente en la terapéutica moral, es decir, en la psicoterapia, ya que a esta clase de pacientes a menudo se les niega incluso este rayo de esperanza que les sirve de dicha en sus últimos días. ¿Cómo procederíamos con nuestro hijo? —pensemos— y así procedamos con el enfermo, pues por desgracia no es nada raro ver que una vez hecho el diagnóstico de cáncer inoperable, el médico abandona al enfermo, quien con frecuencia cae en las manos de los charlatanes de nuestra profesión. He aquí ilustrada, por el caso siguiente, esta conducta:

Dr. E. P. Ch. Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Profesor de Gastroenterología en la Facultad y Jefe del Servicio de Gastroenterología en el Hospital Central Militar, en donde el suscrito presta sus servicios.

Es, por ser distinguido gastroenterólogo, por lo que lo incluimos en esta estadística, a pesar de haber sido su cáncer en la laringe.

El maestro, conversador y optimista, empieza a tener disfonía, por lo cual le tiene la enfermedad en lo más vivo, después algunos dolores cervicales. Como esto no presentara ninguna esperanza de curación, se despierta inquietud en él, pero no piensa siquiera en malignidad. Por eso cuando su discípulo Edmundo Echeverría le menciona la posibilidad de cáncer, él la rechaza del todo. Sin embargo, sembrada la duda, decide ir a Rochester y a Filadelfia; al regreso del viaje no ha obtenido tampoco ninguna seguridad en el diagnóstico. Un tanto decepcionado y triste se va aislando hasta que sus dolores y la falta de otros caminos ortodoxos le hacen consultar y luego aceptar recluirse en la Clínica de un médico extranjero de aspecto bastante charlatanesco, en la cual muere, por fortuna, de probable espasmo glótico.

Finalmente relataremos el último caso que hemos tenido de un colega paisano nuestro de Jalapa, Ver.

C. E. R. de 78 años, había sido ulceroso; pero ahora su dolor era constante desde hacía más de seis meses; nos mostró una serie radiográfica mal tomada que no aclaraba gran cosa, pero lo hacía sentirse optimista y aunque hablaba de cáncer lo hacía con tono de broma sin la menor voluntad de creerlo. Lo enviamos a nuestro radiólogo a quien advertimos antes que no dijera nada del diagnóstico si resultaba maligno. Ya frente a las radiografías positivas logramos convencer al médico de su benignidad; pero al mismo tiempo, de la necesidad urgente de exploración quirúrgica. La operación fue practicada y se encontró un caso absolutamente no reseñable, por lo que se hizo sólo gastroenteroanastomosis. El médico mejoró francamente por casi seis meses y después continuó padeciendo hasta que se aplicó morfina y acabó por morir sin sufrimientos morales, pues ignoró siempre la verdad de su mal.

V

El contacto constante con el dolor ha endurecido nuestras almas, ha encallecido el espíritu y por eso inconscientemente en muchas ocasiones negamos esta maravilla del consuelo que nada nos cuesta dar. Especialmente cuando estamos frente a un hermano en la profesión debemos pensar que estamos obligados, como en ningún otro caso, a hacer todo lo más que sea posible por él. ¿Qué cosa, en qué consiste, todo eso más, que está en nuestra posibilidad hacer?

Cremos que la psicología del canceroso y en general de todo individuo tiende a alejar de sí el dolor y la muerte, insistimos que en nuestra ya larga carrera profesional ha sido verdaderamente raro encontrar una estructura mental que permita decir la verdad cuando esta verdad se resuelve en la sola sentencia de: "morir pronto y con dolor". Nadie acepta tortura seme-

jante y aunque la conciencia viril sonría y esté acorde en escuchar este tormento, la bestia de nuestro inconsciente se revuelve y rechaza veredictos semejantes; por eso nuestro médico joven en la historia que hemos relatado y que estaba convertido en una escara viviente, esperaba aún vivir. Y por eso, mientras no cortemos este hilo de la esperanza, la vida tiene un sentido por horrible que nos parezca. En cambio cuando este hilo se corta, sólo queda el recurso de la pistola, el veneno o la llave del gas.

Por lo demás, la rebeldía a morir se tiene, en el canceroso, mucho de lógico y de racional. Morton y Morton en un artículo intitulado "Cancer as a chronic disease"⁵ presentan 17 casos de cáncer de todos los órganos, no erradicados totalmente por la cirugía, y que se han comportado como una enfermedad crónica hasta por 25 años. Afirman que nadie puede predecir cuánto durará la enfermedad ya que la resistencia individual es muy diferente. En un editorial del JAMA del día 6 de julio de 1953, se estatuye la imposibilidad de prever el destino del enfermo de cáncer y se dice que algunos sobreviven mucho, otros evolucionan por ciclos en los cuales hay recidivas muy apartadas y células metastásicas duermen a veces en ganglios y otras estructuras vitales del organismo. En julio de 1954, Ferguson y Black, de la Clínica Mayo⁷ comunicaron, en un enfermo, comprobado histológicamente, un caso de desaparición espontánea de cáncer inoperable del colon descendente y considerando inoperable aunque radiado. Dos años después, durante una intervención se comprobó la desaparición del tumor.

Nosotros hemos visto dos casos de evolución muy lenta en cáncer del estómago y cáncer del útero, en uno de ocho años y en el otro de más de 15, y fuimos testigos de un caso curado de cáncer del esófago por métodos radioterápicos y radiumterápicos.

¿Quién puede afirmar al enfermo de un cáncer gástrico, en los cuales no es posible tomar biopsia, que no podamos estar equivocados en el diagnóstico? ¿Quién puede vaticinar la evolución de un cáncer digestivo? ¿Cómo podría negarse la aparición de algún medio terapéutico eficaz?, y aun en última instancia queda al creyente el recurso del milagro, que haga desaparecer espontáneamente lo que se creía incurable. Las enfermedades nos dan múltiples sorpresas y mientras esperamos que un canceroso se muera y hemos dado ya nuestro veredicto fatal, un infarto del miocardio nos mata a nosotros y el paciente asiste con toda devoción a nuestro entierro. Nada es más difícil que el pronóstico, pero entre tanto, nuestra conducta terapéutica debe ser más o menos la siguiente:

Una vez convencidos de la inutilidad de nuestros esfuerzos, nuestra meta debe ser conservar al enfermo lo más cómodamente posible evitándole las más leves molestias y calmando el más ligero dolor. No debe to-

marse en consideración bajo ningún aspecto salvo casos excepcionales, el prolongar la vida del enfermo; esto significa alentar una cosa cruel e inhumana; pero tampoco queremos decir que se deba abreviar los días de vida, lo que al fin y al cabo vendría a ser una eutanasia discreta. Nuestra única obsesión será liberar al enfermo de molestias y dolores. El tiempo que ha de vivir, no somos nosotros quienes debemos señalarlo. Por lo tanto nos parece que debemos proscribir terapéuticas tales como transfusiones, plasma, venoclisis y aun inyecciones tonificantes, excepto cuando tiendan a provocar una inmediata sensación de euforia. Pierre Mauriac en la *Presse Médicale*⁸ muy recientemente publica una comunicación en la que hace notar que el médico se ha convertido en el aduanero de los infiernos al impedir la muerte normal. "Morir en paz" se llama el artículo y dice que al contemplar los tormentos de las últimas medidas terapéuticas, se antoja que la muerte llegue a nosotros lejos de esas salas de suplicio que son los hospitales modernos.

Por eso a nuestros colegas les proscribimos, salvo en el caso de intervenciones quirúrgicas o fisioterápicas, la hospitalización. Psicoterápicamente nada es más útil que la permanencia del enfermo en el hogar en las condiciones que son habituales para él; así aleccionaremos cuidadosamente a la familia y con nuestras palabras trataremos de borrar toda sospecha de incurabilidad absoluta, quitando completamente el dolor buscaremos la comodidad material del paciente, levantaremos las restricciones y procuraremos encontrarle alguna ocupación grata.

En ningún caso nos mostraremos desalentados al verlo, discutiremos con él la prescripción de corteza suprarrenal, de benzedrina o de eupépticos y luego le haremos notar que la muerte no perdona ni a los sanos y que su lucha está condicionada por la seguridad que un día se llegará a vencer el cáncer, como los antibióticos han vencido a la sífilis y las vacunas prometen vencer a la polio. Recordaremos que más fuerte que el cáncer es el deseo de vivir y es raro ver perdida de modo absoluto la fe.

El panorama que ensombrece el fin de estos enfermos es doble, por un lado el dolor y por el otro el abandono; y es difícil expresar cuál de estas dos calamidades hace sufrir más. Lo importante para nosotros es que ambas están a nuestro alcance, las dos pueden ser remediadas por nuestra mano, justo en el momento en que estamos convencidos que el mal es incurable debe hacerse nacer nuestro deseo de asiduidad, de atención continuada, de interés creciente. Unos minutos frente a un enfermo de esta naturaleza significa más que horas enteras gastadas frente al paciente curable. Una conducta de aliento absoluto y de estímulo constante borra aquellos momentos de aflicción y de pena en los cuales no hay más horizonte que la

resignación y el desconsuelo. Una visita, una conversación, una sonrisa de estímulo, harán olvidar la enfermedad transitoriamente y un apretón de manos vigoroso y leal al despedirse deja en su ánimo un optimismo y una euforia que a veces dura todo el resto del día.

Adviértese, pues, para terminar, que la psicoterapia se resume en actitud humana, comprensión y sacrificio. Y si esto es frente a cualquier paciente, con mayor razón frente al compañero enfermo de cáncer incurable. Hagamos un esfuerzo, tratemos de tener un poco de tiempo libre para dedicárselo a él, esforcémonos por parecer sonrientes y confiados a la par que interesados y cariñosos y habremos ganado así para nosotros mismos la satisfacción del deber cumplido.

SUMARIO

Se presentan nuevos casos de médicos fallecidos por cáncer digestivo y se asegura que no son más diestros para hacer su diagnóstico precoz en ellos mismos que para con sus pacientes.

Se estudia la frecuencia y la psicología del médico enfermo. Su actitud refractaria a los exámenes complementarios y su indolencia a hacerse estudios.

Se analizan varios casos en relación a la estructura mental y a la actitud del médico enfermo y del médico tratante.

Se dan las normas de la conducta a seguir en los casos de enfermos con cáncer incurable, específicamente en lo referente a métodos psicoterápicos.

SUMMARY

Nine cases of physicians killed by digestive cancer are presented, and it is shown that they are no shrewder to establish their own diagnosis.

Frequency and psychology of the diseased physician are studied.

His negative attitude towards complementary examinations is also shown.

Several cases are analyzed in relation to mental upbuild and in relation to the attitude of the sick physician and of the treating physician.

Norms of behavior towards patients afflicted with inoperable cancer, specifically referring to psychotherapy, are also pointed out.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Abrams, Herbert K.: The Doctor's Health. G.P. 9: 36, Enero, 1954.
- 2 Morris, J. N., Heady, J. A. y Barley, R. G.: Coronary Heart Disease in Medical Practitioners. Brit. Med. J. 1: 503, marzo 8, 1952.
- 3 Mac Donald, A. N.: Predeterminismo biológico del cáncer gástrico como factor limitante de curabilidad. Gastroenterología. Año 1. Núm. 12, junio de 1954.

⁴ Will Fitts, Jr. e Is Ravdin: What Philadelphia Physicians tell patients with cancer. J.A.M.A. 153: 10-901-904, nov. 7, 1953.

⁵ Morton & Morton: Cancer as a chronic disease. Ann. of Surg. 137: 683, mayo, 1953.

⁶ J.A.M.A. 152-12, julio, 1953.

⁷ Ferguson y Black: Disappearance (probable spontaneous) of locally inoperable carcinoma of the descending colon: Report of case. P.S.M.M.C. 29-407-410, julio, 1954.

⁸ Pierre, Mauriac: Morir en paz. La Presse Médicale. Año 61, Núm. 69.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR CARLOS VEJAR LACAWE

PEDRO RAMOS
Académico de número

El trabajo del doctor Carlos Véjar Lacave es muy rico en sugerencias. Aunque en apariencia su marco parecería limitado, estas historias de médicos que adquieren un valor particular al reconocer en ellas al amigo o al compañero despiertan muchos pensamientos, muchos recuerdos y obligan a reflexionar sobre muchos problemas.

Son interesantes la variedad de reacciones observadas que van desde el suicidio hasta la sublimación realizada en un caso por el cuidado heroico de la enfermera y se admira el aplomo de aquel que a pesar de sentirse solo por la pérdida reciente de la esposa, espera la muerte con dignidad. Pero a mi manera de ver radica su mayor interés en suscitar la atención por medio de páginas tan valiosas y emotivas por sí mismas que sería redundante tratar de glosar o enaltecer hacia casi todos los problemas de lo que en clínica damos en llamar manejo de un enfermo neoplásico y como desgraciadamente la regla en la actualidad es nuestra insuficiencia para hacer un diagnóstico en tiempo oportuno, insiste con razón en la conducta que debemos seguir cuando no somos útiles ya a nuestros enfermos en el sentido técnico estricto.

Aquí es donde adquiere matiz peculiar este trabajo. Hace años que al doctor Véjar Lacave le preocupan estos aspectos, se ha distinguido entre nosotros por su tendencia a estudiar la psicología de sus pacientes por su empeño en popularizar esa actitud y muchos trabajos suyos o inspirados por él han sido dedicados a despertar en el medio médico el amor al estudio de la mente del enfermo. En este sentido Carlos Véjar ha sido un verdadero iniciador y un apóstol entusiasta.

Desde el punto de vista general la única esperanza de llegar a la terapéutica eficaz consiste en reforzar, tanto nuestra educación como nuestros medios de estudio hacia el objetivo de hacer el diagnóstico en fase útil. Cualquier descuido en este esfuerzo no admite disculpa. A mi manera de ver debe suprimirse de los tratados de patología el capítulo de sintomatología de las neoplasias porque imponen en la mente del estudiante y aún del

médico la idea de que para hacer diagnóstico habrá que buscar y comprobar datos que se presentan en realidad tan sólo en la neoplasia avanzada. El día en que hayamos logrado borrar de la mente del estudiante la idea de que hay síntomas de cáncer digestivo y enseñemos llanamente que debemos sospecharlo siempre, ante trastornos diversos y de apariencia banal a veces, entonces sorprenderemos algunas en el momento en que sea todavía radical la exéresis quirúrgica.

Las neoplasias del tubo digestivo se manifiestan principalmente cuando causan trastornos motores, cuando estorban el tránsito normal. Serán en general menos tardías en el tubo propiamente dicho, en el esófago, intestino, colon y recto, pero ; con cuánto retardo se manifiestan cuando asientan en el cuerpo del estómago, cuando el tránsito puede seguir un curso aparentemente normal! Es evidente que en el estómago se prestan a diagnóstico más temprano aquellas que asientan en los extremos, sea cardiacas o pilóricas, porque provocarán trastornos motores, en el primer caso de apariencia esofágica o bien síndrome pilórico; en el segundo, que ya diagnostica con más retardo. A veces los datos se presentan cuando la invasión es total.

Hasta que la solución de estos problemas sea efectiva deben ser de vigencia obligada las reglas de conducta en las que insiste el doctor Véjar. La verdad podrá decirse al enfermo sólo en casos contados pero deberá decirse siempre a los familiares indicándoles la norma que a su vez ellos deben seguir, al enfermo a quien no se le dice la verdad tampoco habrá que mentirle.

Todos hemos visto morir neoplásicos que esperan con heroicidad o paciencia o resignación fatalista su destino. Ante algunos de solidez moral incommovible se siente la propia inferioridad; éstos no necesitan de apoyo, a veces lo dan, pero la generalidad, sin embargo, lo ameritan y el médico que conoce el valor de su apoyo debería darlo siempre sin regateos aunque a veces le sea difícil o doloroso.

Por mi parte, soy partidario de que además de evitarles el dolor se les proporcionen a veces esas venoclisis y transfusiones que llegan a provocar euforia, como la procura el oxígeno al agonizante porque es ilusorio creer que va a prolongárseles la vida. Nuestro objeto será hacerles pasar sus últimos días en la mejor forma posible, ayudándonos de procedimientos que nunca torturen por sí mismos.

Agradezco mucho al doctor Véjar se haya fijado en mí para comentar su trabajo. Soy de los que creen que a nuestra educación técnica debe coronarla la norma indispensable de humanidad. De todas las carreras, la nuestra es evidentemente la de mayor contenido humano, la que da mayor preparación para entender los problemas del individuo y aún los de la so-

ciudad, en los que nadie como nosotros puede poner tan desinteresado empeño.

Nuestras generaciones próximas deberán considerar al ser humano en su integridad. No quiero decir con ésto que este aspecto se haya descuidado en la vida del médico, nunca dejó de ser el consejero y el psicólogo de sus semejantes, nunca dejó de tener ese carácter humano, pero en ciertas épocas ésto se hizo de modo vergonzante porque la educación técnica alardeaba prescindir de esos aspectos, pero, así como dice Enrique Anderson, que "los escritores habían vivido encandilados durante la Ilustración con las luces blancas y frías de la lógica y de pronto se empezó a ver que el verdadero espectáculo de la luz no estaba en ese alto horizonte sino en los infinitos colores de la realidad", así en este problema, cuando le ha sido inútil al médico la mejor de las preparaciones técnicas encontrará que tiene aún sus mejores armas en las dotes más íntimas de su generoso espíritu.