

## El enfermo en la historia de la medicina

### I. INTRODUCCION

VICENTE GUARNER \*

Nada hay más fundamental y a la vez, elemental en el quehacer del médico, dice Lafn,<sup>1</sup> que su relación inmediata con el enfermo, y nada en ese quehacer parece más permanente. La historia de la medicina constituye la serie de actividades personales, colectivas e institucionales que el hombre ha venido realizando desde siempre, conforme a determinados paradigmas científicos y dentro de ciertas situaciones sociales, para entender, prevenir y curar la enfermedad.

\* Académico numerario.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 28 de abril de 1982.

Recibido: 11 de octubre de 1982.

Aceptado: 1º de junio de 1983.

La historia de la medicina es en esencia la historia de la enfermedad y de su protagonista, el médico. Los tratados de historia de la medicina se encuentran llenos de nombres de grandes médicos. Se han escrito y se escriben libros acerca de la vida de los médicos pero frecuentemente se niega o se olvida que la historia de la medicina abarca una trilogía inseparable. Un tema fundamental: la enfermedad; un protagonista absoluto: el médico y un tercer elemento: el enfermo, que frecuentemente atraviesa anodino por el pasado histórico y solo llega a alcanzar un papel esencial en el instante presente.

En la historia de la medicina el médico ha sido considerado siempre el protagonista. Recordemos, empero, que los griegos, que introdujeron en el teatro la voz protagonista, de *protos*, primero y *agonistes*, actor, vieron, muy pronto, la necesidad de crear un segundo personaje al que Esquilo, el

gran iniciador del teatro, bautizó con la voz deuterogonista y lo presentó, por vez primera, en la Orestíada, la mayor herencia dramática del pueblo ateniense, a la que Swinburne, el poeta inglés decimonónico, llamó la más grandiosa creación del espíritu humano. La historia de la medicina olvidada, muchas veces, que el paciente, ese segundo personaje, logra con frecuencia abandonar su rango anodino para alcanzar un gran papel e incluso, en ocasiones, llegar a sublimarlo hasta merecer el carácter de héroe.

Es esencia insoyable de esa trilogía la consistente relación entre sus elementos en la que se articulan, en forma eficaz y armoniosa, el menester de un hombre y la capacidad del otro para remediar su menester. En su aspecto vivencial, la génesis del sentimiento de enfermedad es el tránsito subjetivo del bienestar propio del estado de salud, al malestar del estado morbo. En esta simplificación del estado morbo guarda considerable importancia, empero, su momento histórico-cultural y la peculiaridad que este ha impuesto en el enfermo y ¿por qué no?, el que el enfermo, con su individualidad ha estampado a su vez en él. Es frecuente que en este tipo particular de acontecer que constituye la historia de la medicina, esta nos relate los hechos, no hable del médico pero, ¿y el enfermo? ¿quién era el enfermo? ¿qué hacía el enfermo? ¿qué papel jugó su padecimiento ante tal o cual hecho histórico?

El paciente tiene, muchas veces, razones de peso suficientes para que se le incorpore como deuterogónico a la acción, aunque con frecuencia lo olvidamos. Una justificación podría residir en la inclinación natural observada, por ética, en el médico para omitir el nombre del enfermo, tendencia que debemos aceptar, que no ha sido siempre la misma al través de todas las épocas. En la antigüedad clásica existía, aparentemente, muy escaso secreto profesional y el nombre del paciente era agregado, casi como regla, a la descripción de las curaciones maravillosas. Todo el que haya tenido la oportunidad de visitar Epidauró, bajo la mirada de la curiosidad histórica, recordará la piedra de Hermodikus, quien era un parálitico que en tanto dormía en dicho templo, le fue encomendada por el dios Asclepio la misión de salir a buscar la piedra más grande del lugar y Hermodikus trajo la piedra que descansa en el Abaton. El mismo Hipócrates cita en sus escritos varios nombres como los de Filipus, cuya respiración era larga y rara, como la que puede ser observada en el ritmo de Cheyne Stokes. Durante la Edad Media, y en el mismo Renacimiento, los tratados de medicina rara vez citan los nombres de los pacientes. Es curioso observar como Ambrosio Paré menciona con frecuencia datos referentes a sus enfermos, como la edad y su ocupación, pero siempre oculta su nombre. No es sino ya entrado el siglo XVII, cuando Thomas Willis, del grupo de médicos oxfordianos, refiere el nombre del paciente al que lleva dilatando el esófago durante 15 años, debido a una afección que, con seguridad, correspondía con una acalasia. En el siglo XVIII, Herman Boerhaave,<sup>2</sup> de Leyden, describe el caso del barón

John Wassenauer, gran almirante de la marina holandesa, quien sufría de gota. El ilustre paciente manifestaba que desde hacía muchos años sentía una cierta incomodidad gástrica después de la ingestión de alimentos y por ello, acostumbraba vaciar su estómago en forma postprandial, mediante la ingestión de ipecacuana y de una copiosa infusión de cardo, que cumplían su función emética. Al final de una larga jornada de montar a caballo, el almirante ingirió una abundante ración de carne, después de la cual provocó el vómito, en la forma acostumbrada. En esa ocasión no logró vomitar la carne ingerida y en cambio se vio sorprendido por un intenso dolor retroesternal, que se extendía hasta la parte alta del abdomen. Sus médicos de cabecera intentaron diversos tratamientos y finalmente, consultaron con el propio Boerhaave. Cuando este último llegó a visitar al enfermo, el paciente presentaba un grado importante de enfisema subcutáneo y disnea, además de signos de choque. Boerhaave llevó a efecto el estudio *postmortem*, en el cual se demostró la perforación del esófago, en su tercio distal. Constituye esta la primera descripción clínica de una ruptura espontánea del esófago.<sup>3</sup>

La actuación meritoria del enfermo, como figura meritoria de la medicina, ha acontecido en todas las épocas y bajo un sinnúmero de circunstancias. En una forma si se quiere un tanto simplista, podríamos considerar que la intervención del paciente ha llegado a merecer una expresión relevante, desde el punto de vista histórico, cuando se encontraba integrando un grupo de individuos afectados simultáneamente, todos ellos, por una misma enfermedad o por un mismo accidente. Los ejemplos han sido numerosos. Bástenos recordar las contribuciones a los estudios de volumen sanguíneo y a los estudios metabólicos en el estado de choque, provenientes de la investigación y de la experiencia adquirida con soldados norteamericanos durante la guerra de Vietnam. En otras oportunidades, la actuación del que sufre el estado morbo ha alcanzado este nivel trascendente en su naturaleza individual.

Quienes participamos en este simposio intentamos recordar, ejemplificar y analizar con modelos concretos, algunas de aquellas situaciones en que el enfermo ha desempeñado un papel sobresaliente en la historia de la medicina. En primer lugar, el doctor Fernando Ortiz Monasterio presentará un ejemplo en que un grupo de individuos afectados todos ellos simultáneamente por un tipo semejante de lesión, proporcionaron a la medicina una experiencia de tal naturaleza, que sirvió para transformar toda una conducta terapéutica. A continuación, el coordinador discutirá la posición del enfermo como protagonista de la historia de la medicina y, finalmente, el doctor Juan Somolinos disertará acerca del tema de el paciente y la idea de enfermar.

#### REFERENCIAS

1. Lahn Entralgo, P.: *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid, Revista de Occidente. 1964.

2. Boerhaave, H.: *Atrocious nec descripturus. Morbi historia. Secundum medicae artis lege conscripta.* Lugduni Batavorum (Leyden) Bouros Teniana. 1574.
3. Derbes, V. L. y Mitchell, R. E.: *Herman Boerhave. The first translation of the classic case report of rupture of the esophagus with annotations.* Bull. Med. Libr. 43:217, 1955.

## II. LOS PACIENTES QUE CAMBIARON EL CONCEPTO DEL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS. EL HOLOCAUSTO DEL COCOANUT GROVE

FERNANDO ORTIZ-MONASTERIO \*

Al través de los siglos se han acumulado innumerables informes, algunos verídicos y muchos otros dudosos, sobre los padecimientos que han afectado a personajes importantes y que, por el momento en que ocurrieron, cambiaron o influenciaron substancialmente el curso de la historia.

Poco se ha dicho sin embargo, de los pacientes en quienes se hicieron investigaciones o se ensayaron medidas terapéuticas que dieron lugar a un cambio en los conceptos médicos aceptados.

Escogí para mi participación en este simposio, no el estudio de un paciente, sino el examen de un grupo numeroso de personas que sufrieron quemaduras graves al incendiarse un centro nocturno en Boston hace 40 años. Los métodos empleados para su tratamiento no eran totalmente nuevos; algunos de ellos habían sido usados y comunicados previamente o se habían aplicado a soldados quemados en los diferentes frentes de la guerra. Lo que hace interesante este episodio es que dio la oportunidad de tratar simultáneamente a un grupo grande de pacientes, en hospitales con todos los recursos necesarios, con personal médico altamente capacitado y en un medio con orientación académica e interés por la investigación, en el que se elaboraron protocolos rigurosos y se evaluaron los resultados minuciosamente.

Para apreciar la importancia de este evento conviene revisar brevemente en qué estado se encontraba el tratamiento de las quemaduras al finalizar el primer tercio del siglo XX.

El interés por las lesiones causadas por el fuego se remonta a una época muy temprana de la humanidad, seguramente al momento en que el hombre descubrió el fuego. Hipócrates sugería mezclar grasa de puercos con resina y bitumen y aplicarla en un vendaje después de calentarla. También propuso el empleo de compresas empapadas en vinagre caliente y más tarde trató otras lesiones con soluciones de corteza de roble.

\* Académico titular. Hospital General "Manuel Gea González". Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Pablo de Aegina, médico bizantino del siglo VII, utilizaba emolientes aplicados localmente y Avicena recomendaba el uso local de refrigerantes que seguramente deben haber mitigado el dolor. Williams Clowes, en su libro sobre las quemaduras con pólvora publicado en 1596, describió un tratamiento con el ungüento propuesto por Ambrosio Paré y, aun cuando no reconoció la diferente profundidad de las lesiones, empleó cinco tipos de complicadas fórmulas para diferentes partes del cuerpo.

En 1607 Fabricius Hildanus publicó *De Combustionibus* en el que reconocía tres grados de quemaduras. Kentish, en 1817, escribió su *Essay on burns* que se convirtió en el texto clásico (fig. 1).

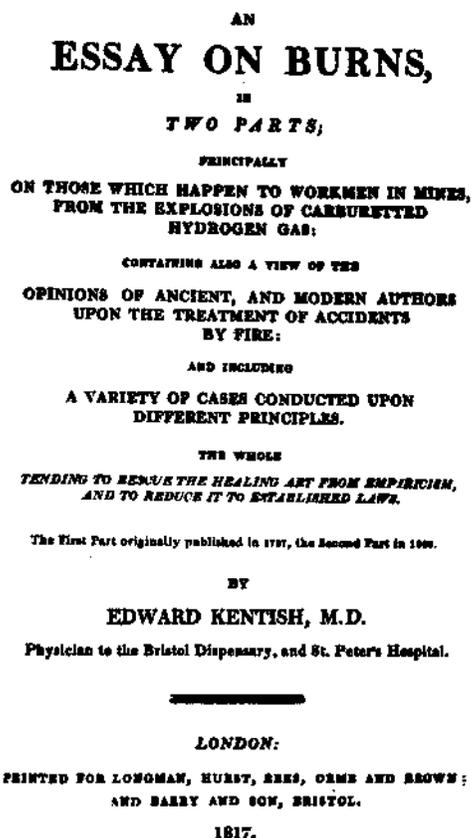


Figure 1. Title page of an early book on burns by Edward Kentish.

Fig. 1. Fotografía de la portada del primer texto clásico sobre quemaduras.

En 1852 el barón Guillaume Dupuytren, cirujano de París, clasificó las quemaduras en seis grados según su profundidad (fig. 2). Syme propuso en 1833 el vendaje compresivo de algodón, ocupándose también de la dirección del primer hospital para quemados en Edimburgo, cuyo antiguo edificio todavía existe.



Fig. 2. Retrato del barón Dupuytren, quien presentó el primer intento de clasificación de las quemaduras.



Fig. 3. Frank P. Underhill, iniciador de los estudios de pérdidas líquidas en quemaduras en 1921.

Sir George Ballinghall, también de Edimburgo, en su tratado sobre cirugía militar publicado en 1833, hace un espléndido análisis de la muerte temprana del quemado y de la que ocurre al final de la segunda semana pero, a pesar de que parece haber comprendido algunos aspectos de la fisiopatología de la lesión térmica, continuaron empleándose las sangrías y los purgantes. Deberían pasar casi cien años más para que se diese la debida importancia a la pérdida de líquidos, cuyo tratamiento no se inició hasta que aparecieron los estudios de Underhill en 1921 (fig. 3).

Hacia la misma época, el tratamiento local de las áreas quemadas tampoco había progresado. En 1925 Davidson revivió el viejo tratamiento con ácido tánico, empleado para curtir pieles, y Aldrige en 1933 propuso el uso del violeta de genciana como escarótico, pensando que tendría un efecto bacteriostático.

Por lo que respecta al empleo de los injertos libres de piel, ensayados por Baronio en 1804, se empleaban desde que Reverdin en 1869 describió el uso de pequeños islotes circulares de 2 mm de diámetro y Ollier, en 1872, el de porciones más

grandes (figs. 4, 5 y 6). Thiersch y Wolfe contribuyeron con su experiencia en injertos del espesor total de la piel (figs. 7 y 8).

Al terminar el primer tercio del siglo XX y en muchos países hasta más tarde, el injerto de pelliclo de Reverdin seguía empleándose para cubrir la superficie cruenta en las quemaduras; comenzaba apenas a popularizarse el uso de injertos grandes de espesor parcial de la piel propuestos por Blair y Brown.

Como puede verse, el tratamiento de las quemaduras no había sido universalmente comprendido ni aceptado en 1940. Seguían usándose los tradicionales ungüentos, escaróticos, emolientes y antisépticos, mientras los pacientes languidecían año tras año en las pestilentes salas de quemados de los hospitales. A pesar de siglos de observaciones clínicas, resultaba difícil para los cirujanos entender que las quemaduras, como otras lesiones traumáticas, no son problemas locales sino que afectan a toda la economía.

La noche del sábado 28 de noviembre en 1942, casi un año después del ingreso de los Estados Unidos de Norteamérica a la segunda guerra mun-

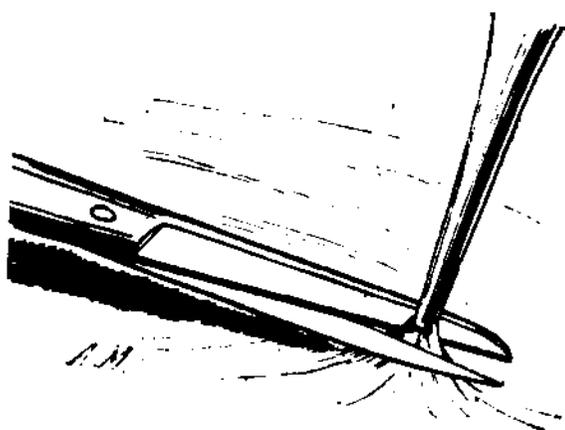


Fig. 4. Reproducción de la publicación original de Reverdin, en 1869, sobre la toma de injertos de piel.

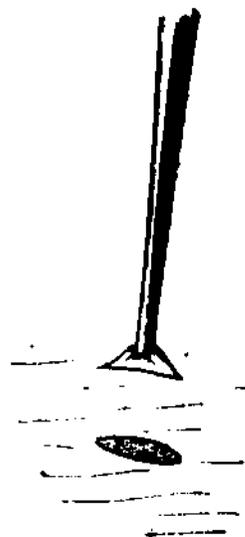


Fig. 5. Retrato de Ollier, quien inició el uso de injertos de piel de mayor tamaño en 1872.

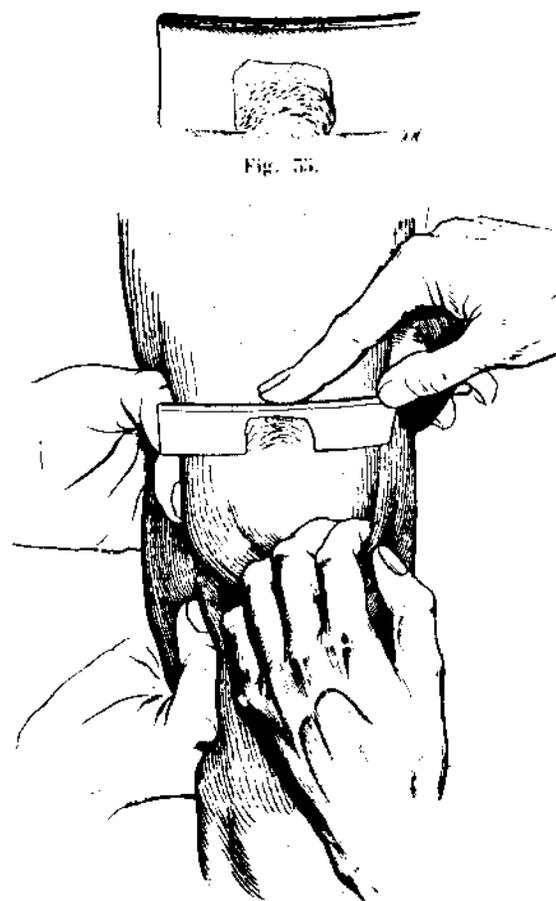


Fig. 6. Reproducción de las ilustraciones originales para la toma de injertos de piel de espesor parcial de Ollier y Thiersch.



Fig. 7. Fotografía de Thiersch, iniciador del uso de injertos de piel para cubrir superficies cruentas.

dial, ocurrió un incendio en el cabaret "Cocoanut Grove" en Boston en el que perdieron la vida 491 personas y muchas más resultaron quemadas (fig. 9). 114 víctimas, entre muertos y vivos, fueron llevados al Massachusetts General Hospital.

El "Cocoanut Grove" era un típico centro nocturno construido de ladrillo y estuco, con techo bajo y decorado con cortinas inflamables. Esa noche tenía una clientela inusualmente numerosa; aproximadamente mil personas ocupaban el local cuya capacidad era de 600. Los bares estaban congestionados, todas las mesas llenas y la variedad estaba por empezar.

El fuego comenzó a las 22:15 horas en el "Melody Lounge" quemando cortinas y palmeras artificiales y se extendió a las escaleras cortando la salida. Con gran rapidez se comunicó al techo del salón principal y el público se abalanzó sobre la única puerta que, por ser rotatoria, se bloqueó de inmediato dejando apiladas 200 víctimas. Cien personas más fueron atrapadas en el "Broadway Cocktail Lounge", donde la puerta se abría hacia adentro. Un empleado logró abrir una sola de las puertas de escape del salón principal y las demás quedaron ocultas por las cortinas que cubrían las paredes.



Fig. 8. Fotografía de R. Wolfe, pionero en el uso de injertos libres de piel de espesor total.

Los bomberos actuaron con rapidez y eficacia, rescatando a los vivos. Perdieron la vida 491 personas y 181 más fueron trasladadas a los diferentes hospitales junto con otras 300 que fallecieron antes de llegar. 31 pacientes fueron internados en el Massachusetts General Hospital, 131 en el Boston City Hospital y en otros centros. Durante las siguientes dos semanas murieron 39 de ellos.

Los primeros pacientes llegaron a la sala de urgencias del Massachusetts General Hospital a las 22:30 horas. La organización para atención de catástrofes, cuidadosamente planeada meses antes, se puso en marcha y para las 23:15 el grupo de médicos, enfermeras de turno, enfermeras fuera de turno, voluntarios, trabajadoras sociales y personal de intendencia, estaba completo y trabajando.

Se internaron 39 personas con quemaduras de extensión variable, complicadas con los efectos acumulados del frío, exposición a la intemperie, miedo, choque y asfixia parcial. Se les quitaron las ropas mojadas; se cubrieron con compresas estériles y cobijas y se les administró morfina. Se cubrieron las quemaduras con gasa impregnada con ungüento de ácido bórico y vendajes compresivos.

Se administró plasma humano a 29 pacientes, empleando 120 frascos en las primeras 24 horas.

# CLUB FIRE

## Hundreds Hurt in Panic as the Cocoanut Grove Becomes Wild Inferno

By SAMUEL A. CUTLER

The worst disaster in Boston's history last night snuffed out the lives of 386 merry-making men and women in the blazing inferno of the famous Cocoanut Grove nightclub amid scenes of utter panic and horror. Crushed, trampled and burned as nearly 1000 patrons, entertainers and empty seats fought desperately to gain the exits through sheets of flame, scores of victims were left lying on the floor in piteous. Others reached the street enveloped in fire, only to die in agony in the street in hospital.

Fig. 9. Reproducción de la primera plana del periódico *The Globe* de Boston publicada el 29 de Noviembre de 1942, reportando el incendio del cabaret "Cocoanut Grove".

Se empleó oxigenoterapia en los casos indicados y mezcla con dióxido de carbono cuando había signos de intoxicación por monóxido. En algunos casos fue necesario intubar a los pacientes y hacer traqueostomía en otros.

En todos los pacientes se inició la reposición de líquidos por venoclisis, administración de sulfadiazina por la misma vía y se procedió a efectuar los estudios de laboratorio de rutina. El departamento de anatomía patológica, con carácter de urgencia, llevó al cabo la misma noche las autopsias de los que fallecieron al llegar, buscando datos que pudieran contribuir al mejor cuidado de los supervivientes.

El análisis de los datos de cada expediente fue hecho algún tiempo después, y dio lugar a numerosas publicaciones. Se analizaron los conocimientos adquiridos y los errores cometidos en materia de manejo de catástrofes, servicio social, quemaduras de vías respiratorias, resucitación y sedación, manifestaciones neuropsiquiátricas, tratamiento local, infección, rehabilitación y respuesta metabólica.

Por lo que respecta al manejo de catástrofes se puso en evidencia la necesidad de tener un grupo previamente preparado y adiestrado para las siguientes tareas:

1. Comunicación telefónica expedita para reunir al personal a cualquier hora.

2. Equipos de enfermeras y auxiliares para desvestir a los pacientes, colocarles identificación y guardar sus objetos de valor.
3. Grupo de tratamiento del choque, oxigenoterapia y administración de morfina.
4. Estudios anatomopatológicos inmediatos.
5. Relaciones públicas.

En las víctimas del "Cocoanut Grove" se hicieron importantes observaciones en el área neuropsiquiátrica, en relación con:

1. Ajuste emocional frente a la catástrofe.
2. Estados psicóticos.
3. Psiconeurosis.
4. Estudios de conducta ante la pena por pérdida de familiares.

Tal vez los más importante avances se hicieron en relación con las quemaduras de las vías respiratorias, tanto por la observación clínica como por los estudios de autopsia. Quedaron desde entonces mejor comprendidas las lesiones altas y las del alvéolo, su evaluación y su terapéutica. Se abrió también el camino para numerosas investigaciones en este campo.

Se confirmaron las ventajas del tratamiento local conservador de las quemaduras, los inconvenientes de la desbridación inicial durante el periodo de choque y la cicatrización espontánea de las lesiones de segundo grado cuando se evitan agentes agresivos. En las lesiones profundas, los injertos de piel de espesor parcial colocados tan temprano como sea posible, alrededor de la tercera semana, demostraron una vez más y para siempre su excelencia.

Las investigaciones bacteriológicas llevadas al cabo en las áreas intactas, en la superficie quemada, sangre y vías urinarias de estos pacientes, iniciaron el camino que ha permitido la comprensión moderna de la sepsis del quemado.

Pero sin lugar a duda, los avances más trascendentales fueron los del entendimiento de la fisiopatología y el tratamiento del choque, complementados por las observaciones de la respuesta metabólica a la agresión térmica. Por mencionar sólo un hecho, se explicaron las razones por las cuales no actúa la morfina como analgésico cuando el colapso vascular periférico limita su absorción del sitio de la inyección, para que en cambio, al ceder el colapso, puedan absorberse dosis masivas y a veces letales.

La terrible tragedia ocurrida en el "Cocoanut Grove" hace 40 años costó la vida de casi 500 alegres noctámbulos y produjo lesiones a muchas personas más, tantas que es imposible mencionarlas por su nombre. La espléndida organización del Massachusetts General Hospital, la visión clara y el espíritu científico de los médicos que los atendieron, Oliver Cope, Francis Moore, Bradford Cannon y tantos más, hicieron posible obtener conocimientos que cambiaron para siempre el curso de la historia de las quemaduras y cuyas repercusiones a largo plazo aún estamos viendo (figs. 10

y 11). El holocausto dejó enseñanzas que han permitido salvar la vida, aliviar el dolor y disminuir las secuelas de muchísimos quemados.

### III. EL ENFERMO COMO PROTAGONISTA DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

VICENTE GUARNER \*

★ ★ ★

**In the long months in which the survivors were treated and the 10 years in which many of their cases have been followed proof has accumulated that the internal economy of the victim needs more care than his surface burns. Nutrition, blood plasma, whole blood, oxygen and antibiotics to check infection and prevent shock proved more valuable in saving life than treatment of the burns themselves after Cocoanut Grove.**

★ ★ ★

Fig. 10. Reproducción del artículo publicado en el periódico *The Globe* de Boston en Noviembre de 1952. 10 años después del accidente del cabaret "Cocoanut Grove".

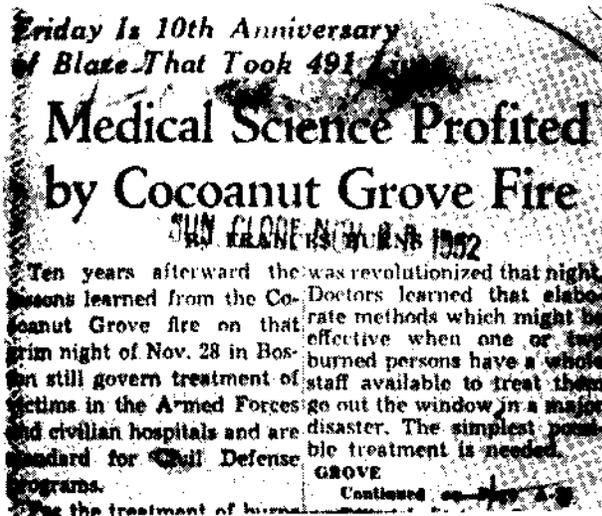


Fig. 11. Fragmento del texto publicado en el periódico *The Globe* de Boston en Noviembre de 1952, analizando los avances logrados como resultado de la tragedia del "Cocoanut Grove".

La actuación del enfermo como protagonista de la historia de la medicina ha acaecido en eventualidades diferentes y bajo sesgos muy distintos. Menciono a continuación algunas de estas situaciones que han acudido a mi razón natural e intento agruparlas e ilustrarlas con ejemplos concretos.

El paciente ha sido incorporado a la historia de la medicina por haber resultado objeto de la innovación de un procedimiento determinado, las más de las veces de orden terapéutico. En incontables ocasiones ello ha acontecido en cirugía, escenario este último que ha llegado a sublimar la actuación del enfermo. Los ejemplos de lo que antecede son numerosos, incluso en nuestros días; bastaría con citar los primeros casos de transplante de corazón.

En otras oportunidades, el paciente ha resultado un medio favorable de observación y de experimentación, condición que le ha llevado a la inmortalidad, al haber contribuido con su organismo, al progreso de las ciencias básicas.

Cuando un personaje se convierte en enfermo, tanto él como su padecimiento adquieren un carácter singular y, en un sinnúmero de condiciones, ello se ha prestado para que ambos, paciente y enfermedad, se incorporen al campo de la historia. En muchas circunstancias —y con toda probabilidad en muchas más de las comúnmente conocidas— un personaje importante en la esfera política, adquiere un padecimiento que, en su momento, puede, inclusive, resultar trascendental para la humanidad. Debemos aceptar que el médico, al asumir la situación de enfermo, guarda una posición distinta del que no lo es y por tal motivo, ello le ha llevado, también, a adquirir un papel histórico.

Existen, finalmente, ejemplos en los cuales es la necropsia la que confiere perfil histórico al enfermo y constituye, virtualmente, el medio por el cual llega a esclarecerse la historia.

Han sido incontables las ocasiones que ha tenido el enfermo de pasar a la historia, como innovador de un procedimiento terapéutico. Louis Pasteur,<sup>1</sup> a pesar de no ser médico, otorgó un crédito absoluto a aquellos pacientes que le ayudaron en su lucha contra la enfermedad. Un ejemplo de ello lo constituye el alsaciano Joseph Meister, quien el día 4 de julio de 1885, a los nueve años de edad, fue atacado y mordido gravemente por un perro rabioso mientras se dirigía a la escuela. El pequeño paciente le fue enviado a Pasteur, quien no libre de preocupación y de angustia le administró, por vez primera, aquella vacuna que había probado ser tan eficaz en los animales.

\* Académico numerario.

Pasteur debe haberse sentido indudablemente más seguro, cuando unos meses después inoculó a un segundo enfermo, de catorce años de edad, de nombre Jupille, quien había sido atacado también por un perro rabioso cuando se encontraba en compañía de otros niños y había peleado con el perro hasta matarlo, a pesar de las graves mordidas que le había inferido el animal. La figura de Jupille ha quedado inmortalizada en una estatua que se encuentra en el Instituto Pasteur de París, como un acto para conmemorar su valentía. Joseph Meister pasó su vida como ayudante técnico en el Instituto y se suicidó cuando los alemanes entraron en París, durante la última guerra mundial.

Otro enfermo que ha pasado a la historia como innovador fue James Phipps, un niño de ocho años de edad, a quien Edward Jenner inoculó la vacuna de la viruela con material tomado de la mano de la ordeñadora Sarah Helmes, quien había contraído el padecimiento ocho semanas antes. La vacunación fue llevada a efecto en el brazo del niño mediante tres pequeñas incisiones, el 14 de mayo de 1796, tal como es relatado en el libro *Inquiry into the causes and effects of variolae vaccinae*, escrito por Jenner en 1798.

Todo paciente, en un cierto momento y en un determinado grado, puede llegar a convertirse, aun sin saberlo, en objeto de observación y de experimentación. Pero el caso, quizá más demostrativo que inmortalizó tanto al observador como al enfermo fue el acaecido en el año de 1822, entre el médico franco-canadiense William Beaumont y su paciente Alexis Saint Martin.<sup>2</sup> El 6 de junio de dicho año el joven soldado canadiense Saint Martin recibió una descarga de municiones en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, que abarcó la pared costal. La herida fue localizada debajo de la tetilla izquierda y en su momento se consideró mortal. La descripción señala que sus bordes se hallaban evertidos, las costillas fracturadas y la apertura abarcaba tanto el tórax como el abdomen, con protrusión del pulmón y del estómago. Al cabo de diez meses, y ante el asombro general, la herida se encontraba parcialmente cicatrizada, aunque dejaba expuesta una porción de mucosa gástrica. Alexis Saint Martin, a la edad de 22 años, fue dado de baja en el ejército, no tenía empleo ni protección de ninguna clase y sin esperanza de que su herida llegase a cicatrizar definitivamente. William Beaumont, que le había tenido bajo su cuidado durante ese tiempo, tuvo la inspirada idea de que aquella fístula gástrica podría servirle como elemento para el estudio de la secreción del estómago. A partir de mayo de 1825 Beaumont observó a su paciente en forma cotidiana por un lapso de cerca de cuatro meses, hasta que en agosto, con el consentimiento del médico, Alexis decidió retornar al Canadá, donde vivió durante cuatro años, trabajó como agente viajero y llegó inclusive a contraer matrimonio. Dentro del epistolario de William Beaumont, que conservó su hija, la señora Klein,<sup>3</sup> existen numerosas cartas de la correspondencia sostenida por el médico y su paciente y dos contratos, uno fechado en octubre de 1833 y el otro en noviembre del mismo año. En el pri-

mero, Alexis se comprometía durante el término de un año a servir y seguir a William Beaumont a cualquier parte del mundo donde éste fuese o residiese. Se estipulaba además, en el contrato, que el médico cubriría los gastos de alimentos y alojamiento más la cantidad de 400 dólares anuales.

El embajador de los Estados Unidos en París, presentó a Orfila, catedrático de la Sorbona, los trabajos experimentales de William Beaumont y el médico, a su vez, a la Academia de Ciencias, la cual solicitó que tanto Beaumont como su paciente viajasen hacia París. Por otra parte, la Medical Society de Londres, ofreció a Alexis la cantidad de 400 libras esterlinas para inducirlo a viajar a Inglaterra. Alexis Saint Martin falleció a los 83 años de edad y su viuda Marie Joly le sobrevivió siete años. Ambos procrearon cuatro hijos en su matrimonio. William Osler,<sup>4</sup> quien conoció personalmente a Alexis y dedicó buena parte de su tiempo en estudiar al personaje, apunta textualmente en sus memorias: "Una demanda judicial le trajo a mi oficina. Era un hombre alto y durante todas sus visitas tenía el aspecto de encontrarse profundamente deprimido. Me habló durante largos ratos de su vida y de como aquella fístula había propiciado sus viajes alrededor de los Estados Unidos y de Europa. Me mostró su herida y se quejó de que muchos médicos le despreciaban como persona, aunque también expresó la gentileza de otros. Había ganado, me decía, apreciables cantidades de dinero con sus exhibiciones, pero lo había gastado siempre en frivolidades." Cuando Osler le conoció, era pobre, vivía en una pequeña granja y habíase convertido en un alcohólico.

Una mujer, Jane Todd Crawford, no sólo tiene en la historia un papel de deuteragonista, sino que asumió el de heroína, al convertirse en 1809 en la primer paciente que en la época preanestésica y preaséptica sobrevivió a una intervención abdominal, consistente en la extirpación de un quiste del ovario.<sup>5</sup> A principios de ese año de 1809, la señora Crawford había comenzado a notar un crecimiento progresivo en su abdomen, que tanto ella como sus médicos atribuyeron a un embarazo, a pesar de que ya había cumplido 45 años. En el mes de diciembre, su médico de cabecera pidió al doctor Ephraim McDowell que le ayudara en el parto. El 13 de diciembre este último facultativo relata que en el examen vaginal el útero no se hallaba ocupado, por lo que infirió que la gran masa se debía seguramente a un tumor ovárico. "Como nunca había tenido conocimiento de una masa de esas proporciones", escribe McDowell,<sup>6</sup> "le informé a la enferma lo infeliz de su situación y le propuse llevar al cabo un experimento, si es que podía trasladarse a Danville, población donde vivo". (Se encuentra situada a 60 millas del lugar donde residía la paciente). Como la única forma de llegar a Danville era a pie o a caballo, ello parecía una empresa irrealizable. No obstante, poco tiempo después, la señora Crawford llevó a efecto, en el transcurso de varios días, esa larga jornada. McDowell acostumbraba practicar sus procedimientos quirúrgicos los domingos y en esa ocasión lo hizo: además, era el día de Navidad. La

intervención fue realizada al través de una laparotomía y tuvo una duración de 25 minutos.<sup>7</sup> Jane se recuperó rápidamente; a los 5 días, se dice que era capaz de hacer su propia cama y a los 25 retornó a su hogar en buenas condiciones. Desde el día en que la señora Crawford volvió a su casa de Greenburg, Kentucky, no existen informes relacionados con su convalecencia, ni McDowell menciona en sus escritos haber sido consultado por ella.

En los documentos publicados en esa época como tributos a la memoria de McDowell, sólo se menciona brevemente a la señora Crawford o se la ignora. En la voluminosa obra editada en 1890 por la nieta de McDowell, tan sólo un párrafo está dedicado a ella. Se deben a Schachner, las investigaciones en torno al estudio de McDowell, investigaciones publicadas en 1913 y en 1921, la primera en el *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* y la segunda en un completísimo libro editado por la compañía Lippincott, donde el autor alaba el valor de la paciente e informa muchos detalles acerca de su vida.<sup>8b</sup> Se debe también a Schachner la iniciativa para la restauración de la casa de McDowell en Danville. Han sido numerosos los tributos rendidos en nuestros días a Jane Crawford.<sup>9</sup> La carretera que conduce de Greenburg a Danville lleva el nombre de Jane Crawford Trail. En un parque bautizado como McDowell en Danville, se encuentra un monumento develado en 1935, a la memoria de la señora Crawford. Existen, además, placas conmemorativas en el atrio de la iglesia de Monmouth, lugar donde nació y en el cementerio Johnson en el estado de Indiana.

Con frecuencia un personaje de relevancia mundial, durante su vida pública llega a pasar del bienestar del estado de salud, al malestar del estado morbo. Este aspecto del tema ha alcanzado un interés general. La enfermedad del hombre notable despierta, indudablemente en nuestros días, una gran curiosidad, que pone de manifiesto, las más de las veces, una de tantas facetas del interés morbo del género humano y de ello se aprovechan los medios informativos. Existe, empero, una investigación histórica sana y culta, del análisis médico, con frecuencia retrospectivo, de la enfermedad de personajes importantes de la Humanidad y constituye un hecho frecuente encontrar que con tales o cuales datos, se intenta poner en duda o discutir, un diagnóstico establecido con antelación, acerca de la causa de la muerte de una figura determinada de la historia.

Es pertinente admitir que el individuo público, al convertirse en enfermo, adquiere para el médico un sesgo distinto de aquel que no lo es. No pueden soslayarse las presiones que el médico recibe en un momento determinado y el pensar que sus decisiones no solamente tendrán repercusión sobre el paciente sino que, por añadidura, podrán tenerlas sobre otras áreas de acción, como un país o a veces, incluso, sobre un momento determinado de la historia. Cuanto más definitivas sean las decisiones del médico —y por ello lo vivirá más el cirujano— se encontrará tanto más responsabilizado y le resultara difícil, muchas veces, olvidar que su quehacer profesional será conocido, divulgado,

juzgado y sentenciado, rápidamente, con severo espíritu crítico.

La enfermedad de un personaje político no sólo es propalada al público, sino que, con cierta frecuencia, es inclusive informada en forma pormenorizada en publicaciones científicas. Un ejemplo de lo que antecede reside en el caso de Dwight D. Eisenhower, que fue publicado por sus médicos en 1964.<sup>10</sup> La enfermedad que puso fin a la vida de Eisenhower comenzó el 29 de abril de 1968, cuando sufrió un cuarto infarto del miocardio. A partir de ese día presentó en forma casi consecutiva tres infartos más; el 16 de agosto de ese mismo año, su corazón cayó en fibrilación ventricular y el 26 de marzo del año siguiente, falleció.

El mayor interés del problema patológico de este personaje, reside en su padecimiento abdominal. Desde el mes de junio de 1956, el entonces presidente de los Estados Unidos de Norteamérica padecía de una enteritis regional. El día 8 de ese mismo mes y transcurridos nueve meses de su primer infarto, presentó un cuadro de oclusión intestinal. A su ingreso, en el hospital Walter Reed, una vez que le fueron tomadas las primeras radiografías abdominales, sus médicos establecieron como posibilidades diagnósticas:<sup>11</sup> un sangrado intraabdominal debido a terapia con anticoagulantes, una oclusión intestinal por adherencias o una perforación. Una vez que le fue administrado medio de contraste, el diagnóstico de ileitis regional quedó definitivamente establecido. Leonard D. Heaton, teniente general médico, operó a Eisenhower a las 2:30 de la madrugada. Durante la laparotomía el cirujano encontró densas adherencias del epiplón a la cicatriz de una apendicectomía que le había sido practicada 33 años antes. Al terminar de liberar las adherencias, el cirujano descubrió entre 20 y 30 centímetros de ileon terminal afectados por la enfermedad de Crohn y practicó una derivación del ileon proximal al colon transverso. La evolución postoperatoria aconteció sin complicaciones y el enfermo fue dado de alta del hospital al vigésimo primer día.

En el caso de Eisenhower surgieron de inmediato diferentes opiniones de aquellos que nos dedicamos a este campo de la cirugía, acerca de si el cirujano debía haber seguido una conducta reseccionista o si la derivación era el procedimiento válido. Las revisiones radiológicas practicadas en los años 1950, 60, 61, 63 y 65 pusieron de relieve la normal permeabilidad de la anastomosis. En la autopsia efectuada el 28 de marzo de 1969, se encontró, efectivamente, un estoma anastomótico de 4 centímetros y aunque el intestino distal al mismo continuaba afectado por la lesión, esta se encontraba limitada, condiciones que apoyaron la feliz decisión del cirujano.

El instante preciso en que la cirugía política padece el proceso morbo puede representar, en ocasiones, un momento trascendente para la Humanidad y la enfermedad puede llegar a alcanzar repercusión histórica. Un ejemplo de lo que antecede lo constituye el padecimiento del primer ministro inglés Anthony Eden y los tratados de 1956 acerca de la expropiación del canal de Suez.<sup>12</sup> El

12 de abril de 1953, Eden había sido operado de colecistectomía en la London Clinic. Al segundo día del postoperatorio presentó fiebre e ictericia acentuada y progresiva, por lo que hubo de ser reintervenido el día 29 del mismo mes, en un intento de reparación de lo que, obviamente, desde el punto de vista clínico, correspondía con una lesión iatrogénica de las vías biliares, producida durante la primera intervención. A pesar de esta última intervención quirúrgica la ictericia reapareció y el 31 de mayo del mismo año, el enfermo fue de nuevo operado, esta vez en la Clínica Lahey de Boston por el doctor Richard Cattell.<sup>13</sup> El cirujano encontró una colédoco-duodeno anastomosis, buscó el segmento distal del colédoco y lo anastomosó al segmento proximal. La evolución postoperatoria fue excelente y el primer ministro inglés fue dado de alta del New England Baptist Hospital en muy buenas condiciones. Fue Cattell, un defensor de la reconstrucción término-terminal de las vías biliares como procedimiento de elección y sólo empleaba la anastomosis hepatoyeyunal cuando aquella no era factible. El tiempo nos ha venido, empero, a demostrar que la anastomosis término-terminal tiene, a la larga, mayor número de recidivas de la estenosis que la hepatoyeyunal. Tres años después, en plena conferencia con Nasser para negociar la nacionalización del canal de Suez, el primer ministro inglés presentó un grave brote de colangitis, con 40°C de fiebre, violentos escalofríos e ictericia. La anastomosis se había venido cerrando progresivamente. A partir de entonces los brotes de colangitis se repitieron con frecuencia cada vez mayor. El día 6 de noviembre, el gobierno británico capituló y el 8 de enero de 1957, Anthony Eden renunció y unas semanas después fue reoperado por el doctor Cattell, quien llevó a efecto una anastomosis hepatoyeyunal, como procedimiento definitivo hacia el problema biliar.

El médico ha llegado a alcanzar, en ocasiones, una posición en la historia de la medicina, al convertirse en enfermo y describir su propia enfermedad. Una de las mejores descripciones de un padecimiento por un profesional de la medicina, la hizo Leonard Mark, quien sufrió de acromegalia durante 25 años y en 1912 publicó su libro *Acromegaly, a personal experience*. "Cruzaba la plaza Cavendish" —dice Mark en su descripción— "cuando repentinamente llegué a la conclusión de que estaba sufriendo de acromegalia, cuadro que explicaba mis cefaleas y el crecimiento de mis pies y de mis manos". Mark tenía entonces 50 años y falleció a los 75. Otras veces ha sido un enfermo ilustre quien ha descrito, en forma detallada su propia enfermedad, como es el caso de Thomas Sydenham, que convirtió un sufrimiento de 24 años en una gran experiencia y en 1683 nos legó, sobre este fundamento, una descripción excelente de la gota. En el párrafo final de *On gout*, fechado el 21 de mayo de ese mismo año, dice, textualmente: "Si el grave tormento, la incapacidad para moverme y otros infiernos corporales, de los cuales he sufrido gran parte de mi vida, llegan a

procurar a los demás alivio al dolor, consideraré que he alcanzado gran ventaja en las aflicciones de esta vida, en tanto llegue el momento de cambiarla por una mejor".<sup>14</sup>

Existen también ocasiones en que el paciente trasciende a la historia de la medicina, hasta que llega al estudio *postmortem*. John King fue el nombre de un marinero inglés de 34 años de edad, quien fue tratado de su enfermedad en el Guy's Hospital de Londres, nada menos que por Richard Bright, quien del estudio necrópsico de su paciente dedujo que la anasarca que padeciera podría deberse a su padecimiento renal.

Se dice que el espécimen que ilustra el libro de patología de Mathew Baillie, quien fuera sobrino y discípulo de William Hunter, en el capítulo referente a inflamaciones del pulmón tiene, como ejemplo de lesiones enfisematosas, los pulmones de Samuel Johnson, quien falleciera de insuficiencia cardiaca, como consecuencia de un enfisema pulmonar.

En México, uno de los primeros casos de absceso hepático amibiano corresponde con gran probabilidad al descrito en la autopsia del virrey de la Nueva España, Fray Garcia Guerra, cuyos pormenores conocemos gracias a su secretario, Mateo Alemán, el ilustre escritor e iniciador de la picaresca mexicana, quien escribiera el *Guzmán de Alfarache*.<sup>15</sup>

Un ejemplo donde se pone de manifiesto que la autopsia resulta de utilidad para esclarecer la historia, puede encontrarse en Napoleón Bonaparte, quien falleció el 5 de mayo de 1821, en su residencia de Longwood, en la isla de Santa Elena. El día 6 de mayo le fue practicada la autopsia por el médico corso Francesco Antonmarchi,<sup>16</sup> en presencia de siete cirujanos del ejército inglés, tres representantes del gobernador, Sir Hudson Lowe y los generales franceses Bertrand y Montholon. Existen tres protocolos de dicha necropsia. El escrito por Antonmarchi, el protocolo oficial firmado por cinco de los siete cirujanos ingleses, ahí presentes, y el tercero por el doctor Walter Henry, quien no quiso firmar el protocolo anterior. El más profesional y cuidadoso de los tres protocolos, lo constituye, sin duda, el de Antonmarchi, quien había sido prosector y discípulo de Paolo Mascagni en Florencia. El protocolo oficial viene a ser más bien un informe militar que médico y el de Walter Henry, se dice, fue escrito de memoria algún tiempo después.

Se pusieron de relieve en la autopsia, un buen número de datos, de interés para los historiadores, muchos de cuyos detalles omitimos en este relato por falta de espacio. En el aspecto exterior del cadáver se describen dos cicatrices superficiales por heridas, sufridas y registradas durante el sitio de Toulon en 1793, una en el antebrazo y otra en la pared torácica. Una tercera cicatriz fue ocasionada por la penetración de una bayoneta arriba de la rodilla izquierda.

En las cavidades pleurales, Antonmarchi describe, entre otros datos, un exudado en ambos lados, con nódulos y pequeñas excavaciones en los dos

pulmones. Durante su estancia en Santa Elena, Napoleón había sufrido episodios de fiebre con molestia en cuadrante superior derecho del abdomen, acompañados de diarrea y postración. Su médico, Barry O'Meare, decía haber encontrado el hígado clínicamente crecido y doloroso. Este hecho dio lugar a que el médico O'Meare fundamentara el diagnóstico de hepatitis tropical, término con el que se designaba lo que en nuestros días corresponde con un absceso hepático amibiano.<sup>17</sup> Como dicho médico mostrara su simpatía hacia el prisionero llamándolo Emperador, designación que estaba prohibida por el gobernador inglés, quien se refería a él, exclusivamente como general Bonaparte, y como el diagnóstico establecido ponía en tela de juicio las condiciones sanitarias de la isla, el gobernador pidió la destitución de O'Meare. Antonmarchi esperaba, durante la autopsia, según su propia confesión, encontrar pus en el hígado, pero esta no apareció. La vesícula biliar se describe en el protocolo como crecida pero no se menciona la existencia de cálculos. La lesión principal se encontró en el estómago, el cual se hallaba lleno de sangre, en forma de posos de café, que ocultaban una úlcera de 3.5 cm de diámetro, que abarcaba toda la pared gástrica y se encontraba penetrada al lóbulo izquierdo del hígado; la lesión presentaba todas las características de corresponder con una úlcera péptica. Antonmarchi y los médicos ingleses presentes en la autopsia la interpretaron probablemente de este modo, aunque divulgaron la idea de que se trataba de un cáncer gástrico,<sup>18</sup> por convenir a los intereses británicos, para demostrar, por una parte, que cualquiera que en aquel tiempo hubiese sido la terapéutica, el desenlace habría resultado el mismo y por la otra, que las condiciones de alimentación del prisionero en nada habrían influido en su enfermedad. El resto del aparato digestivo no mostró lesión alguna; no se encontraron úlceras amibianas en el intestino y este sólo se hallaba lleno de sangre, proveniente del sangrado digestivo alto que fue la causa que determinó la muerte.

En este pequeño bosquejo nos hemos propuesto evocar la merecida participación que ha tenido el paciente como protagonista de la historia, dentro de un escenario que ha cubierto las más variadas disposiciones y donde hemos intentado recordar que el enfermo ha sido siempre la razón principal en el quehacer del médico.

En el Libro de los Pronósticos<sup>19</sup> y en el tratado de las epidemias,<sup>20</sup> Hipócrates apunta que el médico debe conocer al paciente como individuo, así como todas aquellas eventualidades relevantes de su vida. Si estas circunstancias son fundamentales en el presente, en el pretérito no deben muchas veces ser omitidas.

#### REFERENCIAS

1. Martínez Báez, M.: *Vida y obra de Pasteur*. México, Fondo de Cultura Económica. 1972.
2. Beaumont, W.: *Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion*. Plattsburg. Printed by F. P. Allen. 1833.

3. Osler, W.: William Beaumont. *A backwood physiologist*. Conferencia ante la St. Louis Medical Society, 4 Octubre 1902.
4. Osler, W.: *William Beaumont, a pioneer american physiologist*. En: Osler, W.: *A way of life*.
5. Sabiston, D. C.: *Major contributions to surgery from the South*. Trans. South. Surg. Assoc. 86:1, 1975.
6. Sabiston, D. C.: *The contributions to surgery from the South*. Ann. Surg. 181:487, 1975.
7. McDowell, E.: *Three cases of extirpation of diseased ovarie*. Eclectic Repertory and Analytical Review 7:242, 1817.
- 8a. Schachner, A.: *Ephraim McDowell, father of ovariectomy. His life and his work*. Bull. Johns Hopkins Hosp. 24:153, 1913.
- 8b. Schachner, A.: *Dr. Ephraim McDowell, father of ovariectomy and founder of abdominal surgery*. Filadelfia, J. B. Lippincott. 1921.
9. Sparkman, R.: *The women in the case June Todd Crawford (1763-1842)*. Ann. Surg. 189:529, 1979.
10. Heaton, L. D.; Raudin, I. S.; Blader, B. y Wheilan, T. S.: *The President Eisenhower's operation for regional enteritis. A footnote to history*. Ann. Surg. 159:661, 1964.
11. Hughes, S. W.; Baugh, J. H.; Mologne, L. A. y Heaton, L. D.: *A review of the late General Eisenhower's operation*. Ann. Surg. 173:793, 1971.
12. Churchill, R.: *The rise and fall of Sir Anthony Eden*. Nueva York, G. P. Putnam's Son. 1970.
13. Eden, D.: *The memoirs of Anthony Eden*. Full circle. Boston, Houghton Mifflin Co. Cambridge, The Riverside Press. 1960.
14. Sydenham, T.: *On gout*. 21 de mayo de 1683.
15. Guarner, V.: *La importancia del conocimiento de la historia de la medicina en la formación del cirujano*. GAC. Méd. Méx. 114:207, 1978.
16. Antonmarchi, F.: *Mémoires du docteur Antonmarchi ou les dernières moments de Napoléon*. 1825.
17. Guarner, V.: *La evolución histórica en el tratamiento del absceso hepático*. Arch. Invest. Méd. (Méx.). 5:549, 1974.
18. Marx, R.: *The body and destiny of Napoleon*. Surg. Gynec. Obst. 134:106, 1972.
19. Hipócrates: *The book of prognostics*. En: *Hippocratic writings*. Great Books of the Western World. Hutchins, R. M. (Ed.). Chicago, Encyclopaedia Britannica, Inc. 1952, p. 19.
20. Hipócrates: *Of the epidemics*. Ibid., p. 44.

## IV. EL ENFERMO Y SU IDEA DE ENFERMAR

JUAN SOMOLINOS-PALENCIA \*

La cultura médica es una función unificadora en que los fenómenos se analizan y detallan por separado, pero existen con un sentido de continuidad, coherencia e intercambio. Por ello el médico debe comprender la inteligencia del enfermo, bajo un constante proceso de transformación.

\* Académico numerario. Oficina de Bibliotecas y Divulgación. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social.

La medicina depende enteramente de cómo el médico percibe al enfermo en su conjunto, en su físico, en su lenguaje, en el repertorio de sus gestos y en su particular idea de enfermar.

Al exponer un desarrollo ideológico de la medicina y referirnos al enfermo, estamos hablando del hombre que en circunstancias patológicas adopta una manera de pensar, sin que por ello deje de ser producto de sus experiencias culturales.

El hombre, en su estado más sencillo, no posee la capacidad intelectual para reducir los fenómenos que lo rodean a una serie de leyes o interrelaciones. Es un hombre de cinco sentidos afectados por su idea confusa del mundo. Sus emociones radican en el espanto, en el miedo a la realidad. Se conduce por instintos y se aterroriza ante los fenómenos naturales; supeditado a lo inexplicable, a lo sobrenatural, se protege de los innumerables espíritus que lo asedian. Este hombre del pasado, también el contemporáneo, mantiene un apasionado deseo de vivir, un poderoso instinto de conservación que busca por todos los medios posibles la explicación de la muerte y cuando se enferma adopta dos modos distintos de entender su padecimiento; si el mal fue provocado por un accidente físico, entiende claramente el origen de su traumatismo; pero si el origen de la enfermedad no le es comprensible, el hombre se cree poseído por un espíritu maligno. Frente a la idea sobrenatural de su enfermedad, más le importa la identificación de la fuerza responsable. No se interesa por lo que le afecta, sino descubrir los motivos que originaron el mal. El hombre primigenio confunde la enfermedad con sus síntomas y se reduce a comprobar e interpretar los fenómenos más aparentes.

Hay hombres que por su orientación religiosa atribuyen las afecciones a un origen demoníaco; piensan que la enfermedad es producto de la acción de un demonio o que su padecimiento es un castigo que los dioses le envían por haber incurrido en una falta o como resultado del rencor y la venganza divina; todo como producto del desarrollo religioso, moral y psicológico que hace sentirse al hombre un trasgresor social, culpable y temeroso. Son, por tanto, las plegarias y los conjuros las prácticas que resuelven su culpabilidad.

En su momento, cada hombre vive un paisaje vital y un cosmos dentro de un sistema de creencias. Para algunos la enfermedad es algo material, algo que existe en su cuerpo, algo fácilmente explicable, trivial y hasta vulgar; sin embargo otros enfermos, por su condición, viven una paradoja al encontrar que lo más importante no es la vida en este mundo, sino lo que les está reservado a su muerte. Todo lo que tienen cercano lo ven borroso; la idea de naturaleza que han logrado construir queda sobrepasada por un mundo sobrenatural. Su realidad está hecha de creencias religiosas con una ingenuidad que convierte las grandes proezas en actos sencillos. Castigados por sus pecados supeditan su curación al amor al prójimo, la caridad y su comportamiento con Dios. El hombre enfermo, en esta etapa ideológica, es conscien-

te de su deterioro físico, pero nunca llega a imaginarse la enfermedad por sí misma. Tampoco entiende la localización y alteraciones que provocan las distintas enfermedades; más bien piensa en el género y especie de la enfermedad, según el órgano o el humor afectados es un paciente que habla de pasiones más que de enfermedades.

En su desarrollo ideológico el hombre alcanza una evolución intelectual que le hace concebir una naturaleza organizada donde resaltan la armonía y la convivencia; así establece un equilibrio entre el instinto y el entendimiento. Su mundo exterior aparece tan organizado como sus ideas. Situado en la naturaleza y como parte de ella, el hombre adquiere confianza y goza en contemplar a los seres vivos. Para este hombre, cuyo único mundo es el racional, la enfermedad es algo que rompe la armonía, la proporción de su organismo y por tanto de la naturaleza que lo circunda; atribuye sus padecimientos a causas naturales externas como los cambios de temperatura y excesos en la alimentación o la bebida.

El pensamiento se modifica en cada generación; surge de la anterior de manera lógica como si se predeterminara su aparición. Hay hombres que viven periodos de crisis y al buscar una vida nueva se pierden en sí mismos. Desarraigados de sus convicciones y aun sin instalarse en otras, su posición ante la naturaleza, ante el mundo, es indecisa ya que no tienen establecidas creencias precisas respecto a todo aquello que les rodea. Sus pensamientos son embrionarios y su religión es querer tratar con Dios a su manera, sin teología alguna. Tienen una religión sensiblera, en donde interesan más las emociones que el dogma; no pueden ser sólo religiosos, tienen su secreto propio aparte del secreto divino y al revalorar su vida se afanan por descubrirse a sí mismos; por tanto se hacen antropocéntricos. Bajo estas circunstancias conciben su enfermedad como si ésta fuese un parásito que produce cambios anatómicos, molestias y dolorimientos. Estos hombres, al sentirse enfermos, perciben un desajuste que les impide vivir satisfactoriamente.

Hay cambios de ideas y sentimientos que llevan al hombre a detenerse ante ideologías de rebuscada complicación, donde pierden la clara visión de su verdadera anatomía y fisiología. Sus expresiones en constante movimiento, van llenas de conceptos vanos y decorativos; son hombres que buscan el reajuste entre la ideología tradicional y las nuevas concepciones, por lo general contrapuestas. Estos hombres barrocos viven desorientados, extraviados en sus pensamientos; discurren que la enfermedad puede residir en desequilibrios humorales como pensaron en épocas anteriores, o también vuelven a considerar la aparición de espíritus negativos. En otros casos, y al perderse la visión unitaria de la biología, dan otra vez el sentido punitivo y para el origen de las enfermedades establecen un juego de "sistemas" donde aplican procedimientos curativos ausentes de todo valor científico.

Con un pesimismo que lo expone a la neurosis, el hombre romántico se preocupa por conseguir

lo distintivo, lo peculiar, lo diferente. Tiene como obsesión el que ha de morir y vive llevando clavada en su interior esta sensación. Vive el sentido de que fuera de él sucede algo de grandes proporciones y cuando quiere precisar esta situación, se angustia por no poder hacerlo. Hace gala hasta de sus más recónditas sensaciones; lanza por delante sus sentimientos, sus emociones, alardea de tristeza y pesimismo.

Al enfermar, el hombre romántico tiene ansias ilimitadas de integridad; desea por encima de todo la salud, pero no renuncia a sus padecimientos. Hay en él una confusión que lo divide, pues inseparable de sus enfermedades, debe llenar con ellas el inmenso hueco de su percepción saludable.

En el paciente romántico se une a su mal una pasión dolorida y fatal. Se siente a gusto cuando está melancólico y pierde la serenidad; su dolorimiento le ayuda a este sentido excesivo. Es nostálgico y hace de su enfermedad una ruina para comoverse a sí mismo y por tanto a los demás. La enfermedad es parte del patetismo necesario para vivir. Con su romanticismo, el enfermo entiende su padecimiento como algo producido por la naturaleza, cuyo fondo tiene misteriosos incomprensibles.

Más cauteloso, el hombre que renuncia a hacer actos de apoteosis, busca con su metodología un propósito utilitario, pues agotó su ideología equivocada para encontrar la verdad. Este hombre piensa que le conviene saber y averiguar el por qué de las cosas para así dominarlas. Por tanto el saber tiene un fin utilitario. Para él no hay más fenómenos que los sensibles, ni más percepción que la sensorial; cuando se enferma trata de evitar cualquier especulación imaginativa y sólo acepta como causa de su padecimiento todo aquello que es real, perceptible por los sentidos y analizable por algún método científico. No acepta ningún fondo misterioso y piensa que todo tiene una explicación científica; por tanto, la enfermedad con una etiología aclarada científicamente habrá de tratarse con un método científico.

Es propio de las ideas crecer por sí solas y alcanzar a veces desarrollos inesperados; en ocasiones originan a los hombres que las siguen y una fuerte idea puede aglutinar a una masa donde el hombre deja su vida solitaria para hacerse parte de una comunidad, en la que los padecimientos provocan un desequilibrio que convierte al hombre en un impedimento para el desarrollo cotidiano del grupo. Con un sentido preventivo, este hombre narra su padecimiento y sus experiencias van y vienen, en la colectividad.

En ocasiones, no conforme, trata de resolver su enfermedad de la manera más simple, como si quisiera superar su sentido biológico y hacer las cosas fuera de su vida animal. Busca la solución en algo que inventa para su bienestar y con ese deseo de ahorrar esfuerzo, desarrolla y ejecuta un plan terapéutico elemental. En otros casos, y cuando su vida corresponde a épocas de desarrollo cultural, siente la necesidad angustiosa de comprender su propia vida al darse cuenta de que su persona queda ahogada por una cultura convencional.

Nunca han faltado en los hombres sus dos disposiciones: existencia y pensamiento. Esta asociación del hombre con las ideas nos hace dudar si los hombres desaparecen y las ideas persisten. ¿Qué es más importante, el hombre o su pensamiento? Hoy los hombres viven su idea de enfermar con valor absoluto, como si fuese intemporal. No recuerdan que en otros tiempos, fueron otras las ideas y que sumadas integran la que ahora viven. Ninguno de estos rasgos puede ser indiferente al médico que habrá de interesarse por la manera de pensar de sus enfermos; pues de otro modo no hay medicina.\*

---

\* Si el lector desea extender los conceptos vertidos en este ensayo sobre el enfermo y su idea de enfermar, recomendamos la lectura de: Laín Entralgo, Pedro: *La curación por la palabra (en la antigüedad clásica)*. Revista de Occidente. 1958. Madrid; Laín Entralgo, Pedro: *La relación médico-enfermo*. Revista de Occidente. 1964. Madrid; Marías, Julián: *Biografía de la filosofía*. Revista de Occidente. 1954. Madrid; Ortega y Gasset, José: *Obras completas*. Tomo I. Revista de Occidente. 1963. Madrid; Somolinos D'Ardois, Germán: *Historia de la medicina*. Editorial Pormaca, S. A. de C. V. 1964. México, D. F.