

UN TRAMITE IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER GASTRICO: EL ACUERDO CON LAS PERSONAS QUE RODEAN AL ENFERMO

A. GARCIA-BARON.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

El esquema del actual tratamiento quirúrgico del cáncer del estómago se resume en los tres puentes sucesivos: diagnóstico precoz, intervención pronta y operación radical. Pero ellos constituyen, en cuanto forman una unidad completa de combate a favor del canceroso, un "desideratum" que, no obstante el esfuerzo de los médicos, está aún muy lejos de convertirse en realidad en un número deseable de casos. Y si uno de estos pilares falla, por cualquiera de los motivos que pueden motivarlo, y sobre todo si el fracaso se refiere al primero, al diagnóstico precoz, la lucha anticancerosa queda dolorosamente convertida en la forzada resignación de la impotencia. Pero no es en este momento nuestra finalidad hacer consideraciones sobre factores tan destacados por su fundamental importancia, sino únicamente acentuar el valor, a veces decisivo, de un eslabón de la cadena, que tentados estaríamos a juzgar innecesario por no hallarse, en apariencia, situado en la línea recta diagnóstico-operación radical, a pesar de que puede quebrarla al eliminar el paciente del acto quirúrgico. Si el menosprecio de un detalle calificable como secundario puede hacer fracasar el plan mejor trazado, la eventual resolución negativa de las personas que rodean al enfermo haría inútil todos nuestros esfuerzos al situarle definitivamente fuera del campo de lucha.

En los comentarios médicos sobre el cáncer campea la impresión de que todo el proceso queda reducido a una conversación, mano a mano, entre cirujano y enfermo, cuando la realidad es que éste se encuentra situado en el centro de un círculo muy cerrado, constituido por la familia, la amistad y el ambiente; y tan tupido que nuestros argumentos, si no son reflejados por esa muralla, sólo llegan al enfermo refractados por ella, de ordinario deformados y a veces falseados.

Menospreciar ese grave obstáculo, auténtico y fuerte grupo de resistencia, sería imprudente, ya que existe y con muy alta significación; y combatirle con energía, inútil y hasta perjudicial por ser invisible en su conjunto, escurridizo y casi sólo conocido, en toda la amplitud, por sus efectos. Lo más adecuado, para bien del canceroso, es reconocer ese círculo en su plena autoridad, comprenderle con exactitud y educarlo con paciencia. ¿Que esto es muy difícil? ¡Sin la menor duda! Pero de renunciar a la empresa no tendremos más que dos caminos practicables: o seguir como hasta ahora, o consi-

derar otro punto de vista extremado, el de saltar la barrera que rodea al canceroso, separándola de él, y hablarle directa y claramente, como obramos con los ulcerosos. Analicemos someramente en qué casos podríamos intentar este método y sus inconvenientes y ventajas.

En primer lugar, si nuestro deber primordial, cuando nos convencemos de no poder curar ni aliviar al canceroso, es contribuir a que su postura ante la enfermedad sea la que menos le haga sufrir, es decir, a su mejoría psicológica, y durante el más largo tiempo posible, es obvio que con los inoperables no podemos acudir más que al engaño completo y piadoso: lo contrario sería残酷.

Mucho más complicada es la cuestión cuando dudamos de la resecabilidad o de los resultados inmediato y lejano de la resección. Se dirá: estas dudas existen siempre—y de ordinario todas juntas—antes de la laparotomía y aun al terminar la resección. Es cierto. Circunstancias bien difíciles de valorar antes de abrir el vientre, pueden hacer irresecable radicalmente un cáncer cuya extirpación se había supuesto fácil, o por lo menos factible; y una vez practicada la resección es posible, en cualquier caso, el desastre inmediato, e imposible de suponer, aun con el más favorable hallazgo operatorio, el tiempo de supervivencia. Y estas dolorosas realidades perturban de modo extraordinario la claridad y exactitud de nuestro juicio, debilitando en igual grado el convencimiento sobre la indicación operatoria. Y por si esto fuese poco, en los diversos peldaños de esta dudosa situación nos hallamos, con el material actual, en la mayoría de los casos en que entra en consideración el acto quirúrgico. Ahora bien, dispuestos a tratar directamente con el enfermo para que, según nuestra información, sea él quien decida la conducta a seguir, ¿hemos de ocultarle todas las facetas adversas, ciertas o probables, dejando sólo ante su vista lo halagüeño? Esto no sería informar, sino engañar. Entonces, ¿sería preferible exponerle el problema según nuestro leal saber y entender, que aun así estaría cuajado de incógnitas? Para contestar a esta pregunta es mejor colocarse al otro lado de la mesa, el del consultante, y suponer que estamos oyendo cómo el doctor, con voz pausada, nos dice: Unicamente la operación puede ayudarle; pero, dando por supuesto que pueda ser resecado y salve los riesgos inmediatos de esta seria intervención, tiene usted de cada diez probabilidades tres de vivir más de tres años, dos de sobrepasar los cinco y una de pasar de los diez años... ¡La verdad, toda la verdad!

Si en algunos países no dudan en seguir los cirujanos este camino directo, e incluso se ha llegado a practicar, en determinados casos, una nueva laparotomía a los cinco años de haber ejecutado la resección ("new look"), encontrándose todavía el operado objetiva y subjetiva-

mente en el mejor estado de salud, para extirpar ganglios neoplásicos que eventualmente pudieran existir, lo que requiere autorización expresa del individuo y, por consiguiente, reiteración en el diagnóstico y pronóstico; y si hasta se ha propuesto, con la misma finalidad, una segunda revisión, años más tarde de la primera, no hemos de caer en una fácil censura, ya que el más elemental sentido de justicia obliga a reconocer que esos cirujanos respetan a sus enfermos como el que más y que conocen como el que mejor la enfermedad cancerosa. Lo que hay que admitir, por evidente, es que los enfermos de esos países tienen una contextura mental mejor o peor que los del nuestro, pero con seguridad diferente. Si en aquéllos sirve la confesión para que pacientes y cirujanos establezcan una colaboración más eficaz, creo que en los nuestros se traduciría, en la inmensa mayoría de los casos, por el derrumbamiento de la moral del enfermo. Y no es que en estas tierras del Norte falten los animosos y en las vecinas de la meseta castellana los estoicos, sino porque en ambas cáncer equivale a muerte; y difícil, muy difícil les sería, una vez en posesión de la triste verdad, encontrar en su pueblo, y hasta en su distrito, tan sólo un caso de larga supervivencia que oponer a los muy numerosos que ellos recuerdan que por cáncer murieron. No olvidemos que aunque existen, naturalmente, casos afortunados, se borra de la memoria de las gentes, al correr el tiempo, la naturaleza del proceso que motivó la operación; y más aún: que precisamente por seguir viviendo mucho después de ella, se duda de la exactitud del diagnóstico de proceso maligno, o se niega, sosteniendo que fué un error lamentable del cirujano.

Hay ocasiones en las que el paciente nos expresa, de ordinario delante de los acompañantes, su deseo de que seamos sinceros; pero bien sencillo es darse cuenta de que, en realidad, no es esto lo que quiere, sino que aseguremos que nada malo le ocurre. ¡Qué raro es que vuelva más tarde, sin compañía, a razonarnos con frialdad e insistencia los motivos por los que requiere que la verdad le sea manifestada!

Hay un tercer grupo de pacientes, en especial entre los cancerosos del tercio distal del estómago, en los que nos está permitido suponer que la resección ha de ser posible y fácil y, por tanto, de escaso riesgo; pero en ellos, que constituyen una minoría, no tendría la menor utilidad la revelación de su estado, ya que es habitual que sus parientes acepten la intervención quirúrgica, aun hechas las consideraciones pertinentes sobre la probabilidad de recidiva, y entre otras razones porque en esos casos favorables es en los que nuestro consejo a favor de la intervención es más terminante y convincente.

En resumen: se puede asegurar que con la exposición al enfermo del diagnóstico real con-

seguiríamos tan sólo llevar a la mesa de operaciones—única posibilidad para prolongar la vida en muchos casos y curar en algunos—a un indeterminado mayor número de cancerosos del segundo grupo, el muy dudoso, en los que hoy nos es rechazada la operación. Y en ellos se daría, por fuerza, una de estas tres eventualidades: renuncia a la resección en la laparotomía, muerte postoperatoria y curación inmediata. En la primera, la larga agonía ulterior del canceroso estaría, para él, desprovista de toda esperanza; en la segunda, nada beneficioso habríamos conseguido, y en la tercera, la más favorable, tendríamos que acudir, para evitar su continuo temor a la recidiva, al piadoso subterfugio de simular que el aspecto macro y microscópico de lo resecado nos obligaba a confesar que habíamos sufrido un grave error al tomar por maligno lo que, por fortuna, no era más que una banal alteración gástrica. ¿Lograríamos así bajar la espada de la amenaza y que el resecado quedase absoluta y definitivamente tranquilo? Y si reflexionamos sobre todo esto, tendremos que decidir que, dado que los beneficios de la sincera confesión sólo podrían alcanzar a un pequeño número de cancerosos, mientras que los restantes quedarían, sin ventaja, con el triste conocimiento de su enfermedad, parece preferible renunciar a éste de un modo sistemático.

Rechazado, por improcedente, el entendimiento directo con el canceroso, es necesario considerar el círculo humano que le rodea, el que queramos o no, decidirá si la intervención quirúrgica propuesta va a ser aceptada o rechazada. ¿Qué personas lo constituyen? A la conversación "secreta" que sigue a la exploración y precede a la entrevista definitiva con el enfermo, acuden una, dos o tres personas muy allegadas a él por parentesco o amistad, pero que no son más que la representación o avanzadilla de un grupo mucho más numeroso que para nosotros permanecerá, pensando y actuando, en el misterio. Con ellas tratamos las cuestiones pertinentes: seguridad diagnóstica, riesgos inmediatos y resultados lejanos; y todo ello de la manera más clara, sencilla y sincera, dentro de la imposibilidad de ser terminantes sobre hechos futuros cuyo conocimiento exacto se nos escapa. Con el natural deseo de que no sea eliminado el enfermo de la operación, tentados estaremos muchas veces a atenuar las posibilidades adversas y exaltar las favorables; pero, en nuestra opinión, es más discreto no seguir esa tendencia cuando la aplicación de la cirugía suponga una carga económica para el patrimonio familiar; en cambio, si como ahora es frecuente, esa carga no se produce, podemos dejarnos llevar de nuestro buen deseo, que, en resumidas cuentas, es comprensión y caridad.

En la trascendental conversación no debemos limitar tiempo ni paciencia y sí contestar a todas las preguntas y objeciones con atención y

modestia. De ordinario, quien nos las plantea es la persona más inteligente del grupo, o de mayor significación, y por ellas podemos juzgar su nivel comprensivo, cómo estima e interpreta nuestros argumentos y en qué dirección los va a enfocar. Es desesperante, con cierta frecuencia, cómo consideraciones que hemos expuesto con toda claridad nos son repetidas con opuesto significado, denotando que los presentes oyen, pero no escuchan, guiados por una idea preconcebida de abstención operatoria. De todos modos, es de observación diaria que el proceso es mucho menos complicado a medida que la perturbación económica de la eventual intervención puede ser más holgadamente soportada, lo que es humano.

Pero cuando el largo cambio de impresiones parece haber terminado, es casi lo normal que las personas con las que le hemos sostenido no sean todas las que han de tomar parte en la decisión. Y esto es lo más temible, porque las ausentes no han de recibir nuestra información directa sino a través de las que nos escucharon; y nunca podemos evitar que éstas, involuntaria o deliberadamente, las transmitan alteradas, tal vez en lo más esencial y acaso en la dirección más perjudicial para el enfermo; y esto sin contar con que también desconocemos en absoluto la calidad e influencia de esos restantes elementos que cierran el círculo que envuelve al canceroso.

Sin embargo, es indudable que un factor de la mayor importancia—con frecuencia la más decisiva—en la conducta que se vaya a seguir con el enfermo es el grado de convicción con que aconsejemos el acto quirúrgico. Si nos mostramos tibios o llenos de dudas, es lógico que el grupo familiar opte por la abstención. Pero ese grado de convencimiento depende del análisis de las particularidades del caso y de la postura íntima del cirujano, asunto este último que ya hemos tratado en un trabajo reciente publicado en esta misma Revista.

En nuestras obligadas relaciones con los familiares del canceroso interesa en grado máximo que la explicación sea muy clara, adaptada a las inteligencias menos cultivadas; exacta, porque ante todo nos debemos a la verdad; completa, para abarcar los múltiples extremos que en la práctica se plantean; inalterable, como base firme para la meditación; no fatigosa para el cirujano, en especial cuando ha de ser repetida en el curso del día a propósito de otro enfermo; transmisible a los ausentes, sin que pierda nada de su claridad, exactitud y eficacia; utilizable como justificación ante hechos postoperatorios inmediatos desfavorables, tales como la simple laparotomía exploradora o la muerte del paciente, y encauzadora razonable de las esperanzas en la supervivencia del resecado.

Tratando de reunir todas estas condiciones he escrito con cuidado el texto siguiente, sus-

ceptible de ser variado y mejorado por cada cirujano según sus ideas y necesidades, y que propongo, bajo la forma de opúsculo, como útil instrumento de trabajo en ese trámite importante del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico: el acuerdo con las personas que rodean al enfermo.

LEA, MEDIATE Y DECIDA.

Nuestro enfermo padece, por desgracia, un tumor maligno del estómago: un cáncer. *¿Con seguridad?* Con la humana certeza que exige una afirmación tan grave; pero si usted duda, haga todo lo posible por asesorarse bien y por que su duda no persista más de una semana.

¿Por qué es maligno el tumor? Porque de no ser extirpado por medio de una operación quirúrgica muy importante causará, sin la menor esperanza, la muerte del paciente. *¿En cuánto tiempo?* Es imposible precisarlo; pongamos unos meses, acaso hasta un año. Pero lo que se puede asegurar es que sus días buenos han terminado y que los venideros, hasta su fallecimiento, serán cada vez peores. *¿Es que nada puede hacer la medicina con sus regímenes y medicamentos?* Muy poco, prácticamente nada; tan sólo calmar los dolores, si llegaran a producirse. *¿Tendrá dolores?* Puede ocurrir, aunque es más probable que el sufrimiento consista en una suma de variadas e intensas molestias. *¿Es contagiosa la enfermedad?* Absolutamente nada. *¿Desde cuándo la tiene?* Desde antes de comenzar las molestias.

¿Qué hacer ahora? Considerar si la cirugía puede prestar ayuda y su posible eficacia. *¿Qué beneficios puede proporcionar al enfermo?* Habiendo primero en términos generales, podemos decir que en la lucha contra el cáncer del estómago únicamente la cirugía es capaz de obtener éxitos, prolongando la vida, durante años, en condiciones normales de trabajo, a bastantes enfermos y curando definitivamente a algunos, no pocos; pero que su poder es limitado, hasta llegar a la impotencia, según lo avanzadas que estén las lesiones cancerosas. *Dejar al canceroso sin operar equivale a la certeza de muerte sin lucha, mientras que la cirugía puede curarle temporal o definitivamente; pero, por ser siempre agresiva y violenta, con un riesgo, aunque sea bien moderado y en franca disminución, de provocar la muerte anticipada, cortando con brusquedad la larga agonía que sin operación hubiese existido.*

¿Por qué la cirugía, si logra prolongar la vida a bastantes enfermos y curar definitivamente a algunos, no consigue el alivio o curación en todos? Por la misma clara razón que no es posible evitar ya los daños de un incendio cuando el edificio está ardiendo en pompa, por lo que entonces sólo se aspira a evitar que se propague, a aislarlo. Pero notemos una diferencia esencial: las llamas, el humo, el olor y hasta el ruido permiten sospechar y descubrir

pronto un fuego, mientras que en el cáncer, enfermedad silenciosa, solapada y traidora, ocurre muchas veces que durante su primer período, en el que más útil sería sospecharla y descubrirla, no existen síntomas; y cuando aparecen los primeros, de ordinario poco llamativos, el tumor puede ya haberse extendido y propagado de tal modo que no sea ya posible su extirpación radical; o que, si la extirpación llega a ejecutarse, sea corto el tiempo que después de ella el enfermo viva porque al no haber podido ser radical ha seguido desarrollándose el tejido canceroso que sembrado fuera del estómago existía y que durante la operación no fué extirrado. *La cirugía no cura definitivamente el cáncer más que en una pequeña minoría de casos porque el canceroso la pide auxilio demasiado tarde y con frecuencia, aun cuando el enfermo no concede todavía importancia a su enfermedad. Este hecho habitual, tan cierto como trágico, explica la aparente impotencia de la cirugía.*

Pues, ¿cómo se propaga el cáncer? Como un incendio: arde primeramente el rincón en que comienza, después se extiende a todo el edificio y, más tarde, a las construcciones vecinas. Pero en el cáncer la propagación es mucho más grave porque, con frecuencia, ya desde su comienzo, cuando aún sólo está atacada una pequeña parte del estómago, y muchas veces antes de que pase a los órganos en inmediato contacto con él, pueden desprenderse de la masa del tumor porciones microscópicas de su tejido —células cancerosas—que cayendo dentro de los conductillos linfáticos y venosos, en los que la corriente es viva, son arrastradas hasta los ganglios regionales, situados primero al lado del estómago y después ya fuera de éste, e incluso muy alejados de él, y hasta el hígado, deteniéndose y anidando en estos sitios. Y entonces es ya sólo cuestión de tiempo el que cada célula cancerosa, reproduciéndose, forme un cáncer en miniatura, idéntico al que le dió origen y del que a su vez pueden también desprenderse nuevas células, capaces, de igual modo, de propagar la enfermedad a órganos más alejados. Por consiguiente, mientras que en un incendio esta clase de propagación a distancia, a saltos, la más terrible, sólo se produce si existe viento huracanado que lance y conduzca material de combustión, haciendo así posible la destrucción casi completa de una ciudad, en el cáncer este perverso mecanismo es el habitual. Y si para que quede destruida parte de una ciudad es necesario que haya un gran número de edificaciones siniestradas, para que el organismo humano sea aniquilado basta que la enfermedad cancerosa destruya uno cualquiera de los órganos cuyo normal funcionamiento es indispensable para la vida.

Ahora es fácil comprender, y oportuno repetir, cómo para que la cirugía pueda curar al canceroso es condición indispensable que el tu-

mor no haya lanzado a órganos alejados material maligno, ni haya invadido directamente a los vecinos, ya que para que su acción sea curativa es preciso que al extirpar el tumor consigamos ser radicales; es decir, que no dejemos en el cuerpo—visible en la superficie de los órganos o invisible por estar oculta en su masa—ni la más pequeña semilla de cáncer, pues si existe, y allí queda, crecerá inexorablemente.

Antes de seguir, concretemos una cuestión: a partir del momento en que aparece el cáncer en el estómago, *¿cuánto tiempo tarda en avanzar, sobre todo por el camino más desfavorable, el de la siembra a voleo de células con formación de nidos cancerosos múltiples?* Es imposible saberlo antes de abrir el vientre. En primer lugar, no podemos precisar nunca la "edad" exacta que tiene un cáncer porque hay un plazo, de muy variable duración, en que, aun existiendo, no proporciona todavía molestias apreciables al enfermo; cuando éstas comienzan, el tumor ya es más que "un recién nacido". Además, no obstante pertenecer todos los cánceres a la misma nefasta familia, crecen y se propagan de distinta manera y con diferente rapidez; es decir, que siendo todos malignos, unos lo son más y otros menos. Por esto, crecen más despacio o más de prisa y se propagan dentro y fuera del estómago por uno, por dos o por los tres mecanismos citados, sucesivamente o a la vez, y también con viveza variable. Así se comprende que un cáncer mate en meses y otro, los menos, requiera incluso algunos años. Fero hay un hecho seguro en todos los tipos: *nunca va a encontrarse un canceroso en mejores condiciones para la operación —suponiendo que ésta no sea ya desaconsejable—, o si se quiere en menos malas condiciones, que en el día que comprobamos por primera vez que existe.* Contestemos ahora a una pregunta de la mayor importancia.

¿No es posible precisar, con los rayos X o por otros medios, si el cáncer podrá aún ser extirpado, con objeto de no llegar a abrir el vientre más que si la extirpación puede ser todavía realizada? En algunos enfermos sabemos, con absoluta seguridad, que nada se podría hacer (por su deplorable estado general y decadencia orgánica, por palparse otros tumores cancerosos hijos en el hígado o en otros sitios, por la presencia de líquido en el vientre, obra de esos mismos tumores, etc.), y por ello desaconsejamos la operación; de estos enfermos desgraciados no hay más que hablar. Pero en los restantes, la gran mayoría, si bien los rayos X nos demuestran que existe el cáncer y en qué parte del estómago está situado, así como su extensión mínima—llámemosla tamaño—, y estos dos últimos datos nos orientan sobre la facilidad o dificultad que proporcionaría la extirpación, caso de que fuera posible; los rayos X, repetimos, no son capaces de suminis-

trar información exacta sobre los dos hechos esenciales para que la extirpación radical sea factible: el que el cáncer no haya invadido órganos vecinos y el que no existan nidos cancerosos fuera del estómago; sobre todo ante la última de estas dos cuestiones, tan decisiva, los rayos X permanecen constantemente mudos. Y esto, que es en definitiva lo que importa (más que la edad del enfermo y que la localización y tamaño del tumor) por su extraordinaria importancia, no podemos saberlo más que abriendo el vientre para mirar y tocar dentro de él. Por tanto, debe quedar bien clara y terminante esta afirmación fundamental: *cuando aconsejamos la operación en un canceroso debe entenderse no que, con seguridad, vayamos a extirpar su tumor, sino únicamente que creemos justificado abrir el vientre; para entonces, y sólo entonces, teniendo bien en cuenta todas las particularidades que del enfermo ya sabíamos y las que con la apertura del vientre descubrimos, decidir si podemos ejecutar la extirpación radical o si debemos renunciar a ella. De otro modo, si no llegamos a abrir el vientre, existe el gravísimo peligro para el paciente de que, aun siendo extirpable su cáncer, nada útil se haga para curarle, quedando, así, abandonado a su fatal suerte.*

¿Con qué frecuencia la abertura exploradora del vientre no tiene otra utilidad que demostrar que nada radical se puede emprender? Es muy difícil contestar, ya que en cada cirujano depende de lo avanzado que esté el cáncer en los enfermos que ve, de la experiencia personal y de su posición íntima ante una cirugía tan poco brillante como la cancerosa. Pongamos, como término medio, de la cuarta parte a la mitad de los casos. Cuando, por desdicha, ocurre esto, *¿tiene peligros inmediatos para el enfermo la simple abertura del vientre?* Sin duda, aunque no elevados ni mucho menos prohibitivos—del 5 al 10 por 100—, dependiendo de lo que el organismo del paciente esté afectado por su cáncer, o sea, de lo avanzado que éste se encuentre. Toda operación obliga a un gasto de energías, que al canceroso nunca le sobran. Pero aun en estos casos desgraciados hemos de aceptar, si pensamos serenamente, que el enfermo que fallece pronto después de una simple abertura exploradora del vientre, bien contados tenía sus días; mientras que en las restantes ocasiones, muchísimo más frecuentes, cuando abierto y cerrado el vientre sin haber podido quitar el tumor, sigue el paciente con lentitud hacia su fin, no se puede decir que la operación menos peligrosa de las que se realizan en un canceroso fuese inútil, puesto que sirvió para adquirir el mayor grado de humana seguridad de que la cirugía en nada podía ya ayudarle.

Supongamos que ya está decidido el practicar la apertura exploradora del vientre. *¿Qué se encontrará en ella y qué posibilidades habrá*

de hacer algo beneficioso para el enfermo? Dividamos los posibles hallazgos en cuatro grupos:

1.^o *El más favorable.*—No se ve ni se toca más material canceroso que el tumor del estómago, situado en su parte inferior, cerca de su salida, y sin que invada los órganos vecinos. En estas circunstancias podemos ser radicales, es decir, extirpar el tumor ampliamente en lo sano. *¿Equivale esto a que es seguro que en todos esos casos conseguiremos con la operación que el cáncer no vuelva, ni pronto ni tarde?* No. En el cáncer no se puede nunca cantar victoria por adelantado; lo único que podemos asegurar es que la gran mayoría de los que con la operación se libran definitivamente de la enfermedad corresponde a este grupo favorable de enfermos.

2.^o *Casos menos favorables.*—Puede ocurrir una de estas dos cosas, o ambas a la vez:

a) Que el tumor no esté colocado en la salida del estómago, sino hacia su parte media; o que estando bajo ascienda hasta muy cerca de la entrada, porque entonces es fácil que su situación represente un factor muy desventajoso, como después veremos.

b) Esta es una posibilidad muy frecuente: que el cáncer situado en la parte baja del estómago ya no esté solo, por tocarse y verse algunos ganglios cancerosos a lo largo de los bordes del órgano, pues, aunque los extirpemos, debemos pensar que el que no percibimos más nidos no quiere decir que no los haya; y más aún, debemos admitir que lo más probable es que existan. Y si esto ocurre, la operación no ha podido ser radical, aunque pareciera serlo.

3.^o *Casos desfavorables en grado diverso.*—Pueden serlo por la situación del cáncer, por la invasión de los órganos vecinos o por ambas razones juntas:

a) El cáncer, empieze donde sea, crece siempre hacia arriba, hacia la boca del estómago; y al practicar la extirpación hay que cortar lo más alejado y alto posible de la parte más elevada del tumor, para estar seguros de que ya es tejido sano, lo que trae consigo, casi siempre, que se tengan que extirpar, por lo menos, las tres cuartas partes del estómago. Pero si el cáncer está, ya desde el comienzo, cerca de la entrada del órgano, o aun habiendo nacido más bajo, al crecer se ha acercado mucho a la entrada, entonces, para seccionar en tejido sano, que es condición indispensable, hay que extirpar absolutamente todo el estómago, operación larga y difícil que tiene una mortalidad inmediata, en término medio, cinco veces mayor que cuando sólo quitamos, como es lo habitual, las tres cuartas partes del órgano.

b) Ya sabemos que uno de los modos de propagarse el cáncer es invadiendo los órganos vecinos en directo contacto con él. Cuando esto ocurre es necesario, para poder ser radicales, extirpar no sólo el tumor del estómago,

sino también, muy ampliamente, la parte del órgano vecino que está invadida, lo que unas veces es imposible y otras, cuando es factible, aumenta la gravedad de la operación en grado variable según el órgano u órganos que parcial o totalmente haya que extirpar; y esto aun no contando con que la radicalidad en esas intervenciones tan amplias es muy problemática. Aquí nos encontramos, al igual que en la extirpación total del estómago, en los límites de la cirugía anticancerosa habitual con la heroica, en la que algunos éxitos brillantísimos están envueltos con numerosos fracasos, sin más justificación que el ardiente deseo del cirujano de no dejar de hacer todo lo humanamente posible en bien del enfermo.

4.º Casos inoperables.—La localización alta del cáncer en el estómago, la adherencia e invasión de los órganos vecinos y la existencia de ganglios ya cancerosos fuera del estómago, cerca o lejos de él, o de tumores hijos, pequeños o grandes, en el hígado o en otros sitios del vientre, son posibilidades capaces cada una de ellas, aisladamente, de hacer, en absoluto, inoperable al enfermo, por exceso de riesgo inmediato, por falta evidente de radicalidad o por ambas causas juntas. Y, por si fuera poco, es muy frecuente que obren a la vez dos o las tres posibilidades, haciendo, si esto fuera posible, aún más catastrófica la situación. Ante tanta desdicha no queda más que la resignación. Sin embargo, algunas veces, en un cáncer que estrecha la salida del estómago (estrechamiento que, al dificultar mucho el paso de los alimentos ingeridos, ocasiona grandes molestias y rápido decaimiento orgánico) y que ya no es extirpable al haber, por ejemplo, nichos cancerosos en el hígado, está permitido extirpar el tumor del estómago por el procedimiento ordinario con tal de que esta extirpación sea fácil, de escaso riesgo; pues, aunque sabemos que así no obramos radicalmente, lo que nos guía es liberar al paciente de las infinitas molestias de su estrechez, prolongando, a la vez, algo su vida. Y si, en las mismas circunstancias, la extirpación del tumor es peligrosa o imposible —por ejemplo, por invasión de los órganos vecinos—, podemos practicar una unión entre el intestino y el estómago, proporcionando a éste una salida artificial que sustituya a la estrechada; así, aunque nada canceroso extirpamos, hacemos mucho menos incómoda la vida del enfermo hasta su muerte.

Hablemos ya de los riesgos inmediatos de la operación (mortalidad operatoria) y de los resultados lejanos (supervivencia y curación total y definitiva).

La extirpación de una gran parte del estómago se practica casi de igual modo hágase por úlcera benigna o por cáncer, pero cuando se ejecuta por un tumor maligno la mortalidad operatoria es de cinco a diez veces más elevada. ¿Por qué la mortalidad de la operación contra-

el cáncer es mucho mayor? Ya hemos dicho antes que toda intervención quirúrgica obliga al enfermo a un gasto extraordinario y repentino de energías, que si suelen sobrarle al ulceroso, aunque esté demacrado, le faltan, de ordinario, al canceroso, aunque parezca encontrarse todavía en aceptable estado general, porque éste se halla atacado de una enfermedad que, desde el comienzo, disminuye sus fuerzas y que, poco a poco, le va debilitando más hasta llegar a aniquilar su organismo.

¿No es posible calcular bien la resistencia de un enfermo, antes de someterle a la intervención quirúrgica, para no sobreponer en ésta el límite más allá del cual puede ser provocado el fallo inmediato y mortal? Si que es posible, hasta cierto punto, sobre todo cuando el caudal de energías es escaso y complicada la operación que sería más útil; pero en la mayoría de las ocasiones, aunque la exploración y análisis previos nos permiten adquirir una idea aproximada sobre la resistencia del enfermo —hasta incluirle en los grupos de poco, regular y gran riesgo operatorio—, no llegamos al grado deseable y suficiente de seguridad necesario para quedar libres del continuo temor de un eventual, imprevisible e inevitable fallo repentino del organismo ante el golpe de la operación; y esto aun sin contar con que cuando la planeamos nos es imposible, antes de abrir el vientre, conocer con exactitud las dificultades que tendremos que vencer—es decir, las energías que el enfermo tendrá que gastar—hasta terminar de realizarla. Entre estos casos desgraciados, en los que el operado fallece en los primeros días, o semanas, que siguen a la intervención, unas veces ésta había sido técnicamente fácil, pero ni aun así pudo el organismo soportarla; pero en otras, mucho más numerosas, el cirujano, ante las dificultades que tenía que vencer, dudó si renunciar a la extirpación o ejecutarla; pero dominado por el profundo deseo de no privar al desdichado paciente de la única probabilidad, por pequeña que le pareciese, de vivir, optó por someterle a una operación dura y traumatizante, que tampoco pudo soportar. Además, aunque en sus líneas generales, nos es conocido el funcionamiento de los órganos, tanto en el estado de salud como de enfermedad, nos quedan muchas lagunas, acaso infinitas, vislumbradas o desconocidas, en las que, poco a poco, se irá hallando la explicando de esas reacciones del organismo, en apariencia misteriosas, que si unas veces tanto nos satisfacen al resultar con ellas superado el poder curativo normal, otras nos hacen caer en el desaliento con su fracaso inesperado, sobre todo cuando confiando en la normalidad de ese poder habíamos puesto en la solución del problema nuestras más firmes esperanzas.

Toda intervención operatoria, por sencilla que sea, puede conducir a un desastre en cuanto la fatalidad enrede las cosas; por tanto,

nada debe extrañarnos que siempre sea peligrosa la cirugía que combate a una enfermedad gravísima como es el cáncer; y más si, como ocurre actualmente en el mundo, el panorama sigue siendo muy desfavorable porque, debido a un conjunto de circunstancias de difícilísima solución, hoy por hoy, cuando el canceroso —sea del estómago o de cualquier otro órgano del cuerpo— llega a la mesa de operaciones, y para eso el que llega, ya es tarde, en la gran mayoría de los casos, para que la cirugía, no obstante sus inmensos adelantos, pueda curarle, sin riesgo inmediato y de una manera segura y definitiva. Censurar agriamente al cirujano, que calla y sufre, cuando tiene la pena de perder un canceroso operado podrá constituir un momentáneo y engañoso alivio, de muy dudosa eficacia, para quien tiene la desgracia de ver desaparecer un ser querido; pero la serena meditación sobre la realidad de los hechos transforma la fácil censura en profunda injusticia, ya que es muy probable que el mejor amigo que el fallecido encontró en su vida fué precisamente el médico que le operó y a quien acaso no conocía hasta días antes. Y nadie, y menos los allegados del enfermo, pueden culpar de la desdicha a quien en pocas horas de afanoso contacto le dió, a manos llenas, lo que podía: confianza, amistad, cariño, esperanza, denodado esfuerzo y profesionales conocimientos. Todos debemos pensar, queramos o no, que después de haber nacido la única cosa segura e inevitable es que, más pronto o más tarde, desapareceremos; que el cáncer es una enfermedad de la edad madura más cercana a la vejez que a la juventud; que, sin operación, es fatalmente mortal, y, en fin, que si el cirujano, hombre como los demás, puede ser señalado por Dios para servir sus designios, no es capaz, por sí mismo, de variarlos, aunque testigo de excepción de tantas escenas de dolor eleve conmovido muchas veces una súplica apasionada y humilde: ¡Señor, permítame curar y ayudadme a curar!

¿Qué proporción de pacientes mueren en los días que siguen a la extirpación de su cáncer? Es comprometido dar cifras precisas, pues quien limite la extirpación a los casos fáciles y muy favorables, sufrirá más baja mortalidad que quien la realice aun en los difíciles y desfavorables. Pongamos un término medio del 10 al 20 por 100. *¿No tienen los viejos más peligros que los jóvenes de no poder soportar la operación?* Sí, pues es natural que el organismo gastado por la edad resista menos; pero, en cambio, en los jóvenes, que son los que aguantan mejor la intervención, el cáncer es más maligno, por lo que se reproduce con mayor seguridad y rapidez que en los viejos.

Ahora interesa tratar de una cuestión importantísima: la de saber cuántos años podrá vivir un canceroso, después de la extirpación, hasta que el cáncer vuelva, y con qué frecuencia queda el enfermo definitivamente curado. *¿En qué*

consiste la reproducción del cáncer? No se trata, de ordinario, repitámoslo una vez más, de que brote un nuevo tumor maligno allí donde el antiguo fué extirpado, sino de que los elementos cancerosos que en la operación no vimos ni tocamos, o bien, que aunque fueron reconocidos no pudieron ser extirpados, han seguido su evolución donde los dejamos, hasta crecer lo suficiente y llegar a transformar al individuo, en apariencia hasta entonces sano, de nuevo, en un enfermo de cáncer. Pero *¿cómo se explica entonces que esos nichos cancerosos, que ya existían cuando fué realizada la operación, tarden años en occasionar molestias al enfermo?* Porque una vez extirpado el tumor primitivo y principal las defensas del organismo son capaces de dificultar su crecimiento, sobre todo si son pequeños, haciéndole muy lento, y más aún si la malignidad del cáncer del que procedieron no era muy acusada; aparte de que pueden tardar en producir molestias si están localizados en un sitio donde estorban poco las funciones de los órganos. *Es posible juzgar en el momento de la extirpación cuántos años podrá vivir el operado hasta que vuelva a sentirse enfermo y qué probabilidades tiene de quedar definitivamente curado?* Hay ocasiones en las que, a la vista del hallazgo operatorio, podemos suponer que hay muy pocas probabilidades de una larga supervivencia y ninguna, o casi ninguna, de que pueda curar definitivamente; son los casos ya entonces reconocidos como muy desfavorables. Pero hay otros muchos, entre los favorables y los no muy desfavorables, en los que lo más que podemos decir es, en algunos, que la curación definitiva es posible, aunque sea más probable, tan sólo, una buena supervivencia; y, en otros, acaso la mayoría, que nada podemos asegurar y casi ni suponer sobre la duración de su vida. Lo que ocurre después de darlos de alta tenemos que aprenderlo solicitando información en plazos de tres años, recibiendo entonces, con frecuencia, sorpresas, unas veces agradables y otras desagradables. Es muy de lamentar que esta importantísima cuestión de la supervivencia tenga que quedar en interrogante hasta que el tiempo dé su inapelable contestación. En todo caso, asegurar triunfalmente, al terminar la extirpación de un cáncer del estómago, que va a conseguirse la curación definitiva, es engañarse con el mejor deseo, pues lo prudente es reconocer que no se sabe el tiempo que va a vivir un extirpado de estómago por cáncer más que cuando ya lo ha vivido.

¿Qué ha ocurrido en mis operados? En los que practiqué la extirpación del tumor, y que sobrevieron a la operación, lo siguiente: los años más peligrosos han sido los tres primeros (en especial el primero y el segundo), pues durante ellos fallecieron nada menos que el 68 por 100; continuaban viviendo a los cinco años, el 18 por 100, y seguían sanos a los diez años el 10 por

100. Ahora una aclaración: entre los cirujanos se admite universalmente que el extirpado de cáncer del estómago—al igual que el de otros órganos—que sigue en buen estado de salud a los cinco años de su operación, debe ser considerado como definitivamente curado, aunque más tarde fallezca de cáncer, porque si se comparan dos grandes lotes de individuos, uno formado por supervivientes de cinco años y otro por personas sanas de igual número, sexo y edad, la frecuencia de aparición del cáncer en su vida ulterior es igual en ambos grupos.

¿Por qué no conoce el público cancerosos que hayan sido operados hace muchos años? Examinemos con profunda pena el trágico balance: de cada cien cancerosos del estómago diagnosticados, casi la mitad no llegan a la mesa de operaciones por no haber sido ya aconsejable la intervención cuando fueron vistos por el cirujano o por no haber sido aceptado el consejo de éste a favor de ella, con el resultado de fallecer todos en pocos meses. Otra cuarta parte fué operada, pero tan sólo para comprobar que nada se podía hacer, o para ejecutar una intervención de menor cuantía que la extirpación que pudiera servir de precario alivio y con el mismo lógico mal resultado que en el grupo anterior. Así tenemos ya, de los cien cancerosos diagnosticados, casi 75 que no han podido, por llegar mal y tarde, ser ayudados por la cirugía, carga extraordinaria que da al cáncer su catastrófica y merecida fama. Nos queda únicamente, poco más o menos, una cuarta parte en la que fué posible practicar la extirpación del tumor, de la que todavía hay que descontar algunos casos fallecidos a continuación de ella. En resumen, del centenar de cancerosos diagnosticados, sólo unos 25, y gracias a la cirugía, han vuelto a la vida a jugar su fortuna. ¿Mala?, ¿buena? Si el cirujano hubiese limitado la extirpación a los cánceres favorables, el número sería menor de 25; pero en sus componentes sería de esperar, con fundamento, una gran frecuencia de la curación definitiva o, por lo menos, de largas supervivencias; ahora bien, como también practicó la operación en casos menos favorables, y aun en algunos francamente desfavorables, nada debe sorprendernos que más de la mitad no viviesen más de los tres años. Fero los restantes, los que siguen viviendo más años y los que curan definitivamente, si no son recordados por la gente como antiguos cancerosos es, en parte, porque el cirujano advirtió a los familiares del operado que no divulgasen la causa que motivó la operación, y en parte también, porque el público, que no sabe a qué atenerse, los incluye entre los habituales operados por úlcera benigna del estómago, de los que tantos conoce. Es decir, el profano se da perfecta cuenta de la impotencia absoluta de la cirugía en muchos cancerosos y de su modesta eficacia en otros, pero precisamente desconoce por completo aquéllos en los

que la cirugía logró un éxito de larga duración o definitivo.

¿Cómo se puede sospechar que el cáncer se ha reproducido? Si transcurridos años de total bienestar después de la operación, comienza el enfermo con pérdida de peso y fuerzas, cambio de su color habitual hacia la palidez, disminución del apetito, molestias poco precisas y no intensas, y tal vez ictericia, hay que sospechar que el cáncer ha vuelto; y más aún si ese cuadro se va acentuando progresivamente. *¿Puede obtenerse entonces algún beneficio con una nueva operación?* Ninguno, en la inmensa mayoría de los casos, ya que los cánceres son, casi siempre, varios o muchos y, por consiguiente, inextirpables. Además, los intentos de operación en tales circunstancias suelen tener una elevadísima mortalidad, casi prohibitiva.

* * *

Creo que con las consideraciones hasta ahora hechas—que aunque pudieran parecerle amplias en exceso no excederán mucho en extensión a lo que usted tenga por costumbre leer diariamente en su periódico predilecto—queda suficientemente informado de las posibilidades de la cirugía contra el cáncer, tanto más modestas cuanto más avanzada esté la enfermedad, pero que serían espléndidas, hasta casi poder acabar con esta plaga de la humanidad, si los cancerosos acudiesen a ella en cuanto notasen los primeros síntomas.

Sin embargo, podrá usted decir, con buen criterio, que en todo lo que antecede se trata del problema del cáncer de un modo general, pero sin resaltar situaciones, comentarios ni consejos especialmente adecuados para nuestro enfermo, que es quien, de un modo exclusivo, ahora nos interesa. Tiene razón, pero si ha leído con cuidado habrá aprendido que actualmente, teniendo que habérnoslas casi siempre con cancerosos que han pasado del período inicial—el de la posibilidad casi segura de extirpación radical del tumor con muy probable curación definitiva—no es posible, en la mayoría de las ocasiones, formar un juicio exacto, y a veces ni aproximado, de la situación en total de su problema antes de la abertura exploradora del vientre; es decir, que antes de ésta, ni sabemos lo que podremos hacer ni el resultado próximo ni lejano de lo que hagamos. En este momento, lo más que, dentro de lo general, se puede concretar en nuestro enfermo es lo siguiente:

- 1.º Hechos lógicamente favorables.
- 2.º Hechos lógicamente desfavorables.
- 3.º El consejo a favor de la operación es:

¿Puede aplazarse para más tarde la operación aconsejada? No sería, de ninguna manera, prudente demorarla, ya que es natural que cuanto más tiempo se deje pasar más avanzará

la enfermedad, pudiendo, dentro de unas semanas, no ser ya extirpable lo que, acaso, ahora aún lo es, sin contar con que las energías serán cada vez menores. Además, pudiera ocurrir que sometido el enfermo a un cierto cuidado médico, mejorase de sus molestias—mejoría transitoria de los síntomas mientras el cáncer sigue su nefasta evolución—, con lo cual ni él ni usted se inclinarían entonces a la operación, pensando en un error diagnóstico, lo que tendría como lamentable resultado que cuando, sin la menor duda, volviese a empeorar, y por ello considerasen ustedes de nuevo la conveniencia de la operación, se habría perdido un tiempo acaso decisivo.

* * *

Lea de nuevo estas páginas con la mayor atención, medite despacio sobre su contenido, y al decidir la conducta que usted desea que se siga piense tan sólo en el enfermo, que ignorante de la extremada gravedad de la enfermedad que le aqueja, nada puede decidir por si con completo conocimiento de causa, a pesar de lo que le interesa, viéndose forzado, y sin saberlo, a confiar plenamente en usted. *Sea razonable y caritativo. Póngase usted en su lugar y recapacite sobre si aceptaría o rechazaría para usted mismo el único modo posible de alivio y tal vez de salvación.*

No se escude en que el enfermo no quiere ni oír hablar de operación. Pruebe usted a levantar de madrugada a los vecinos de una casa sin dar a cada uno de ellos la razón de suficiente fuerza que le decida a abandonar su lecho a hora tan intempestiva, y fácil es suponer el resultado negativo de su esfuerzo. Pero dé usted el grito de ¡fuego! en la escalera y, antes de que le haya repetido muchas veces, verá cómo todos salen a ella, bien pronto, a cerciorarse de si la alarma es justificada. Nadie desea sufrir una operación si no está muy convencido de las ventajas inmediatas y de su necesidad inaplazable. El enfermo que sufre dolores desea la operación, que cree que le librará de ellos mejor que los medicamentos ya empleados con ese éxito, aunque la tema; y con tanta mayor vehemencia cuanto más intensos sean, a pesar de que el dolor no equivale ni mide la gravedad de un padecimiento. Y el canceroso, con frecuencia persona sana hasta entonces, suele tener más molestias que dolores, por lo que es perfectamente comprensible que no acepte, o que rechace, una operación que él teme que sea seria y que se le propone, cuando menos podía pensar en ella, contra simples molestias a las que no ha concedido mucha importancia y cuya causa se explica a su manera. Pero esto es natural y lógico porque desconoce la gravísima enfermedad que padece y de la que únicamente podrá salvarse por una operación afortunada. ¿Se obstinaría en la negativa si sospechase su verdadero estado? Con seguridad, no.

Debe usted convencerse de que si conoce a nuestro enfermo, cuando estaba sano, mejor que el cirujano, éste tiene la obligación de tener más práctica sobre las reacciones del paciente ante su enfermedad y la manera de guiarle hacia el camino más conveniente. El enfermo más reacio a una operación puede ser llevado a ella con toda facilidad, y sin la menor violencia, en cuanto sus consejeros, entre los que usted se encuentra, estén de acuerdo con la opinión del cirujano, porque éste siempre dispone de medios sobrados, con tal de que usted le ayude, para lograr que el paciente, sin llegar a saber con exactitud la verdadera naturaleza de su enfermedad, se someta dócilmente a la intervención quirúrgica propuesta. Cuando él mismo la rechaza, en contra del consejo terminante del cirujano, no es que espontánea y deliberadamente se deje morir—ya que en modo alguno, aunque lo afirme, está convencido de que vaya a morir—, sino que el círculo familiar y afectivo, del que usted forma parte, ha juzgado y decidido en asunto de tanta trascendencia que, en contra del juicio del profesional médico, lo más adecuado es que muera sin lucha; y este círculo sí que está convencido de que la muerte es segura. ¡Qué penoso es para el cirujano ver desaparecer de su vista a un pobre canceroso, que pudiera y debiera ser operado, rodeado de la escolta familiar, a la que inútilmente trató de convencer, que silenciosa le sigue, tal vez con sus remordimientos por haberle dado un consejo equivocado, cuya única explicación, no justificación, en el mejor de los casos, es el cariño mal entendido!

Si en contra del prudente consejo que le ha sido dado, opta porque nada se intente a favor del enfermo, allá usted con su responsabilidad y conciencia. Fero si lo acepta, en los términos propuestos, le repito que debe darse cuenta de que el cirujano elegido no es más que un hombre de buena voluntad que tratará de hacer, intimamente unido al enfermo, lo que sepa y pueda; pero que así como el cariño de usted hacia el paciente no basta para salvarle, también puede ocurrir que no sea suficiente para ello, o no alcance el grado deseado, la total ayuda del profesional. Estará usted en su derecho al exigir al operador la máxima atención, habilidad y cuidado; pero no le pida, si llegase el caso, un acto milagroso, que él mismo es el primer convencido de que no es capaz de realizar.

ADVERTENCIAS DEL MAYOR INTERÉS QUE DEBEN USTEDES CUMPLIR ESCRUPULOSAMENTE.

No hagan saber jamás al enfermo que tiene un cáncer, ni siquiera como argumento para decidirle a favor de la operación. Sería una残酷 decírselo. Es frecuente que asegure que él sabe bien lo que tiene y que es inútil tratar de ocultárselo; pero no caigan en esa trampa infantil. Lo que él desea, para creerlo, es que le

afirmen que su enfermedad no es la que tanto teme; sean ustedes siempre rotundos en la negativa.

No comuniquen la mala noticia más que al pequeñísimo número de personas que verdaderamente necesiten saberlo, pues cuantas más sean, más probable es que, tarde o temprano y por un camino u otro, llegue a conocimiento del enfermo.

Guarden, mientras la estudian, con el mayor cuidado esta información secreta, que en modo alguno debe llegar a sus manos. Eviten todo descuido. Y cuando hayan tomado una decisión, entréguelas a su médico de cabecera, o rómpalas, pues entonces es ya un documento inútil y, además, peligroso para el enfermo mientras viva.

No tiendan a hacer culpable de la situación a un médico determinado porque, con la mayor probabilidad, cometieran una injusticia.

Aténganse a las siguientes normas, que la experiencia ha demostrado ser las mejores:

1.^a *Si el paciente no llega a ser operado, por consejo del cirujano, recuerden y repitan al paciente, con la frecuencia que sea necesaria, lo que él le dijo para engañarle piadosamente: que padece una inflamación crónica del estómago, única causa de sus molestias; que es la enfermedad más frecuente de ese órgano, pero que en su caso es más intensa de lo habitual; que tardará unos cuantos meses en curar porque, al ser indispensable comer, no se puede dejar al estómago en el debido reposo, con lo cual la curación se retrasa muchísimo; que en los primeros meses no notará mejoría por estar durante ellos la inflamación en su más alto grado; que por esto tendrá poco apetito, con su correspondiente pérdida de peso y fuerzas, ya que la inapetencia es una defensa protectora del organismo, pues se agravaría y duraría más la inflamación si, por estar conservado el apetito, comiese normalmente; que durante esos meses tendrá que limitarse a "capear el temporal" con larga estancia en cama para gastar la menor cantidad posible de energías; pero que esté completamente seguro de que pasado ese período crítico—obligado y normal en la enfermedad—sobrevendrá, sin la menor duda, como ocurre siempre, la curación completa.*

Es decir, con estas razones se trata de explicarle por qué es natural que no mejore ni cure pronto, pero dándole la seguridad, y esto es lo importante, de que al fin curará. En cambio, si no se sigue esta norma y se le promete una mejoría inmediata por la acción del régimen y de los medicamentos, hecho beneficioso que no puede ocurrir, muy pronto pierde toda esperanza ante el fracaso de la medicación. Si se emplea constancia y tacto es asombroso, muchas veces, con qué facilidad se logra mantener al paciente animado por una viva esperanza hasta los días cercanos a su muerte.

2.^a *Cuando la operación no pudo ser más*

que la simple abertura exploradora del vientre es preciso afirmar al enfermo, ya desde el primer momento, que la extirpación de gran parte del estómago ha sido realizada con éxito, pero que, dada la mutilación que ella causa, es frecuente que persistan las molestias, que antes tenía, durante algunos meses, que es el tiempo que el organismo necesita para adaptarse a las nuevas condiciones. En estos casos es difícil sostener la moral del paciente hasta el fin, pues habiendo esperado de la operación que le curase pronto, se encuentra con que las semanas transcurren sin alivio, acabando así por darse cuenta de que nada útil se le hizo.

3.^a *Cuando, después de la extirpación, se halla el operado en buen estado de salud, lo mejor es no mentir para nada la operación sufrida y borrar, en absoluto, en las conversaciones la palabra "cáncer".*

4.^a *Si transcurridos años de bienestar después de la extirpación volviese el cáncer, es conveniente, ante el enfermo, excluir a la operación como causa de las molestias que existan, y de las que puedan aparecer, siendo preferible atribuirlas a una anemia, alteración del hígado u otra enfermedad cualquiera. Suele aceptar bien esta explicación.*

En aquellas de estas circunstancias que son desfavorables, el paciente ya no es asistido por el cirujano, sino por su médico de cabecera, cuya actuación cotidiana no puede ser más importante ni difícil porque se trata, nada menos, que de seguir sosteniendo el ánimo del enfermo en ausencia de toda mejoría sobre la que fundamentar una chispa de optimismo; y no sólo un día, sino hasta que todo termine.

Quien lleve a buen término este cometido acredita dos altos valores: el profesional y el humano; y más este último, porque ha de suplir el fracaso de sus medios terapéuticos a fuerza de habilidad, paciencia y cariño. ¡Triste y magnífica tarea!

SUMMARY

The writer considers in detail the advice and instructions which, according to his experience, should be given to the family of a patient suffering from gastric cancer. Such instructions apply to the need for an operation and its importance as well as to its risks or to the post-operative results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beschreibt ganz eingehend die Anzahl von Massnahmen und Ratschlägen, die man seiner Erfahrung nach den Familienangehörigen von Patienten, die an Magenkrebssleiden, geben soll. Diese Massnahmen beziehen sich sowohl auf die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Operation, wie auch auf die Gefahren und postoperativen Ergebnisse derselben.

RÉSUMÉ

L'auteur expose en détails la série de règles et conseils que d'après son expérience doivent être donnés à la famille du malade qui souffre un cancer gastrique. Il s'agit surtout du besoin et importance de l'opération ainsi que du risque de celle-ci et aux résultats post-opératoires.

RASGOS FUNDAMENTALES DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS MAS FRECUENTES

JOSÉ M. POAL.

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
Servicio de Medicina del Doctor ROCHA.
Sección de Reumatología, Jefe: Doctor JOSÉ M. POAL.

CONCEPTOS HISTÓRICOS.

Al hablar de enfermedades reumáticas o de reumatismo siempre es necesario recordar que siendo como especialidad una de las más modernas que existen, como enfermedad es la más antigua de todas las que se conocen. Esto no es una afirmación gratuita, sino que queda demostrado por el hallazgo de los restos fosilizados de un animal vertebrado llamado *Platecarpus* que vivió hace diez millones de años y en el que se observan lesiones osteoarticulares en la columna vertebral. En la raza humana, los primeros hallazgos se remontan a las lesiones osteoarticulares observadas en los restos del hombre de Java.

Los datos más antiguos que se han recogido demuestran que el hombre, incluso ya en la prehistoria, especulaba sobre el reumatismo y sus causas, buscando alivio a sus síntomas. Los antiguos egipcios mostraban como símbolo de la vejez a un hombre afectado de reumatismo; en uno de los primeros escritos egipcios, el Papiro de Ebers, que fué escrito 1550 años antes de Jesucristo, se caracteriza al reumatismo por un endurecimiento de las extremidades y explica el modo como ablandarlas; posteriormente encontramos que el monarca sirio Arsubanpal, que vivió 168 años antes de Jesucristo, ya tenía reumatismo y por indicación del médico profeta de la corte le fueron extirpadas unas piezas dentarias porque, dice textualmente, "tenía dolor en la cabeza y en los pies".

Las primeras descripciones clínicas definidas sobre cuadros reumáticos son atribuídas a Hipócrates, quien unos 400 años antes de Jesucristo, en plena edad de oro de la cultura griega, hace las primeras descripciones, que aunque breves e imperfectas tienen grandes des-

tellos de certidumbre en algunos casos; fué el primero en descubrir lo que él llamaba "un dolor errático que no dura mucho, con fiebre y que ataca a los jóvenes", que corresponde al cuadro que hoy día conocemos con el nombre de fiebre reumática o reumatismo poliarticular agudo. También describió otro síndrome, al que llamó Podagra, como la más violenta de todas las enfermedades reumáticas, que empieza casi siempre en el dedo gordo del pie (podagra en griego significa "pie cogido en una trampa"), queriendo con ello demostrar la intensidad terrible del dolor en esta enfermedad, lo que corresponde casi exactamente, al menos en un gran número de casos, a la iniciación de un ataque agudo de gota, según el concepto que tenemos hoy día.

A pesar de que cuanto queda dicho demuestra una verdadera "ancianidad" de las enfermedades reumáticas, su agrupamiento y ordenación dentro del marco de una especialidad no se ha hecho hasta muy recientemente. Quizá una de las causas más responsables de ello sea la ambigüedad y confusionismo reinante alredor del concepto "reumatismo".

DEFINICIÓN Y CONCEPTO ACTUAL DEL REUMATISMO.

La palabra reumatismo etimológicamente proviene del griego *rheuma*, que a su vez deriva del sánscrito *sru*, que significa verter o rezumar. Como luego veremos, entre el origen etimológico de esta palabra y el concepto que hoy día tenemos media una distancia enorme, y si se ha mantenido la misma ha sido sólo por tradición y a falta de otra mejor.

Debido a la vaguedad que en sí encierra la palabra reumatismo su definición es difícil, habiéndose propuesto una infinidad de ellas; prácticamente, cada uno lo describe a su manera, y entre las múltiples definiciones citaremos sólo algunas. Así, por ejemplo, una de ellas dice: "El reumatismo engloba todos los trastornos médicos del aparato locomotor", siendo dicha definición incompleta por el hecho de que algunos de ellos necesitan auxilio quirúrgico para su resolución. Una de las mejores definiciones dadas es la de MARAÑÓN, que dice textualmente: "Reumatismo significa todo un conjunto de afecciones del aparato muscular y articular, caracterizadas por alteraciones morfológicas y funcionales, objetivas y subjetivas, entre las que resaltan la hinchazón, dolor e impotencia funcional." El único inconveniente que encontramos a la misma es su quizás excesiva extensión. Otra definición que se ha empleado es: "Una modalidad reacional alérgica de los tejidos mesenquimatosos"; ésta encaja en cierto tipo de enfermedades reumáticas, pero no las engloba a todas, siendo por lo tanto incompleta.

Nosotros proponemos una definición que