

*LA INFLUENCIA DEL PSIQUISMO EN EL ENFERMO
QUIRURGICO*

El concepto de unidad funcional en fisiología y el concepto unitario del "hombre enfermo" en la clínica Quirúrgica ()*

Prof. Carlos Stajano

Es la primera vez que apporto a la Sociedad de Cirugía un asunto que a pesar de ser de mi predilección durante toda mi vida médica, fué silenciado de expreso, dado el clima de la Sociedad de Cirugía para determinados temas. Me refiero al concepto de unidad funcional fisiológica del hombre, encarado integralmente a través de su vida somática y espiritual. Ese concepto fisiológico, orientó toda mi vida quirúrgica, y mis publicaciones sucesivas desde el año 1919 hasta la fecha, en trabajos aislados y en libros, definen claramente esa orientación fisiológica al través: de la Patología General, de numerosos capítulos de la Ginecología, de la Dermatología, de la Oftalmología, de la Fisiopatología experimental, de la Carcerología, y es ese substrátum conceptual el que ha dado directrices no sólo en el estudio diario del hombre enfermo a nuestro cuidado, sino que influye en forma principalísima en la manera de orientar nuestra enseñanza al estudiante cuando por vez primera acude al Hospital a ponerse en contacto con el objetivo de su estudio que es: el "hombre enfermo".

En efecto: el feudalismo sobrevivió en Medicina y Cirugía, varios siglos. La morfología dominante del siglo pasado, impregnó en forma profunda a las Ciencias Médicas. La Fisiología, a su vez, de esa época, se ajustó al simplismo funcional de la limitada fisiología del órgano.

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 2 de julio de 1947.

La Fisiología moderna, d correlación funcional, ensancha los horizontes del conocimiento. Sin duda alguna, podemos afirmar que: Claude Bernard se nos representa como uno de esos grandes gigantes, que al asomar su cabeza por encima de las montañas, avizoró lejanamente el horizonte de la Fisiología contemporánea. (Esta imagen es de Claude Bernard en su libro "Introduction à l'étude de la Médecine Experimental". París).

La escuela española con Turró, y Pi y Suñer (1) profundiza la visión de ese panorama y en forma extensa nos da la clara visión del concepto unitario de la fisiología humana. Sin ser fisiólogos, esos libros que leímos hace ya muchos años, grabaron profunda huella en nuestra mentalidad clínica, y aprendimos desde entonces ante un enfermo, a encararlo no como a un órgano con determinada lesión, sino como a un complejo fisiológico, con todas las resultantes somato-psíquicas en entera interdependencia.

Esa unidad funcional fisiológica, nos es por otra parte, impuesta por la buena clínica. Es el estado de enfermedad el que nos muestra la unidad reaccional del ser enfermo, la solidaridad y reciprocidad del espíritu y del cuerpo, y nos enseña que la lesión de una parte, repercute en el todo. La fisiopatología unitaria, es la emanación de las verdades impuestas por la unidad funcional fisiológica.

Por otra parte, es evidente que la clínica del 1900 hasta el momento actual, ha puesto en evidencia, esa tendencia feudal fruto de la ultraespecialización y que es una consecuencia del especialista prematuro, del médico inmaduro, con ausencia de base general y clínica básica. Así es, en efecto: por un lado, la órbita casi invulnerable del psiquiatra, que desenvuelve su actividad lejos del intercambio de ideas con clínicos generales, salvo contadas excepciones; del mismo modo, en las clínicas se silencia todo lo que tenga atingencia con lo psíquico, y es sólo episódicamente que el psiquiatra es solicitado ante casos extremos, desapareciendo el enfermo de nuestro campo de observación, perdiendo el control y la visión de su conjunto. Si desde el punto de vista de la profundización de conocimientos, la alta especialización es imprescindible, también es imprescindible que el médico general, el cirujano, el ginecólogo y todo especialista, tenga un mínimo de

(1) Pi y Suñer. I) La unidad funcional. II) Las correlaciones fisiológicas.

educación, de instinto, e información psicológica, teórica y clínica indispensable. No debe cerrar los ojos ante lo evidente, y debe actuar con eficacia dentro de su órbita ante perturbaciones psíquicas y determinados síndromes, que el buen interrogatorio permite siempre descubrir. Esto lo autorizará a la configuración de un diagnóstico integral hecho con un criterio unitario y no en la forma fragmentaria, cual si se dividiese en solares la economía del enfermo, asignando a distintos especialistas la configuración de un plan diagnóstico. En los ambientes ginecológicos, no sabemos si hemos sido interpretados en nuestras afirmaciones. Sólo decimos que: es de comprobación diaria la lamentable falsa ruta, seguida por los clínicos que no tienen una noción integral del enfermo que consulta. Las máscaras urinarias, digestivas, nerviosas viscerales diversos y psíquicas de la enferma ginecológica, constituyen el mayor atractivo de la especialidad, y debe a mi juicio ser una gran preocupación de las cátedras, el inculcar al médico joven, las enseñanzas en este sentido, convencidos del bien incalculable ofrecido a la comunidad, ahorrando esas falsas rutas que no mejoran al enfermo y constituyen base del desprestigio de la Medicina, por la peregrinación interminable e infructuosa de ese tipo de enferma, mal encarada y peor comprendida.

El siglo actual respira en una atmósfera impregnada de fisiología. El clínico investiga el trastorno funcional y una semeiología fina, metódica e inteligente, lo pone de manifiesto por el interrogatorio sagaz. La búsqueda física de lesiones y su semeiología precisa, debe ser el segundo acto de la investigación, y muy frecuentemente el diagnóstico se configura y la investigación física está encaminada en determinado sentido, ya en esta primera etapa semeiológica. Hace muchos años que en el interrogatorio de nuestros casos hacemos una semeiología psíquica elemental y le damos tanto valor como a la dosificación del ázoe en el suero, o al examen de la orina.

Como cirujanos, no podemos desprendernos en la preparación pre-operatoria, del estado de la moral y del psiquismo de nuestros enfermos. Toda esa cantidad de imponderables psíquicos que gravitan en el resultado de nuestro acto quirúrgico, han sido letra muerta en la enseñanza clínica de la Cirugía. Debemos desterrar para siempre ese cocepto inhumano, producto de la era materialista y morfología exclusiva de nuestra ciencia y aplicar todos los

conocimientos de la Fisiología moderna, con todas las comprobaciones clínicas, para abonar la buena tesis de la humanización de nuestras tendencias, prácticas, así como de los ambientes quirúrgicos en que trabajamos.

El estudio de la emoción en sus diversos aspectos, así como las múltiples manifestaciones orgánicas del choc psíquico, afectivo y moral, no constituye un sector del conocimiento apartado del conocimiento general. El feudalismo de principios de siglo, podía permitir esa barrera limitante del conocimiento especializado. Hoy el cirujano general, o el médico internista, así como el especialista, tiene que conocer aunque sea en forma conceptual, la trascendencia de la vida psíquica, en el equilibrio fisiológico del hombre; y viceversa, la influencia del estado somático y lesional, sobre el psiquismo de su enfermo.

Los cirujanos de hoy, al estudiar el traumatismo físico, dejamos de considerar, con espíritu simplista, las características de los desgastes locales o regionales de la lesión. Ensanchamos el panorama del traumatizado y lo estudiamos a través de las manifestaciones orgánicas que surgen de la sintomatología del sistema vegetativo periférico y central que contestan específicamente y en forma excéntrica frente al trauma.

El traumatismo psíquico, con su polimorfa espina emocional, temor, terror, angustia, etc.) pone en tensión al través de los centros superiores subtalámicos a todo el sistema vegetativo, y hemos hecho la comparación in extenso en otras oportunidades, de la similitud fisiopatológica del choc traumático y del choc emotivo y moral, al través de sus manifestaciones.

Las manifestaciones orgánicas del choc psíquico intenso, no son sino la amplificación de las mismas reacciones vegetativas que acompañan a toda emoción, pudiendo ser tan sólo más violentas que aquéllas, o más prolongadas. No nos ocupamos en este momento más que de las reacciones vegetativas inmediatas. Omitimos las consecuencias lejanas y reliquias del choc emotivo, del mismo modo, que las consecuencias residuales de los traumatismos físicos, que no corresponden a nuestro tema en estudio de hoy.

De la misma manera que en el choc traumático, en el choc moral se ven todas las graduaciones de intensidad, de duración;

y así podemos, de acuerdo con las observaciones minuciosamente analizadas y las publicaciones que hemos tenido a nuestro alcance, destacar síndromes globales de choc, y síndromes parciales o segmentarios. En los primeros, “**gran cuadro de choc**”, están frondosamente representados todos los sectores de la vida órgano-vegetativa; y en ese conjunto sindromático no sabemos si tienen la misma o diferente jerarquía las gruesas manifestaciones vasculares, o la visible y polimorfa reacción vaso-motriz, o la compleja espasmodicidad de la fibra lisa visceral torácica como abdominal, o el cataclismo humoral, o la inhibición brusca de ciertas secreciones glandulares (lactancia, menstruación, etc., etc.). Omitimos la sintomatología psíquica del chocado moral, porque ella interesa especialmente al psiquiatra (temor, pánico, inmovilidad, angustia o tendencia a la fuga, ansiedad, aturdimiento). La lipotimia llegando hasta el síncope (ictus emotivo) en ciertos casos, así como el vértigo, si bien es cierto que traducen un estado funcional de la vida cerebral, son síntomas satélites y en gran parte dependientes de la perturbación de la vasomotricidad. Es la vasoconstricción periférica compensadora de la dilatación venosa profunda visceral, la que provoca la anemia temporaria de los centros. Es la hipotensión el elemento más palpable del síndrome, por cuanto es ostensible en el fásces, que se muestra pálido y lívido; y en otras alternativas de ataxia vasomotriz, vultuoso o congestivo.

La hipotensión al manómetro muestra la caída brusca, vertical. La vasoparálisis capilar periférica como en el choc traumático, es evidente en el gran chocado psíquico, y los miembros inferiores y las extremidades muestran una palidez cianótica, a veces un ligero edema fugaz. El dermatografismo es frecuente. La frialdad y la hipotermia más que un síntoma dependiente de la vasomotricidad, como se le ha atribuido en general, es a nuestro juicio un síntoma neurovegetativo central, y dependiente de trastornos funcionales pasajeros de los centros de la termorregulación. La transpiración súbita y profusa, fría y helada, contemporánea de los otros síntomas, así como los reflejos pilomotores, alternan con los grandes síntomas viscerales del síndrome.

La sintomatología cardíaca es al través de la taquicardia, muy elocuente. Es uno de los síntomas más esenciales y constantes. Las 100, 140 ó 150 pulsaciones son ignoradas por el chocado; otras veces se traducen por la sensación subjetiva de la palpitación, que

se hace más penosa aún, cuando la opresión se asocia en el síndrome.

La taquicardia, el temblor, los síntomas vasomotores, la exoftalmia, la diarrea, síntomas concurrentes y fugaces, originados en el curso del choc emotivo, o que se estabilizan y perduran meses o años, constituyendo el síndrome de la "Neurosis emotiva", ha permitido equipararlo a los variados síndromes frustrados de la enfermedad de Basedow.

La instalación en ciertos casos, de un bocio verdadero con los caracteres del Basedow, estrecha aún más el parentesco de estas diversas reacciones y manifestaciones post emotivas y su filiación netamente neurovegetativa. Martinet engloba bajo el nombre de "Neurosis cardíacas" ⁽¹⁾ a ese conjunto de pequeños síntomas vasomotores, secretorios, sensitivos, reflejos y taquicárdicos del tipo que describimos, reconociendo en su génesis, la etiología emotiva.

Dice Martinet: lo que importa desde el punto de vista del pronóstico y de las aptitudes no es la potencia de reserva de la fibra cardíaca (miocardio), que es en general excelente, sino la potencia de resistencia de la función nerviosa (Sistema nervioso vegetativo intra y extracardíaco).

La *tendencia al espasmo* que es una de las características salientes de la constitución emotiva (Dupré), puede exasperarse por momentos y dar nacimiento a la sensación de constricción física que constituye la angustia. Devaux y Logre distinguen con mayor razón, según el sitio variable de esa constricción: la *angustia respiratoria*, la *angustia digestiva*, la *angustia cardíaca*, la *angustia cefálica*. Es evidentemente alrededor de estos grupos de Devaux y Logre que en clínica se definen ciertos cuadros de choc segmentarios y donde se ve la predominancia de unos sectores sobre otros.

Así por ejemplo, el *sector respiratorio* da la sensación de balonamiento torácico, la constricción de garganta, fauces cerradas, voz quebrada y afónica, falta de aire, espasmo traqueobronquico, dando un síndrome inspiratorio fugaz, con sensación de sofocación y entrada de aire forzada con ronquido ruidoso, sensación de estricción torácica, barra epigástrica, etc., etc.

(1) Neurosis taquicárdicas (Gallavardin). Taquicardias de Guerra (Aubertini).

Esta manifestación pasajera de un asma emotiva, ruidosa y terriblemente angustiosa, fué por nosotros (observación personal) experimentada, con motivo de una intensa emoción de expectativa, con sensación de miedo, pudiendo realizar con justeza, la sinergia funcional del fenómeno psíquico, con las reacciones viscerales, por él condicionadas.

La angustia en el sector digestivo. Se traduce por la imposibilidad de la deglución, la pesadez y constricción epigástrica, el espasmo doloroso, el calambre estomacal, los cólicos intestinales, el tenesmo rectal, el cólico hepático o nefrítico, transitorio y fugaz, el espasmo vesicular.

La ictericia emotiva es ya una consecuencia y no responde sólo al espasmo inicial; éste se agota y no es rara la hepatitis residual consecutiva a la etiología inicialmente emotiva. (La ictericia catarral es una hepatitis verdadera).

La angustia cardíaca se manifiesta con la sensación de garra precordial torácica, de corazón oprimido, de corazón que explota, a veces con sensación subjetiva de palpitaciones.

La angustia cefálica da la constricción temporal, vacío en la cabeza, fascies trágico y concentrado, gesticulante o convulsivo.

Podríamos seguir enumerando las numerosas consecuencias orgánicas inmediatas de los traumatismos psíquicos, tales como las *manifestaciones secretorias*, ya de inhibición, ya de hipersecreción salivar, sudoral, urinaria, glandular digestiva, aparte de las descargas glandulares de los órganos de secreción interna (suprarrenal, tiroides), con sus resultantes neuro-endocrinas ya conocidas. En el *sector metabólico* y de la *nutrición*, son variadas las consecuencias y no prolongaremos este capítulo con redundancias que podemos omitir: (glicosurias, azoemias, trastornos metabólicos de sales, poliurias, etc.).

Terminaremos este capítulo con una consecuencia orgánica que tiene el valor de la evidencia y en la cual se pone una vez más de manifiesto la Unidad Funcional de todo el sistema neurovegetativo. Me refiero a la etiología emotiva, en el advenimiento de ciertos Vitiligos (Ver Pigmentación cutánea). ⁽¹⁾

(1) Sistema vegetativo y Neurosis trófica. Stajano, Pág. 25.

La patología mental asociada al vitiligo, fué señalada ya por Mooselli y Arnozán. Esta coexistencia ha sido señalada más frecuentemente en las neurosis emotivas agudas, que en las enfermedades del tipo crónico. Entre los desequilibrios complejos y difusos que provoca la intensa y brusca emoción, cuenta el trastorno pigmentario (vitiligo). Leloir (1881); Lebrun (1886); Sideroff (1893); Villander (1894); Strandberg (1912); Meredier (1919) insisten a este respecto, publicando casuística. De la nuestra, citar os el caso de un hombre que fué secuestrado en una gran gruta oscura en medio de una sierra (estancia del departamento de Tacuarembó). El terror de no encontrar salida, la seguridad de una muerte inminente y la inanición, fueron elementos concurrentes para el trauma emotivo, que produjo en quince días un vitiligo generalizado.

En otros dos casos, hemos visto discretas manchas de vitiligo apenas perceptibles, intensificarse después de sacudidas emotivas, volviendo a desaparecer casi completamente días después.

La canicie brusca (apigmentación de pelo), de génesis emotiva aguda, ha sido señalada por Bourneville, Parry, Laloy, Hertzogke por un lado. Levy y Rothschild por otro, discuten respecto a la participación del hipotiroidismo o del hipertiroidismo en el fenómeno. No entramos a discutir el mecanismo del proceso, en su fase tiroidea, suprarrenal, etc. Nos interesa, eso si, poner de manifiesto la puesta en juego con motivo del choc moral de los centros axiales vegetativos de la pigmentación cutánea, con su resultante en unos casos fugaz, en otros definitiva.

La canicie brusca de los ajusticiados a muerte, en el término de pocas horas, es un hecho conocido. Aparte de la casuística de los autores, la historia comenta el caso de la canicie de María Antonieta, en la noche antes de su ejecución.

Es la función vegetativa global, pues, que el cirujano maneja por intermedio del psiquis de su enfermo y que contribuye en algunos al éxito de las mayores y más graves intervenciones, debiendo ocupar dentro de las prácticas del preparado pre-operatorio, un sitio tan prominente como el de la tonificación cardíaca o la preparación humoral, etc.

La negligencia en este aspecto, la hemos podido apreciar, a través del criterio quirúrgico de las épocas, en ciertos medios donde el cirujano se alejaba espiritualmente de su enfermo. El pánico del acto operatorio, la falta de confianza y de fe, las ideas de temor, de duda o de angustia, obran como espinas deprimentes en el terreno neurovegetativo del futuro operado, contribuyendo en diferente proporción a incidencias de variable intensidad o gravedad. ¿Qué cirujano de experiencia no da hoy importancia a la convicción que le trasmite su enfermo, de que morirá indefectiblemente en el acto operatorio?

Declaro formalmente contraindicado este momento de la intervención por ese solo y grande índice psíquico, que es a nuestro juicio de mayor jerarquía en su valoración, que la dosificación de la urea o el tiempo de coagulación. La importancia del factor psíquico es más universal y trascendente, por cuanto es el psiquismo punto de partida de todos los comandos, que obran centrífugamente sobre la totalidad de los sectores de nuestra economía. (Ver nuestro esquema didáctico de la unidad del sistema neuro-vegetativo).

Complejidad conocida, es claridad conquistada, y es así que nos acercamos a la verdad, cada vez más luminosa en nuestra actuación médica o quirúrgica, frente al enfermo.

No es el concepto organicista, morfológico, parcelar, anatómico exclusivo, el que guía nuestra acción; es la visión fisiológica del complejo enfermo que vibra y que sufre en su totalidad al través de la lesión o el proceso local. La evolución de actos operatorios, de heridas accidentales traumáticas, de procesos ulcerosos crónicos, concentraron la atención de los prácticos en general, al "loco dolenti" y cuan limitado es el número de los que se preocupan de la funcionalidad nerviosa global y neuro-vegetativa del sujeto, que hace la reparación y utiliza a sus expensas sus defensas orgánicas.

¿Qué diferencia fundamental se observa, por ejemplo, en la evolución del ulceroso del estómago, que es tratado medicamente y teniendo en cuenta tan sólo la cura tópica de la úlcera, con aquel en el cual se le tonifica y se le defiende además la funcionalidad nerviosa y se le da tono al sistema neuro vegetativo y glandular, ahorrándole hemorragias de su energía, provocada por la espina neurítica del mal (causa de agotamientos, irrita-

bilidad, abulia, insomnio, desnutrición, neurastenia, hipocondría, síndromes psíquicos, diversos, etc.

Debo concretar pues esta primera comunicación sobre este tema, refiriéndome tan sólo a la importancia de la preparación psíquica en el pre-operatorio, afirmando que me esfuerzo para que todos mis operados, lleguen a la mesa operatoria preparados en todo lo imprescindible bajo el punto de vista somático, como en lo fundamental bajo el punto de vista psíquico; preparación ésta que la hago personalmente. No existe enfermo nervioso que no vaya seguro y tranquilo a la mesa y además con una euforia que es "sine qua non" en la obtención del éxito. La poderosa influencia de la fe y de la confianza, dejan de pertenecer al misterio y constituyen reservas reales de energías, necesarias para las defensas órgano-vegetativas del complejo traumatismo operatorio.

En comunicaciones sucesivas desarrollaremos:

- 1º La moral dentro de un servicio quirúrgico.
- 2º El psiquismo en el post-operatorio y en la evolución de las heridas.

Dr. García Capurro. — Veo con satisfacción que el Dr. Stajano ha dado el ejemplo de traer estos temas a la Sociedad de Cirugía. Creo que es evidente que la mayor reserva de progreso en la cirugía, de aquí en adelante, está en un mejoramiento de lo que podemos llamar en un término más general: ambiente, donde influye la vida que ha hecho la persona que vamos a operar, desde mucho tiempo atrás, y los años de vida que le esperan. Espero pues que no será, una, sino muchas las comunicaciones, que se hagan a raíz de la iniciativa del Dr. Stajano.

Dr. Etchegorry. — Hago mías las palabras del Dr. García Capurro para expresar también mis felicitaciones a Stajano por haber roto fuego en un tema que si bien flotaba en el ambiente, se puede decir desde hace tiempo, nadie lo había concretado y expresado en la forma que lo acaba de hacer el colega. En momento oportuno aportaré también mi grano de arena. Adelanto desde ya que en la Sala a mi cargo tiene labor continua un psiquiatra, el Dr. Murguía que es quien dirige la terapéutica especializada en los enfermos que la necesitan. Por ahora, nada más.

Dr. Yannicelli. — Como se hace referencia a lo que se había enseñado en esta materia quiero hacer notar que los que tuvimos el honor de ser practicantes Internos del Dr. Stajano, hace ya unos cuantos años habíamos oído del entonces profesor y Jefe de Sala, con referencias clínicas

concretas, conceptos semejantes a los que hoy se aluden, expuestos con el apasionamiento y el calor que pone el Dr. Stajano en sus ideas. Complace ver que esas nociones, que se estudian desde puntos de vista distintos en la ciencia médica actual con bases, entre otras, de orden físico-patológico y a las que se atribuyen indudable importancia, fueron enseñadas en lo fundamental, y con gran percepción clínica, por Carlos Stajano a sus discípulos de por lo menos hace 17 años, entre los cuales, repito, me encontré con gran satisfacción.

Dr. Ugón. — La muy interesante comunicación que nos ha hecho el Dr. Stajano, trae a mi memoria de inmediato, un déficit de nuestros servicios hospitalarios: es la ausencia de psiquiatras en nuestra labor diaria.

Habrán visto en las revistas clínicas americanas, de que todos los enfermos, sobre todo los traumatizados cuando tienen traumatismos de cierta importancia, y van a tener una evolución prolongada los examinan minuciosamente los psiquiatras. Sin ir más lejos los quemados de la Boite de Boston fueron examinados por un psiquiatra mientras los trataba el cirujano. Nosotros estamos huérfanos de ese auxiliar de la Medicina moderna: el psiquiatra que estudia el enfermo profundamente y nos pueda ayudar en el momento de la indicación operatoria, condiciones de anestesia, etc.

Es una falta grave en todos nuestros servicios y que es de lamentar, sobre todo hoy día sería una función muy importante y creo que la Sociedad de Cirugía podría obtener del Ministerio de Salud Pública o Facultad de Medicina una colaboración más perfecta de los especialistas lo que facilitaría nuestra tarea, porque los cirujanos aunque queramos hacerlo no tenemos la capacidad ni el tiempo de hacerlo.

Dr. H. Ardao. — He oído sumamente complacido el trabajo del Dr. Stajano y estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, en general. Es el primer trabajo en nuestro medio en donde se llama la atención sobre la psiquis del enfermo en cirugía.

El problema de la psiquis en los enfermos es viejo para los médicos. Ya en el diálogo de Platón titulado "Cármides" Sócrates dice que no se puede tratar un enfermo de los ojos sin conocer exactamente el resto del cuerpo y el alma ⁽¹⁾. Hay allí una lección que todos los médicos debemos aprender.

(1) Platón. Obras Completas. Diálogos Socráticos. Imp. L. Rubio. Madrid, 1927. Tomo I. pág. 217-18-19. Diálogo de Cármides.

Habla Sócrates: "Tal vez hayas oído hablar de que los buenos médicos, cuando alguien va a consultarles alguna dolencia de los ojos, dicen que no les es posible intentar solamente la curación de los ojos: que no pueden curarlos sin extender su tratamiento a la cabeza entera; asimismo, imaginar que se pueda curar la cabeza independientemente del resto del cuerpo, es necedad insigne. Razonando así, someten el cuerpo entero a tratamiento, y se esfuerzan por cuidar y curar la parte a la vez del todo.

Podemos aplicar el mismo razonamiento a propósito de nuestras palabras mágicas. Las he aprendido, en el tiempo que llevo en el ejército,

Cuando en el año 1940 estuve unos meses en Rosario de Santa Fe (R. A.) en el Servicio del Prof. Cames aprendí a valorar el papel de la psiquis en patología particularmente el papel importante que tiene en la preparación preoperatoria, control de los resultados en muchas afecciones orgánicas operadas y aún en muchos enfermos que venían a operarse y a los que bien estudiados no se operaba porque al explicárseles la causa de su mal, ellos mismos se curaban. Para mí, esto fué sorprendente porque por la índole de los estudios que hacemos en nuestro medio, o mejor dicho, los que yo había hecho, educado en la escuela organicista de lesión anatómica, había pasado, como se ve pasar a menudo a los médicos, al lado de la psiquis del enfermo sin tenerla en cuenta para nada. Aquello repito fué una revelación sorprendente.

El Dr. Lelio Zeno y E. Pizarro Crespo con razón y brillantemente desde hace años han venido insistiendo sobre las interrelaciones normales y patológicas de lo psíquico y lo somático. Tuve oportunidad de verlos actuar y recuerdo casos considerados con el criterio no del psiquiatra sino del psicólogo. Los psiquiatras, acostumbrados a la patología mental de síndrome de órgano y enfermedad no pueden colaborar eficazmente en la consideración del enfermo general.

Médicos que conozcan psicología médica, entrenados en psicoanálisis son los que deben colaborar con los cirujanos.

Esta especialidad entre nosotros es nueva y la están creando los enfermos. Hay enfermos con sintomatología funcional de hipertiroidismo a quienes explicándoles el mecanismo psíquico de sus reacciones, es decir la naturaleza de su mal, curan sin necesidad de la cirugía.

Los enfermos creen — muchos médicos también — que los médicos pueden curarlos. En la inmensa mayoría de los casos los médicos no pueden curarlos pero tienen la obligación de enseñarles a vivir con su enfermedad.

Impregnado de estas ideas cuando vine de Rosario elevé una nota al

de uno de esos médicos tracios, discípulos de Zamolxis (7a), que pasan por poseer la virtud de infundir la inmortalidad. Ese tracio reconocía la razón que asiste sobradamente a los médicos griegos que acabo de atribuirles; pero añadía Zamolxis, su rey y dios, sostiene que así como no cabe pensar en curar los ojos sin curar la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco cabe que pretendamos tratar el cuerpo prescindiendo del alma, y que si no pocas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos griegos, débese a que estos desconocen enteramente aquello de que más debieran cuidarse; porque si el conjunto adolece de algo, es imposible que la parte se encuentre bien. Del alma, decía, fluyen todos los males y bienes del cuerpo y del hombre en general, e influye sobre el resto. como el estado de la cabeza influye en el de los ojos.

El alma, pues, es lo que exige nuestros principales y más asiduos cuidados, si queremos que la cabeza y el cuerpo entero se hallen perfectamente (80). Ahora bien, añadía, para medicinar el alma, contamos con ciertas palabras mágicas. Esas palabras mágicas, no son otra cosa que los buenos razonamientos. Gracias a ellos, la sabiduría arraiga en las almas, y una vez arraigada y viva en ellas, nada tan hacedero como conseguir la salud de la cabeza y de todo el cuerpo."

Consejo de Medicina pidiendo se creara en nuestra Facultad una Cátedra de Psicología Médica. Expuse una serie de razones para la creación aunque más no fuera un curso que inclusive podría dictarse dentro de la cátedra de Psiquiatría. La nota pasó a una Comisión que integraba el Prof. Sicco. Se consideró conveniente la iniciativa, pero de acuerdo con la estructuración actual del plan de estudios no cabía, no podía entrar todavía, en el programa que tienen los estudiantes para cumplir con el horario de clases. De manera que ahora que se ha propuesto aquí, elevar un petitorio a Salud Pública y a la Facultad de Medicina para que se enseñe Psicología Médica yo siento la satisfacción de que aquella iniciativa que tomé personalmente y con un poco de temor hace 7 años ahora vuelve a ser retomada en el seno de esta Sociedad de Cirugía.

Dr. Stajano. — Yo estoy ahora tranquilo, antes tenía una gran inquietud, porque abrigaba la duda de como podía ser recibido en la Sociedad de Cirugía un tema de esta índole, que para mí es de gran afección, puesto que hace muchos años que cultivo estas ideas. No me atrevía a traer estos asuntos a la Sociedad de Cirugía por razones de época o de tendencia de la misma Sociedad.

Agradezco a todos los que han hecho uso de la palabra y que me han alentado a proseguir por esta senda y en especial al Dr. Yannicelli por el grato recuerdo de aquellos buenos tiempos en que modestamente enseñaba todo lo que podía. Uno cree que los esfuerzos se pierden, y se van, como semilla que se lleva el viento. Es muy agradable después de muchos años, que alguien se acuerde de lo que uno ha enseñado tan espontáneamente y con la buena intención de transmitir su pensamiento.

Muchas gracias a todos. Volveré a traer otras comunicaciones continuando con este tema.