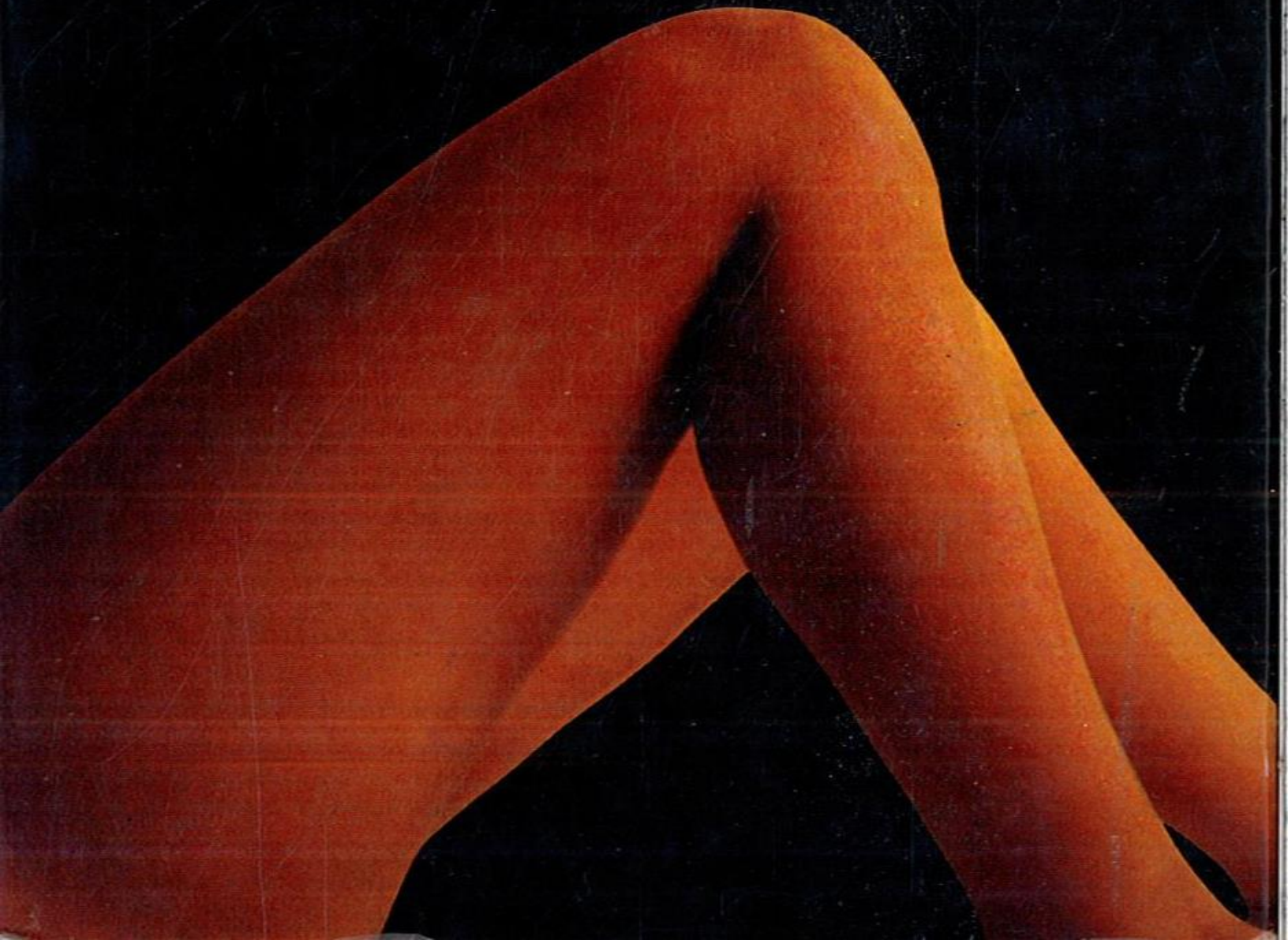
EL GINECOLOGO

William J. Sweeney
&
Barbara Lang Stern



EL GINECÓLOGO

William J. Sweeney

Barbara Lang Stern

México, D. F., 1978

Título original: *Woman's doctor: A year in the life of an obstetrician-Gynecologist*

Traductor: Carlos Peralta

© William Morrow & Co. Por A.T.E., 1977

D.R. ©, 1978, por Ediciones Roca, S. A., según contrato para la edición mexicana, con A.T.E., Ronda General Mitre, 90, Barcelona-6, España.

ISBN 968-21-0005-4

Primera edición

Impreso en México

Printed in México

¿Qué ocurre en la consulta de un ginecólogo? ¿Qué miserias y qué grandezas se suceden ante sus ojos? ¿Qué historias se desarrollan entre sus muros?

La tragedia de una cesárea que paulatinamente se complica o la disyuntiva del aborto o la muerte; una serie de historias que se entrelazan en un conglomerado

de narraciones que nos presentan, de forma directa y cruda, lo que ocurre en el consultorio de un ginecólogo.

Los anticonceptivos y el drama moral de su uso por la mujer, contrarrestado por el caso de la mujer que desea fervientemente que sea su marido el esterilizado.

El amor entre una mujer y su ginecólogo y los celos del marido. La frialdad de una medicina mal socializada y el negocio colosal que significa una maternidad privada.

Una serie de historias reales que nos llevan a descubrir dos antiguos personajes: la mujer embarazada y su médico, bajo la perspectiva de un mundo moderno, sensual y rapaz.

AL LECTOR

Muchas veces, en una reunión, una señora me pregunta:

—¿Cómo puede mirar a una mujer después de lo que hace todo el día?

O un hombre me clava un dedo entre las costillas y me dice:

—¿No le da vergüenza cobrar dinero por esas actividades?

Muchas veces me he preguntado si la gente sabe lo que significa ser un ginecólogo y un obstetra. Estar tan crónicamente fatigado que uno literalmente se queda dormido en mitad de la comida. Tan condicionado a las crisis que uno salta cada vez que suena el teléfono, aunque ese teléfono sea parte de un programa de televisión. O ser la persona que debe decirle a una mujer que tiene un cáncer.

Por otra parte, ¿acaso la gente comprende la inmensa alegría de ayudar a nacer a un bebé, o el orgullo y la satisfacción que se siente cuando una operación tuvo buen resultado y la paciente recobrará la salud? ¿Conocen la alegría con que se sale a trabajar?

Hace más o menos dos años, una paciente, escritora, me sugirió que escribiéramos juntos un libro. Yo pensé: «No sé si tendré tiempo, pero quiero hacerlo.» Y a partir de ese momento se empezó a escribir este libro.

Médico de señoras es en primer lugar un relato real que cubre aproximadamente un año de mi vida de ginecólogo y obstetra. En una sección separada he tratado de responder a algunas de las preguntas que las mujeres con mayor frecuencia me formulan. He pensado en las personas que pronto deberán consultar a un médico como yo y que quizá no sepan qué preguntar o sientan el temor de mencionar algún problema particular. ¿Se reirá el doctor, se molestará, ignorará esas preguntas? Quizá les sea más fácil encontrar en un libro la respuesta a sus preguntas, y saber que otras comparten sus preocupaciones. Ciertamente las mujeres merecen información clara y franca que arroje luz acerca de algunos errores muy comunes que con frecuencia causan innecesaria preocupación.

Un relato y, además, preguntas y respuestas. Quizá no sea un libro convencional; pero espero que conmueva, entretenga e

informe. Quizá Médico de señoras explicará además por qué tantos médicos, y yo mismo, nos sentimos incluidos entre las personas más afortunadas del mundo.

William J. Sweeney III.

Los nombres, las fechas y la historia clínica de las pacientes han sido alteradas para evitar la identificación.

PRIMERA PARTE: DÍAS Y NOCHES

I. JEAN SIMPSON

Toqué el teléfono con las puntas de los dedos mientras esperaba el segundo toque en el dormitorio a oscuras. Si alguna vez se ha despertado bruscamente de un profundo sueño, conoce usted esos latidos alarmados a los que le suceden unos segundos de ajuste a la realidad. No estaba seguro de no haber soñado. A veces sueño que el teléfono llama y me despierto de un salto en medio del silencio;

otras veces sueño con una operación y me despierto en actitud de cortar, o de tender la mano para recibir un instrumento.

Empezó el segundo toque y cogí el receptor.

—Hola.

—Doctor Sweeney, es su servicio de llamadas. Llamó Mrs. Collins. Dice que no es una emergencia, pero que, si es posible, desea hablar con usted.

Traté de ubicar el nombre. Ninguna de mis pacientes embarazas.

—¿Cuál es el problema?

—No me lo quiso decir. Me pidió que le dijera que es Marsha Chamberlin Collins.

Marsha Chamberlin. Se había casado menos de un año atrás y todavía la recordaba por su nombre de soltera.

—Muy bien. Puede darle este número.

Mi esposa Fran se dio vuelta en la cama.

—Calculó bien —dijo—. No has dormido más de media hora.

—Dios mío, pensé que era mucho más tarde.

Sin encender la luz, esperé, preguntándome qué le ocurriría a Marsha. La mayoría de gente es bastante considerada con las llamadas nocturnas, aunque me han despertado demasiadas veces personas que salían de una fiesta: «Doctor Sweeney, acabamos de tener una discusión sobre un tema médico...» Podría matar a la gente que hace eso. No me gusta mostrarme descortés, pero a veces lo soy si la llamada es de las que obviamente hubiesen podido esperar. Hace dos semanas una mujer me dijo a la madrugada:

—Doctor Sweeney... Me pica...

—¡Rásquese! —respondí y colgué; pero cuando lo hice ya estaba totalmente despierto y me odiaba por haberme enojado tanto.

Un minuto después llamó Marsha.

—Doctor Sweeney, lamento molestarle. No es ni siquiera un problema médico, pero no sé qué hacer, y no sabía a quién preguntarle...

—Está bien. ¿Qué le ocurre?

—Bob y yo fuimos a una fiesta, y nos acostamos... Quiero decir que hicimos el amor. —La preocupación se convirtió en confusión; yo casi esperaba lo que vendría—. Y luego recordé que hoy a la mañana no tomé la píldora. No sé si servirá de algo tomarla ahora, o si puedo hacer alguna otra cosa.

—Tomarla no le hará daño, pero no le prometo que estará segura. ¿No se hizo un lavado?

—No, pensé que empujaría todo más arriba y empeoraría las cosas.

No pude refrenar una sonrisa.

—No empujará nada que ya no haya llegado, y podría eliminar parte del semen. No es un contraceptivo, pero es mejor que nada. Llámeme mañana, Marsha; deberá tomar otras precauciones el resto del mes.

—Lo haré. Siento mucho haberle despertado.

—Hizo bien. —Se lo dije de verdad: era una muchacha joven preocupada—. Me quedaré dormido antes que usted.

Colgué, contento de que la llamada fuera de poca gravedad. Apenas había apoyado la cabeza en la almohada, lo olvidé.

Un ginecólogo aprende a dormirse rápida y profundamente porque si no lo hace, probablemente no sobreviva. Puedo recibir tres o cuatro llamadas durante la noche, pero no las cuento. Simplemente me doy vuelta. A la mañana puedo llegar a decir, con cierta sorpresa:

—He dormido toda la noche.

—Bueno, te han llamado cuatro veces mientras dormías —me dice mi mujer.

—Sí, está bien; pero no me he levantado... —Y luego, quizá pregunte—: ¿Dije algo? —porque a veces olvido lo que he dicho, aunque la información dada sea correcta

Pero si alguien llama con un problema grave, o cuando el parto es inminente, me despierto del todo. Eran las 4,30 cuando volvieron a llamarme. Era Ed Simpson. Su esposa, Jean, tenía fuertes contracciones. Me incorporé, saqué las piernas de la cama, encendí la luz. Anoté el número de los Simpson: siempre hay junto a mi cabecera lápiz y papel. Llamé inmediatamente. Hablé un minuto con Ed, y luego con Jean. Las contracciones eran cada diez minutos. Había estado haciendo sus ejercicios y no estaba segura de que debiera despertarme. Le dije que me alegraba su calma, pero que no planeaba dormir mientras nacía su primer bebé.

—Hay mucho tiempo —dije—, pero haga que Ed la lleve a la Oficina de Recepción de la Calle Setenta; yo la veré arriba.

El Hospital de Nueva York es un gran complejo de edificios conectados. La unidad obstétrica y ginecológica se encuentra en el lado norte. Llamé para avisar que Jean estaba en camino, es agradable que reciban a una mujer y le digan: «Ah, sí... Mrs. Simpson. La estábamos esperando.»

Me vestí automáticamente. Habitualmente uno de los médicos residentes examina en el hospital a una mujer que va a tener su primer hijo. Luego me llama y me dice cuánto tiempo falta para el parto. Pero contracciones con sólo diez minutos de intervalo significan que el trabajo está muy adelantado y yo quería ver cómo progresaba Jean.

Jean Simpson vino a mi consulta cinco años antes para hacerse un chequeo ginecológico prematrimonial. Tenía entonces veintidós años. Era una linda muchacha de largo pelo oscuro, enormes ojos color avellana y una notable curiosidad. Mientras la examinaba por primera vez me preguntó:

—Doctor Sweeney... ¿Le molestaría decirme qué es lo que se ve adentro?

Esto me sorprendió. Pensé en el acto que, de los miles de mujeres que examino, poquísimas formulan una pregunta semejante.

—El cuello del útero es como la embocadura de un puro y penetra en la vagina un centímetro y medio —le dije—. En el centro, un pequeño canal conecta la vagina con el interior del útero y permite la entrada del esperma o la salida del flujo menstrual. La vagina y el cuello son normalmente rosados, como el interior de su boca: durante el embarazo, el cuello toma un tinte púrpura, azulado. Podríamos usar ese color como un diagnóstico, pero la luz que empleamos usualmente hace desaparecer los azules... Y no es habitual que revisemos a las mujeres a la luz del día para asegurarnos de que el cuello está azulado.

Jean sonrió y me agradeció la información. Luego, cada sesión hacía siempre una o dos preguntas. ¿Qué era lo que buscaba cuando la examinaba? ¿Por qué tomaba varias muestras para un examen de Papanicolau? ¿Por qué hacía siempre un examen rectal? Yo siempre las contestaba, aunque alguna vez me pregunté el motivo de su interés por saber qué hacía yo y por qué. Dos años más tarde supe la respuesta. Hubo que internar a Jean: tenía agudos dolores en la parte baja del abdomen, a la izquierda, náuseas, vómitos y falta de apetito. No pude determinar qué pasaba cuando la examiné en mi consultorio. El útero y los ovarios parecían normales; el vientre no estaba distendido, pero tenía dolor en el costado.

En el hospital le dimos suero intravenoso porque estaba débil y deshidratada a causa de los vómitos. Llamé a un clínico y durante dos días hicimos análisis y radiografías que desecharon varias posibilidades, pero no identificaron el problema. La tercera mañana le dije a Jean que quería hacer un examen quirúrgico. Ella cogió un formulario de autorización dactilografiado que estaba ya sobre su cama y leyó en voz alta:

—«Exploración abdominal de emergencia.» Lo trajo la enfermera hace unos minutos. Quiere decir que no saben de qué se trata, ¿verdad?

—A veces tenemos que mirar para saber.

Esperé sus interrogantes, pero sólo hubo una afirmación cuidadosamente controlada:

—Doctor Sweeney, tengo mucho miedo de los hospitales y de no saber.

Sus ojos color avellana eran muy grandes, el iris, de borde azul verdoso, se destacaba nítidamente, y había chispas claras cerca de las pupilas.

—No sé más de lo que le he dicho, Jean. Nunca le mentiré, pero tampoco puedo hacer suposiciones.

—Y yo no firmaré esa autorización —dijo, con la cara tensa de desconfianza.

A ningún médico le gusta que un paciente no confíe en él. Sentí cierto enojo, y al mismo tiempo compasión por la muchacha. Estaba comprensiblemente asustada, y yo le pedía autorización para realizar cualquier operación quirúrgica que se considerase necesaria durante la exploración.

—¿Por qué no lo piensa más, Jean? Nadie puede obligarla a firmar. Ni siquiera puedo retenerla aquí, y si lo quiere, puede irse hoy mismo a su casa. Pero está enferma y necesita ayuda.

No hubo respuesta.

En el pasillo una mujer elegantemente vestida se presentó como Mrs. Singleton, la madre de Jean. Le conté brevemente qué ocurría.

—Estoy segura de que Jean firmará —dijo Mrs. Singleton—. Necesita un poco de tiempo para acostumbrarse a la idea de una operación que no comprende —Mrs. Singleton caminó unos pasos a mi lado—. Jean sólo ha estado en un hospital una vez, anteriormente.

Aguardé, porque era evidente que deseaba contarme algo más. Luego dijo que Jean se había cortado una mano de niña; la llevaron al hospital, donde los médicos la operaron y le salvaron el dedo,

pero tenía un tendón cortado. En esos días las suturas de tendón no eran perfectas: cuando Jean volvió a su casa, no podía estirar el dedo. Mrs. Singleton me mostró, como ejemplo, su propia mano, con la palma hacia arriba, y todos los dedos extendidos excepto el anular que estaba en ángulo de 90 grados a partir de la articulación del medio.

—Cuando le quitaron los puntos —continuó— tuvieron miedo de que el tendón encogiera; de modo que durante seis meses llevé a Jean diariamente al consultorio del médico y la sostuve en mi regazo para que él le tirara el dedo para estirarlo. —La madre de Jean respiró profundamente—. Lloraba todo el tiempo, tanto de dolor como de miedo. Yo le explicaba que el tratamiento le iba a Racer bien; pero ¿cómo se le explica a una niña de tres años una cosa así?

No había respuesta para esto, pero el relato explicaba muchas cosas.

Vi a otros dos pacientes en la sala y me dirigía a la escalera cuando una enfermera se me acercó.

—Mrs. Simpson me preguntó si todavía estaba usted aquí.

Volví al cuarto de Jean.

—Lo siento, doctor Sweeney -dijo apenas entré. Tenía en la mano el formulario de autorización, firmado—. A veces me porto como una estúpida.

—No me lo parece. Yo diría que es una de mis pacientes más inteligentes. —Recibí una sonrisa, y le dije que la enfermera recogería el formulario y que programaríamos la operación para la mañana siguiente—. ¿Hay algo más que quiera preguntarme?

Movió la cabeza.

—No más preguntas —dijo muy suavemente; demasiado,

—¿Está segura?

Me estudió. De pronto se inclinó y señaló el formulario.

—¿Qué diablos es una laparotomía? —preguntó con parte de su espíritu habitual.

—Cualquier operación abdominal.

—Dicho en difícil —comentó, y creo que los dos nos sentimos mejor.

Lo que tenía Jean era muy poco común y, felizmente, no muy serio. Un pequeño vaso sanguíneo se había roto en la pared del diminuto saco del ovario de donde proceden los óvulos. La pérdida de sangre en la cavidad abdominal era lo que causaba el dolor. Fue fácil suturar el vaso y detener la hemorragia.

Cuando Jean reinició sus visitas periódicas a mi consultorio, me interrogó sobre la preñez. Ella y Ed planeaban tener hijos cuando lograsen ahorrar algo más de dinero. Ed era editor asociado de una revista y Jean enseñaba lectura terapéutica.

—Adoro a los niños —decía—. Si se les escucha, dicen las cosas más fascinantes.

Jean quedó embarazada un año y medio después, pero al segundo mes perdió el niño. Es terrible perder un niño que realmente se quiere, y Jean lloraba desconsoladamente cuando me llamó desde su casa.

—No puedo creer que haya sucedido —sollozaba—, pero está todo lleno de sangre y cosas...

—Jean —interrumpí—, ¿ha guardado los materiales que está perdiendo?

—Cuando sentí como coágulos busqué una palangana.

—Escúcheme: guarde todo. Póngalo en un bol y cúbralo con alcohol de cualquier clase, incluso alguna bebida alcohólica, para que no se seque. No use agua, que lo destruiría.

Queremos que las mujeres nos traigan las materias expulsadas para que sea posible examinarlas. No hay nada peor que oír que alguien llama y dice:

—Todo ha terminado.

—¿Qué ha terminado?

—Perdí el niño.

—¿Y qué hizo con la pérdida?

—La tiré al inodoro.

Bueno, eso no es una ayuda. Cuando se conservan los materiales, a veces, el laboratorio de patología puede decirnos por qué se produjo el aborto espontáneo. Quizás el problema estaba en el *conceptus*, que es el nombre que damos conjuntamente al feto, el niño no nacido, y a la placenta. O quizás el problema radica en el revestimiento del útero. Por otra parte, la mujer no sabe la diferencia entre tejidos y coágulos. Quizás a pesar de sus pérdidas, yo pueda decirle que aún está embarazada, y en ese caso ciertamente no querría llevarla al hospital para que la pérdida sea completa y termine en un aborto.

Le pregunté a Jean:

—¿Llegó Ed?

—No. Hoy es el día de cierre y tiene que terminar un artículo.

—Creo que debería llamarle.

—No.

—Jean, convendría que estuviera con usted.

—¿Y para qué va a ver todo esto? —dijo amargamente—. No podría hacer nada. Y lo que está haciendo es muy importante para él.

No logré convencerla. Sabía perfectamente todo lo que ocurría y estaba determinada a manejarlo a su modo.

La tarde siguiente, Jean me trajo un bol lleno de coágulos de sangre oscura y tejidos.

—¿Qué hace aquí? —le dije—. ¿Por qué viene usted, y no Ed? Debería estar en la cama.

—Ahora mismo vuelvo a casa en taxi —respondió.

Dos días más tarde examinamos a Jean. El examen y el informe del laboratorio confirmaron que había perdido al niño, pero no por una causa reconocible. Eso fue para ella lo más difícil de aceptar. Todas las mujeres que sufren un aborto espontáneo quieren saber por qué. Se sentó en mi consultorio, mientras preguntaba:

—¿Por qué ocurrió?

Luego se acusó de que ella y Ed habían dado una fiesta dos días antes: ella había salido de compras y regresado con bolsas muy pesadas.

—No pensé que fueran tan pesadas —dijo—. O quizá no descansé lo suficiente. Muchas veces no podía dormirme, y me quedaba leyendo.

Era la confesión desesperada de todo aquello que podía haber causado el suceso.

—Ya está bien, Jean; basta —le dije.

Luego le dije que probablemente al feto le ocurría algo y que la naturaleza había decidido librarse de él. Bien podía ser verdad, y, por otra parte, la mayoría de las mujeres pueden aceptar la idea de que más vale perder un niño que dar a luz un hijo defectuoso.

—Si el feto no hubiera estado bien, ¿eso no se vería en el análisis del laboratorio?

—No necesariamente.

—Pero usted no sabe realmente por qué perdí el niño —dijo.

Su mirada me recordó la primera vez que la vi en el hospital.

—Jean, la pura verdad es que del 10 al 20 por ciento de los embarazos concluyen en un aborto espontáneo, y que usualmente ignoramos la razón.

Guardó silencio unos momentos y luego dijo con serenidad:

—Gracias por decirme la verdad, doctor Sweeney. Creo que a veces ocurren cosas de las que nadie tiene la culpa —y no volvió a hablar del tema.

Ahora, catorce meses más tarde, Jean se encontraba al término de un embarazo normal. Pero debía completar la tarea y dar a luz.

Cuando llegué al hospital a las 5 de la mañana, los Simpson estaban en una de las habitaciones que se encuentran de un lado de la «L» del octavo piso. En el extremo del pasillo había cuatro salas de parto, que son como pequeñas salas de operaciones.

Jean vestía una bata del hospital, y parecía inmensa como todas las mujeres en momentos similares. El doctor Max Richards, el médico residente, estaba a punto de examinarla.

—¡Qué rápido llegó! —me dijo cuando entré—. Me trajeron aquí a toda velocidad: creo que tenían miedo de que alumbrara en el salón de entrada.

—Ha ocurrido —le contesté—. ¿Cómo se siente?

—Nerviosa —dijo—. Y un poco ridícula. Los dolores eran regulares, pero ahora no tengo ninguno desde hace doce minutos. ¿No le habré hecho levantarse por otra falsa alarma?

Jean había venido a mi consultorio con contracciones la semana anterior, pero no era el momento. Pidió excusas por molestarme y se sentía disgustada consigo misma.

—Nos explicaron todo en las clases de parto natural —dijo con firmeza.

—Bueno, yo soy médico, y no sabía que eran falsas contracciones hasta que la examiné —le respondí con igual firmeza.

Pero ahora, le dije, no había duda de que el trabajo del parto estaba en camino. Tenía contracciones regulares desde la medianoche, y cada vez más próximas.

El doctor Richards, el residente, y Miss Kovacs, la enfermera especializada, estaban en la habitación. Le pedimos a Ed que se

retirara mientras yo examinaba a Jean. Me puse mis guantes esterilizados: puse el dedo índice en su vagina y recorrí con él la abertura del cuello del útero. Uno puede sentir qué tamaño tiene la abertura de su nariz o de su oído: eso mismo se siente cuando el cuello del útero está algo dilatado.

—Esta vez no es una falsa alarma —le dije a Jean—. Está dilatado tres centímetros, y todo parece bien.

Durante el trabajo, poderosas contracciones musculares hacen que el cuello, la boca del útero, se abra y se dilate. Como la cabeza del bebé mide de promedio 9,5 centímetros, el cuello debe abrirse unos 10 centímetros antes de que el niño pueda nacer. En algunos hospitales se habla en término de «dedos», y un médico puede decirle a una paciente que está dilatada tantos dedos. Pero mi dedo, que tiene un ancho de un centímetro y medio, puede no ser del mismo ancho que el de otro médico, y pienso que ésa no es la forma correcta de tomar una medida.

Ed regresó a la habitación. Me coloqué un estetoscopio especial llamado fetoscopio. Está unido a una banda metálica que se ciñe a la cabeza como una lámpara de minero, y deja las manos libres. Si me inclinaba y ponía el fetoscopio sobre el vientre de Jean, podía oír y contar los latidos del corazón del bebé. Eran normales, unos 140 por minuto.

Luego, Miss Kovacs tomó la presión arterial de Jean, y les dije a los Simpson que habría varias horas más de trabajo. Jean asintió y yo pensé: «Debe haber sido la mejor alumna de las clases de parto natural.» En este mismo momento tuvo una contracción, evidentemente dolorosa, pero hizo su ejercicio de jadeo y, cuando terminó, parecía complacida.

—Ya vuelven, y es realmente como nos dijeron que serían: apenas peores que dolores menstruales. ¿Me van a afeitar ahora?

—Ni ahora ni nunca —le contesté.

—En la clase nos dijeron que nos afeitarían.

—Eso no ocurrirá en mi hospital mientras sea mi paciente.

Vi que Jean comparaba estos elementos de información conflictivos. Siempre se creyó, desde que se desarrollaron las técnicas modernas de preparación de los pacientes para la cirugía, que el campo quirúrgico debe ser afeitado. Generalmente se afeita el perineo de las mujeres embarazadas; es decir, la zona que se encuentra entre la abertura vaginal y el ano, donde normalmente se hace la incisión denominada episiotomía, destinada a que las mujeres puedan alumbrar sin sufrir desgarros. Sin embargo, se suele afeitar también toda la región pubiana. Y cuando el pelo vuelve a crecer, pica y molesta. Y si la zona donde operamos es el canal vaginal, ¿por qué afeitar el abdomen? La respuesta es, como tantas otras veces: «Si Lister lo hizo, también lo haremos nosotros.» Pero hace algunos años decidí hacer una experiencia. Seleccionamos un conjunto de mujeres al azar, y dejamos a la mitad sin afeitar para evaluar silbato creaba o no dificultades. Y he aquí que no tuvimos ningún problema. Ni el más mínimo aumento de las infecciones. Entonces, varios de nosotros empezamos a examinar de verdad ese perineo que habíamos estado mirando durante veinte años: descubrimos que no hay pelo en la línea central del perineo, ni en las mujeres más velludas.

Les conté a Jean y a Ed una discusión que tuve una vez con un conocido médico; me dijo que yo había hecho retroceder veinte años la obstetricia por no afeitar a las pacientes, y yo le pregunté: «Si tuviera que extirparse las amígdalas, ¿le gustaría que le afeitaran el bigote?» Y el caso es exactamente el mismo.

—Sin embargo, ahora están empezando a cambiar —dije—. Algunos de ellos practican un afeitado parcial... como de *caniche*.

Jean, Ed y el doctor Richards se rieron, lo que me hizo sentir muy satisfecho, porque soy un actor frustrado.

Le dijeron a Jean que probablemente le aplicarían un enema; ella hizo un mohín, pero comprendió que es necesario, por más limpio y más estético. De todos modos, las heces de la mujer serían impulsadas hacia afuera por la presión del nacimiento.

Ya eran las seis menos cuarto. Subí a mi habitación a ducharme, afeitarme y ponerme un traje de trabajo. Tengo ropas

y máquinas de afeitar en todas partes, en casa, en el hospital, en el consultorio, para poder afeitarme en cualquier parte, si no lo hiciera así, a veces no podría cambiarme la camisa de lunes a jueves. A las 6,15 me sentí hambriento, pero la cafetería del hospital abría a las siete, de modo que fui a tomar un café al *Solarium*, tina habitación de descanso en la planta de las salas de operación. Lamentaba el sueño perdido —los obstetras estamos crónicamente cansados—, pero no habría podido conciliar el sueño. Me habría preguntado todo el tiempo cómo sería este parto.

Siempre estamos preocupados por alguien. Yo suelo despertarme en mitad de la noche pensando en una paciente determinada, que en su caso particular está sentada sobre una carga de dinamita durante nueve meses. Es muy diferente el caso de una paciente ginecológica que me consulta por un problema: yo puedo ser capaz de resolverlo o no, debo operar o no, pero, de cualquier modo, no hay una presión constante. ¡Pero son tantas las cosas que le pueden ocurrir a una mujer embarazada! Cada vez que suena el teléfono, salto medio metro. ¿De qué se trata ahora? Porque siempre es algo. Tal vez sólo se trata de una paciente que siente náuseas. Me digo: «Dios mío, ¿está nuevamente con vómitos?» Es terrible vomitar todo el tiempo. O bien es una paciente que se asiste de su infertilidad, y que finalmente ha quedado embarazada, y llama porque de pronto ha empezado a perder sangre. ¿Irá a perder el niño? Y finalmente, la culminación del proceso. El parto. Éste implica, para el médico, una tremenda presión todo el tiempo. En un momento todo funciona bien, el siguiente el niño está muerto. Estamos constantemente alerta, tomamos todo el tiempo el latido fetal, tratamos de asegurarnos una y otra vez. Por esto la obstetricia es una dura tarea.

También es una tarea entretenida. Es una alegría trabajar con las pacientes. A los cincuenta años de edad, todavía me emociona ayudar a nacer a un niño. Es una cosa gloriosa. Y puedo asegurar que absolutamente nada preocupa más a las mujeres en ese

momento que su niño, y que esto es lo que hace tan hermosas a las mujeres. Una mujer ha estado sufriendo infernal dolor durante seis o doce horas: tiene una enorme incisión quirúrgica que acabo de hacerle, sangra enormemente y hay sangre por todas partes.,. Esa mujer que sufre me pregunta: «¿Cómo está el bebé?» Nunca, en toda mi vida, una mujer que acaba de dar a luz me ha preguntado: «¿Cómo estoy?» Apostaría que, en esa situación, los hombres nos preocuparíamos por nosotros mismos. Las mujeres no lo hacen.

II. ¡NO DEJE CAER EL BEBÉ!

El timbre nos arrancó a todos del Solarium para ver qué ocurría. Una mujer que gritaba había sido atada a una camilla que un par de enfermeras llevaba hacia el codo del pasillo. Dos médicos y otras dos enfermeras corrían ya hacia las salas de partos. Les seguí por si se necesitaba alguna ayuda, pero ya se había reunido un equipo completo. Era una señora portorriqueña que había llegado a punto para el alumbramiento. Cuando no aullaba, gritaba en español: bajo el dolor y la tensión, había retornado a su lengua nativa. Se necesitó el esfuerzo de las dos enfermeras para ponerla sobre la mesa de partos y atarle las manos mientras el anestesista le administraba un poco de gas para aliviarle el dolor. Odio la idea de atar a alguien —suena espantoso—, pero por supuesto no tiene en este caso mala intención. Si algo nos duele, tendemos a llevar hacia allí las manos; y como la zona vaginal debe mantenerse estéril, a veces hay que atar algunas pacientes a la mesa. Miré unos segundos, y cuando era evidente que todo se desarrollaba normalmente, regresé por el pasillo a ver a los Simpson.

El ruido había cesado, pero Ed estaba en la puerta y miraba hacia la sala de partos. Jean estaba sentada en la cama, con los brazos hacia atrás, sosteniendo su cuerpo.

—¿Qué ocurre, Dios mío?

—Una mujer va a dar a luz. Casi no llegó a tiempo.

—Pero los gritos. Era como si la estuvieran matando —dijo nerviosamente Jean.

—Parece espantoso cuando no se está acostumbrado —le dije—, pero una cantidad de mujeres grita, aunque la mayoría no lo recuerda después.

Jean se echó atrás sobre los codos: todavía parecía angustiada.

—¿Cómo se siente? —le pregunté.

—Bien —dijo—. Me dieron el enema. No fue tan malo.

—Desde ahora en adelante, no tome nada más por la boca —le recordé.

Ed regresó a la habitación.

—¿Y los caramelos, doctor Sweeney? —indicó un puñado de caramelos envueltos en celofán sobre la mesa, donde había también talco y un cronómetro.

Los caramelos son una parte de la rutina del parto natural. El azúcar le da a la mujer un poco de energía, y además la alivia cuando tiene la boca seca. Ha aprendido a jadear por la boca cuando sufre una contracción, para no poner los músculos en tensión: de esta manera las contracciones son menos dolorosas. Después de todo, sólo en un cierto momento necesita pujar para impulsar al bebé. La mayor parte de esas largas horas transcurren en la espera de que el cuello uterino se dilate y el bebé se ponga en posición.

—Ningún inconveniente con los caramelos, pero quizá no los necesite. Voy a ordenar una infusión. La pondremos en el dorso de su mano, así puede moverse sin dificultad.

—Una infusión —repitió Jean—. Pensé que con el método de parto natural no necesitaría nada así.

—Preferiría que sí —respondí, pensando que la obstetricia es realmente una especialidad quirúrgica, pero que no se la considera

así. Nadie en sus cabales iniciaría una operación sin una infusión en marcha, sin embargo, se alumbran niños sin este requisito todos los días—. Sólo le daremos glucosa y agua, Jean. No va a tomar alimentos ni bebidas durante horas, de modo que convendrá darle algo de líquido y de energía. Pero es también una precaución: suponga que tengamos algún inconveniente y que sea necesario practicar una operación cesárea... Si tiene usted una infusión, podemos introducir inmediatamente sangre o lo que se necesite sin perder un tiempo precioso.

—Parece razonable —dijo Jean.

Tuvo una contracción en ese mismo momento. Ed tomó el cronómetro. Ella se echó atrás, jadeando hasta que pasó. Ed le dijo:

—Treinta segundos. Lo has hecho muy bien, querida.

Ella sonrió.

—No es la sensación más bonita del mundo —murmuró. Cuando el dolor se fue por completo, respiró y agregó—: Tampoco es la peor.

La enfermera vino con el equipo necesario, y lo colocó al lado de la cama.

—¿No es zurda? —le preguntó Miss Kovacs, para que yo pudiera insertar la aguja donde le molestara menos a Jean.

—¿Tiene que ser en la mano? —preguntó rápidamente Jean.

Era la primera referencia que le oía a la herida de la infancia.

—No. Podemos ponérsela en el brazo, si prefiere —le dije.

Inserté la aguja en la parte posterior de su antebrazo izquierdo, empujé el pequeño catéter de plástico en la vena y quité la aguja. En ese preciso momento el sonoro llanto de un recién nacido resonó en la sala. Nos miramos sonriendo ante el saludable anuncio de una vida nueva: no habían pasado diez minutos desde que la madre había sido llevada a la sala de partos.

—¿Hay muchas urgencias como ésa? —preguntó Jean, con los ojos muy abiertos.

—Y mucho mayores —respondí—. Hemos tenido alumbramientos en la entrada y en los ascensores, y hasta en los taxis. Llega un taxi a la entrada de emergencia, haciendo sonar el claxon, con una mujer en el asiento posterior. Muchas veces hemos tenido que acudir corriendo y cortarle la ropa porque ya empezaba a aparecer la cabeza del bebé, entre sus gritos y los del chófer que nos pedía que la sacáramos para que no se le manchara el coche. Y aunque tratábamos de llevarla al hospital, ha habido ocasiones en que la mujer estaba ya dando a luz ante Dios y el mundo.

Ed y Jean se miraron y me miraron.

—Una vez un hombre traía en su coche a su mujer, que gritaba porque tenía fuertes dolores y estaba muy cerca del trance. Atravesó sin pagar el peaje del Puente de Triborough en su prisa por llegar al hospital. Los empleados oyeron los gritos y la Policía salió en su persecución porque pensaron que podía estar matando a esa mujer o pegándole, o secuestrándola, y, además, no había pagado el peaje. De modo que ese hombre llegó al hospital a toda velocidad, con los motociclistas en sus talones, entre las sirenas y los gritos de la mujer... Subimos al coche y la mujer ya estaba dando a luz, y los policías finalmente regresaron por donde habían venido.

Luego les conté la historia de otra embarazada que no logró llegar al hospital. Me había llamado justamente antes de la medianoche, con contracciones, según creía. Le dije que fuera al hospital y se hiciera examinar por el personal nocturno. Yo iría cuando fuera el momento. Avisé en el hospital para que la esperaran y me dijeran cuándo sería el parto, me di vuelta en la cama y me dormí.

No tuve noticias del hospital, y cuando inicié la ronda a la mañana siguiente vi que esa mujer no había llegado. Acababa de iniciar la consulta cuando recibí una frenética llamada del marido. Había creído que era una falsa alarma, y como era de noche y estaba cansado, había retenido a su esposa en el hogar. Y ahora me decía:

—¡Ya está naciendo el bebé! ¿Qué hago?

Había llamado a la Policía, pero ninguno de esos dos hombres había ayudado nunca a dar a luz, y todo el mundo estaba aterrorizado. De modo que interrumpí la consulta, dejé a una paciente en mitad del examen y empecé a decirle al marido por teléfono qué debía hacer.

—Vaya a buscar una toalla y dígame qué ocurre —le dije al hombre.

—Está acostada... Puedo ver la punta de la cabeza del bebé.

—Muy bien. Acomode a su mujer para que esté cruzada sobre la cama, con las nalgas sobre el borde del colchón. Ponga dos sillas cerca, para que apoye los pies, y así podrá trabajar.

Cuando regresó al teléfono le pregunté:

—¿Ahora, qué ocurre? —podía oír yo los gritos de la mujer en el fondo.

—Ha empezado a salir la cabeza.

—Entonces, ponga la mano izquierda sobre la cabeza del bebé —le dije—. No la empuje, sólo sosténgala con la mano desnuda.... Espero que se haya lavado las manos.

Sí. Lo había hecho al ir a buscar la toalla. Y gracias a Dios el teléfono estaba junto a la cama. Pero por favor, que le dijera qué debía hacer.

Repetí:

—Primero, poner la mano izquierda en la cabeza del bebé. Póngase la toalla alrededor de la mano derecha. El chico vendrá boca abajo. Cuando su cabeza empiece a salir, ponga su mano derecha por detrás, junto al recto de su mujer. Con los dedos de la izquierda, empuje suavemente hacia arriba la frente del bebé, y trate de tomarlo del mentón.

En ese momento, oí los gritos de la mujer.

—¡Ya viene, ya viene, Dios mío! —dijo el hombre, y se oyó el ruido de la caída del teléfono.

Esperé. Uno de los policías cogió el auricular y dijo:

—Explíqueme qué debe hacer.

—¿El niño aparece con la cara hacia abajo? —pregunté. La mayoría lo hace así, pero a veces se presentan al revés. El policía respondió:

—Sí, así es. Boca abajo.

—Que deje la mano izquierda sobre el cráneo del bebé y que trate de tomar el mentón con la derecha. Cuando lo haga, podrá controlar la cabeza y sacarla simplemente flexionando los dedos. Dígale que flexione los dedos de la derecha y que atraiga suavemente la cabeza.

Le oí repetí» esto al padre. Luego me gritó:

—Ya está afuera, ¡la cabeza está afuera!

—Muy bien, tranquilícese. Sólo la cabeza está afuera. Dígale al padre que se aleje, un segundo, un paso atrás. No va a ocurrir nada. Esperen un poco, y probablemente verán que la cabeza gira. Hace eso automáticamente.

Le dio las instrucciones al padre y esperamos. En la mayoría de los casos, la cabeza gira por sí sola hacia un lado o él. otro. Si no lo hace, entonces la hacemos girar nosotros, para que los hombros se pongan en posición de salir. Pero nosotros sabemos de qué lado está la espalda, de modo que podemos mover la cabeza del bebé sin romperle el cuello; el padre no sabía dónde estaba la espalda. Y yo estaba sudando, y esperando que este bebé girara por sí mismo. Ninguna mujer en el mundo es bastante grande para que un bebé nacido a término pueda pasar con los hombros de frente: para pasar entre los huesos pelvianos, el bebé debe girar y salir de lado.

Finalmente oí a la distancia:

—Ahora sí está girando...

Y la mujer gritaba de verdad, no de temor, sino de dolor.

—Muy bien —dije—. Ahora que tome la cabeza del bebé con las dos manos y muy despacio la empuje hacia el suelo.

El policía repetía como un eco instantáneo.

—Verá que el hombro superior empieza a emerger; cuando esto ocurra, que levante un poco el bebé hasta que aparezca el otro hombro. Con mucho cuidado, porque si ella puja en este momento, es ahora que podrá desgarrarse.

El policía repitió y luego me preguntó:

—¿Desgarrarse? ¿Qué es lo que se va a desgarrar?

—No importa —le respondí—. Hagan lo que digo.

Lo que suele engancharse y desgarrar el perineo es el hombro posterior del bebé, pero no tenían por qué aprender medicina para que naciera ese niño. Y, de cualquier modo, no sabía cuánto entendían de lo que les decía, y desde mi consultorio no podía hacer otra cosa que esperar.

Oí fuertes gritos en el fondo. El policía dijo:

—Ya está apareciendo.

Luego un ruido de caída y la voz del policía:

—Por Cristo, el cable del teléfono hizo caer la lámpara... —Dirigiéndose al otro policía agregó—: Levanta esa lámpara, muévete, quieres, cógela. —Y a mí me dijo—: ¿Qué hacemos ahora? El niño tiene medio cuerpo afuera.

—No se preocupen para que el chico respire o llore. Tiren un poco y el cuerpo irá saliendo. Cuando vean claro de qué lado está la espalda, pasen la mano por ella... y cuando lleguen las piernas, afórrenlas para no dejar caer el bebé.

—¡El doctor dice que no deje caer el bebé! —le oí gritarle al padre.

—¡Oiga! —dije.

—¿Qué?

—Trate por favor de actuar con calma y repetirle al padre todo lo que le digo. —Entonces repetí lo anterior y agregué—: Cuando salgan los pies, que los tome con la mano derecha para sostener bien el bebé, y que ponga la izquierda sobre la cabeza. Eso es todo por un segundo. Sostenerlo y ver si es niño o niña. Entonces, probablemente llorará por sí mismo: si no lo hace, hay que frotarle la espalda, o darle unos golpecitos en los pies.

El policía repitió exactamente mis palabras: yo rezaba porque el alumbramiento fuera normal. Diez partos de cada quince lo son de cualquier modo, o sea que nosotros no somos en ese caso sino una póliza de seguros. Un momento después que la mujer dejó de gritar, oí el llanto de la criatura.

—Ya nació —dijo el policía—. ¿Le oye?

—Sí, le oigo. ¿Qué es?

—¿Qué quiere decir?

—¿Varón o niña?

—Creo que varón.

—¿Qué quiere decir que cree? ¡Vaya y mire!

—Un varón —dijo un segundo después—. ¡Es el primero que veo nacer, doctor!

Esto me hizo reír. El policía seguramente pensó que yo estaba algo loco, pero yo simplemente expresaba mi alivio. La verdad es que la Policía suele actuar bien en esta situación. Ayudan a nacer a muchos niños, y muchos de ellos son buenos obstetras. Sólo que esta vez nos habían tocado dos sin experiencia.

El marido tomó el teléfono.

—¿Debo cortar el cordón? —Tenía la voz aguda de tensión—. ¿Con qué corto el cordón?

—No lo corte —le respondí—. Tranquilícese y escúcheme. Puede quedarse sin hacer nada hasta que aparezca la placenta. Su esposa tendrá algunas contracciones, y saldrá por sí sola. En ese momento,

todo estará unido: el niño, el cordón y la placenta. Y usted podría poner el niño y todo lo demás en una palangana y llevarlo al hospital que tenga más cerca.

Si yo hubiese estado en su lugar habría dejado que la tarea la terminaran en el hospital. Pero todos ellos estaban preocupados por «separar al bebé», de modo que dije:

—Bueno, tome dos cordones de zapatos y póngalos a hervir. Y ponga también las tijeras en el agua hirviente. No quedarán estériles, pero sí limpios. Después aten los cordones bien fuerte en dos puntos, a cinco y siete centímetros del estómago del bebé, y corten por en medio.

Mientras hacían esto, la mujer empezó a expulsar la placenta. Ni sangraba ni se había desgarrado. Les dije que la llevaran a ella y al niño, y también la placenta, para que un médico la examinara, al hospital más cercano.

Espero que lo hayan hecho. Nunca más oí hablar de ellos. Mi secretaria no podía creerlo. Les enviamos la cuenta de las últimas visitas al consultarlo y no pagaron. Insistimos y nos devolvieron la correspondencia. Llamamos por teléfono y nos confirmaron que se habían trasladado.

—Olvidémoslo —le dije a mi secretaria.

No creo que fuera posible hacerle comprender a ese marido que no tenía derecho a evaluar si su mujer estaba o no por alumbrar, y que se había conducido como una bestia al decidir que no era así.

Cuando terminé el relato, les dije a Jean y a Ed que iba a tomar el desayuno y a hacer mi ronda.

—Jean —dije luego—: sé que usted y Ed planean un parto natural, pero no hay ninguna razón para que sea usted una mártir. Si le duele, avísele al doctor Richards. No perderá el honor por tomar un poco de Demerol.

—Está bien, doctor Sweeney. El dolor no es tan grande —se interrumpió—. Lo único que quiero es que el niño nazca bien.

III. LA RONDA

A las siete, la cafetería del hospital, en el subsuelo del edificio principal, se empezaba a llenar de las personas que venían a tomar el primer turno, que se inicia a las ocho. Los quirófanos también empiezan a funcionar a las ocho, de modo que había una gran cantidad de enfermeras y unos diez médicos. Y los visitantes y parientes que habían pasado la noche en el hospital. Podría haber traído conmigo- a Ed Simpson, pero no quería mantener demasiada intimidad con él mientras Jean no hubiera salido del trance, creo que es mejor para todo el mundo que el médico mantenga cierta distancia profesional.

No es necesario conocer a las personas en una cafetería de hospital para saber quiénes son los obstetras. En una mesa, un grupo de médicos discuten algo apasionadamente mientras comen. En otra mesa, un grupo come sin decir una palabra. Cuando han terminado, se acomodan y hablan un rato. Estos últimos son los obstetras. Han tenido tantas comidas interrumpidas que, cuando pueden, comen. Cuando estoy en mi casa, mi familia suele estar a mitad de la comida y yo ya he terminado. No puedo evitarlo.

Esa mañana desayuné con Ben Abrams, un obstetra a quien conozco hace años. Después de terminar de comer, hablamos un rato sobre el congreso del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia al que habíamos asistido a principios de mayo. Yo había presentado dos comunicaciones, con diapositivas y ejemplos, y Ben me recomendaba en broma que subiera a las tablas, cuando de pronto le llamaron.

—Empezamos —dijo, bebió de un trago el resto de su café y se fue.

Eran apenas las siete y media pasadas. Antes de volver a ver a Jean, subí a la planta dieciocho del edificio principal para ver a

Margaret Benning, una antigua paciente. Había llegado a mi consultorio para hacerse un chequeo, y cuando sentí una dureza en su seno, ordené un mamograma, es decir, una radiografía del pecho, y luego recomendé su ingreso en el hospital. El doctor Reis, un cirujano general, la operó; en mi hospital los cirujanos ginecológicos no hacen cirugía del pecho. Hablé con él después de la operación. Habían hecho un corte, un análisis de tejidos, mientras ella estaba aún en la mesa de operaciones. Era un cáncer, de modo que prosiguieron y eliminaron el seno íntegro y también las glándulas ubicadas debajo del brazo. Técnicamente una mastectomía es una operación «superficial», porque no se penetra en ninguna cavidad del cuerpo. ¿Qué es un seno sino un montón de grasa con glándulas apoyado contra la pared del tórax? Sin embargo, para la paciente, una mastectomía completa es ciertamente una operación mayor.

Mrs. Benning estaba sentada en la cama con el brazo derecho en cabestrillo.

—¿Qué me hicieron, doctor Sweeney?

—¿Qué quiere decir con eso?

Yo no podía creer que no le hubieran dicho nada.

—¿Me sacaron el pecho?

—Sí.

Y eso fue todo. No me preguntó: «¿Era un cáncer?» Lo sabía. Volvió su cabeza contra la almohada. No lloró ni gritó, pero no podía predecir su conducta posterior.

—¿Quiere que me quede un rato, Margaret? —le pregunté. Ella movió la cabeza sin mirarme, así que me fui.

El cirujano tenía la responsabilidad de informarla. Quizá no le había oído, o estaba demasiado mareada, o la familia había pedido que no le avisaran aún. Yo estaba seguro de que debía haber una explicación, porque el doctor Reis era una persona amable, y no un frío carnicero como son otros cirujanos. Volví a mi propio edificio con

la esperanza de que le hubiesen extirpado todo el tumor y que todo saliera bien.

Luego vi a Jean, me aseguré de que todo iba normalmente, e inicié la ronda a las ocho por el octavo piso, donde están las salas de partos y de operaciones. Siempre examino la lista de operaciones, doy un vistazo para ver qué ocurre en las salas de partos y después bajo. Normalmente me gusta hacer dos rondas diarias: una por la mañana y otra a la noche. Si ha sido usted paciente de un hospital, ya sabe cómo se esperan esas visitas al doctor. Pero no siempre es posible: si tengo a las ocho una operación que dura seis horas, quizá sólo pueda ver a cada paciente una vez por día.

Hay un arte de las rondas. Uno puede quedarse horas con alguien, o entrar y salir tan rápido que la paciente no obtiene respuesta a sus preguntas. Les digo a mis pacientes que tengan a punto una lista de preguntas para que no se olviden de nada; así podemos hacer todo lo necesario en el escaso tiempo asequible.

Lucy Cárter tenía preparadas unas cuarenta preguntas la noche anterior, y esta mañana ya había pensado varias más. Cinco días antes había dado a luz una niñita, y pronto dejaría el hospital. Lo primero que quería saber era cuándo podía moverse normalmente.

—Se va a su casa, ¿no es verdad? Entonces puede reiniciar una vida normal apenas llegue. Simplemente, no se esfuerce.

Asintió, tachó la pregunta y preguntó:

—¿Cuándo puedo bañarme?

—Cuando dejé de sangrar —le respondí

Una paciente puede tener *lochia*, pérdida de sangre, durante una semana y otra durante tres. Y no conviene que se bañe antes que termine la descarga. El útero debe retornar a su tamaño normal, y se debe curar la zona donde estaba adherida la placenta.

Ahora Lucy quería saber cuándo podía tener relaciones sexuales.

Ahora bien: muchos médicos les dicen a sus pacientes que no tengan intercambio sexual antes de volver para un examen final

cuatro o seis semanas más tarde. Pero yo creo que el médico que prohíbe las relaciones por seis semanas antes y después del parto está loco si cree que será obedecido. Yo les aseguro a mis pacientes que pueden hacer el amor hasta el momento de venir al hospital. Y a Lucy le contesté que debería esperar hasta que dejara de sangrar completamente.

En cualquier momento puedo tener en el hospital de tres a diez pacientes, según la cantidad de partos y operaciones que haya atendido. Esa mañana me detuve en la oficina de las enfermeras de la sección de ginecología y cogí dos planillas, para ver si incluían anotaciones hechas durante la noche. Mrs. O'Con-nell, la jefa de enfermeras de la planta, me miraba.

—¿Para qué mira las planillas? —me preguntó sonriendo—. Pregúntele a la juez Hermán y ella le dirá todo lo que ha ocurrido.

De modo que fui a visitar a la juez Hermán, una dama de pequeña talla y gran perspicacia. Se sienta muy derecha antes de hablar y mueve un poquito la cabeza, como suelen hacer los ancianos, pero conserva toda su inteligencia. Lleva el pelo gris atado en un apretado rodete, y tiene ojos gris acero que siempre miran de frente. Si uno trata de apartar la vista mientras habla con ella, se mueve hasta que vuelve a clavarle la mirada.

No creo que continúe trabajando en el campo de la ley, pero administra las propiedades de su familia y es también la fideicomisaria de un importante colegio de mujeres de Nueva Inglaterra. Tiene permanentemente una enfermera privada, porque no le gusta estar sola. La muchacha acababa de levantar su cama, y la juez Hermán estaba sentada y erguida, esperándome.

—Buenos días, juez Hermán. ¿Cómo está todo hoy?

—Ha llegado temprano esta mañana, doctor Sweeney. ¿No tiene que «hacer» a nadie hoy?

Sus ojos estaban fijos en los míos.

—No. Simplemente vine de visita. Realmente no me necesita para nada.

—A veces me asombra usted, doctor Sweeney —dijo—. Usted no opera, usted «hace». La semana pasada me preguntó: «¿Cuándo la hago?» ¿No es una forma espantosa de decirlo? Y ayer me dijo que había «hecho» a Mrs. Ingram. Y no haría mal en ir a verla esta mañana: tiene miedo de no poder orinar sin ayuda.

La juez Hermán siempre sabía todo lo que ocurría en la planta. Cuando me vino a ver por vez primera dos años atrás, pensé que debía haber consultado los registros médicos, porque sabía tanto de mi vida como yo mismo. A partir de ese momento, me había enviado docenas de pacientes. Incluso me dijo una vez; «Usted sabe que en muchas ocasiones diagnostico por teléfono. Le dije a Fannie Resnik: Me parece que tienes un quiste, Fannie; deberías consultar al doctor Sweeney.» Y Mrs. Resnik vino, y efectivamente tenía un quiste.

—Juez Hermán —respondí—. ¿Cuándo ingresará en la facultad de medicina? La necesitamos en nuestra profesión.

—No me seduzca, joven. Le conozco. Viene aquí y despliega todo su encanto, mientras casualmente le pone a una un enema de bario.

¿Cómo no amar a esta mujer encantadora? Sin embargo, estaba volviendo loca a su enfermera porque hablaba y hablaba.

—¿Ha tomado ya el desayuno? —me preguntó—. Tengo algunos *schnecken* que me trajo mi hija. Son pequeños como galletas y cuestan veinticinco centavos cada uno, pero valen la pena. Están llenos de miel, nueces de pecán y pasas... Debería tomar mucha miel: no hay nada que dé más energía.

—Ya tomé el desayuno, gracias.

—Entonces llévese a su casa un poco de jarabe de maple. Hoy tengo el que está aromatizado con grosellas.

Su familia es de Nueva Hampshire, y poseen una compañía que fabrica jarabes de maple. No es posible salir de su cuarto con las manos vacías.

Operé a la juez Hermán de la vagina. El médico que le había realizado una histerectomía previa no suturó muy bien la parte superior de la vagina, de modo que se desprendió y quedó colgando.

Ella me dijo:

—A un piloto le debe parecer una manga de aeródromo.

Y así era. Pero no me pregunten cómo supo que yo había sido piloto durante la guerra.

IV. AL DIABLO CON LA SEÑORA FULANA

A las 8,45 estaba de vuelta con los Simpson. No me gustó el aspecto de Jean. Para comenzar, el trabajo de parto duraba desde la medianoche y se la veía visiblemente envejecida. Hasta un profano puede percibir esto en una mujer que ha tenido contracciones durante muchas horas. Está exhausta, tensa. No por nada se llama trabajo. Pero, además, Jean parecía haber llorado, y Ed tampoco se mostraba feliz.

—¿Cómo va eso? —pregunté.

Ella sonrió apenas.

—Muy bien —repuso.

Pero estaba agotada. Le tomé el pulso y ausculté el corazón de su hijo.

—Acaba de venir el doctor Orsini —dijo Ed—. El doctor Richards se fue a las ocho. El doctor Orsini dijo que Jean ha llegado-a los siete centímetros de dilatación.

De modo que debía continuar trabajando hasta que su cuello uterino se dilatara hasta los diez centímetros. Cerca de una hora. Y una hora más de duro trabajo para impulsar al niño en el canal abierto.

—¿Ha tomado el desayuno, Ed? —pregunté.

—No.

—¿Por qué no va a tomar algo? Me quedaré un rato con Jean.

—No quiero dejarla ahora, doctor Sweeney. Y tengo que tomar el tiempo de las contracciones...

—Espere un segundo afuera, Ed. Quiero examinarla.

En realidad, era una excusa para tener la oportunidad de averiguar qué pasaba. No llevó mucho tiempo. Tuvo una contracción y empezó a jadear, pero de pronto interrumpió el ejercicio, se enroscó sobre sí misma y empezó a llorar.

—No puedo hacerlo, simplemente no puedo. ¡Cómo duele, Dios mío!

Sollozaba con fuerza y se sostenía la parte baja del vientre. Me senté en la cama y me tomó las manos hasta que terminó.

—Por Dios, Jean, ¿por qué no le ha pedido un Demerol al doctor Orsini?

—Queríamos un parto natural —dijo—. Usted me dijo que el dolor sería así, pero ellos decían que si hacía todo bien no sería peor que los dolores menstruales.

Sus ojos color avellana parecían asombrados detrás de las lágrimas.

—Vuelvo en seguida.

Cogí la planilla que estaba a sus pies de la cama y fui a la sala. Ed se acercó.

—Quédese afuera unos minutos —le dije. Él pareció extrañarse—. Espere aquí.

Fui a pedirle a la enfermera cien miligramos de Demerol y le alcancé la planilla de Jean con la orden escrita. El Demerol es un narcótico y no se puede solicitar verbalmente.

Cuando regresé a la habitación, Jean ya no lloraba, pero continuaba enroscada sobre sí misma. Miss Ourien, la enfermera que remplazaba a Miss Kovacs en el turno de las 8 horas, entró con la jeringa y me la mostró.

—Le voy a dar una inyección de Demerol. Sentirá el efecto dentro de unos minutos, querida.

Ella asintió en silencio.

La enfermera le aplicó la inyección en la nalga y salió.

Después de un minuto Jean dijo:

—Ed no se imagina cómo es.

—Yo tampoco, realmente, pero podemos tratar de explicarle. Llamé a Ed y le dije que le había dado Demerol a Jean.

—Lo siento, Ed —suspiró ella—. Simplemente no podía más.

—Ahora escúchenme ambos —dije—. Algunas mujeres tienen un trabajo más fácil que otras. Jean no puede seguir con el parto natural porque no hay razón en esta tierra de Dios para que sufra así. Es arcaico. Las contracciones del parto no se parecen a ningún otro dolor en el mundo.

Ed miraba a Jean. De pronto pareció inmensamente aliviado.

—Me alegro, doctor Sweeney... Querida, de veras me alegro; parecía terrible.

—Pienso que debo ser demasiado sensible al dolor —dijo—. Aunque jadee como un perro cansado, duele tanto... Lo lamento.

—Jean, si se siente culpable, le voy a dar vuelta y le voy a dar de azotes, a pesar del niño —dije—. El único dolor quizá comparable al de las contracciones es el de expulsar una piedra renal... ¿y qué se tiene después de esto? Al menos en este caso tendrán un niño para mostrar.

Jean sufrió aún durante otra contracción. Luego, el Demerol empezó a actuar y después de la siguiente, dijo:

—Hay tanta diferencia... El dolor sigue, pero parece mucho más distante. —Me miró interrogante—. ¿Muchas mujeres se proponen tener un parto natural y luego se arrepienten?

—Ocurre a menudo —asentí—. Yo creo que uno de los principales problemas del parto natural es que las parejas van a las clases y se preparan, pero nadie les dice cómo es el dolor. He visto matrimonios que venían al parto con naipes, revistas o martinis, dispuestos a una especie de picnic porque la señora Fulana, que dictaba las clases, les había dicho que no dolería. El marido traía talco, para frotar el vientre de su mujer, y con un cronómetro llevaba el control de cada contracción, muy contento. Luego, todo iba bien por un tiempo.

Ed sonrió y Jean soltó una risita.

—¿Y después? —preguntó Ed.

—La mujer pasa por la primera etapa muy satisfecha y dice: «Es como dijo la señora Fulana... Vamos a tener el niño juntos», y de pronto, ¡bam!, empieza el trabajo serio. El dolor es tremendo, y ella se derrumba. La señora Fulana le mintió, y la pobre mujer no tiene muchas veces a quién dirigirse. Primero, no tiene la relación que necesita con su obstetra. Esa relación la tenía con la mujer que le enseñaba a respirar. El marido sigue diciendo: «Ya van cuarenta y cinco segundos, querida, ahora exhala el aire con fuerza...» Y ella de pronto le contesta: «Calla, hijo de puta; tú me metiste en esto.» A veces, él se va —Jean tomó la mano de Ed—, De modo que, en realidad, vosotros dos lo estáis haciendo muy bien.

La pobre mujer que sufre debe ser sedada. No podemos hacer ninguna otra cosa con ella. Si chilla, nos grita obscenidades y trepa a las paredes, no es de verdad por su culpa. No es por su culpa que la traicionaron. Yo les digo a todas mis pacientes cuando asisten a clases de parto natural: Miren: esto duele. Y no crean lo contrario. Sin embargo, muchas no me creen.

—Yo he conocido a mujeres que tuvieron parto natural sin dificultades —dijo Jean.

—La gente tiene distinta tolerancia al dolor —contesté—. Pero no le ponemos a nadie una estrellita en la frente por pasar este trance sin un analgésico o una droga contra el dolor. No hay nada que probar. He visto mujeres que me decían: «No puedo tomar nada

porque no quiero fallarle a la señora Fulana: debo llevarle un informe escrito.» Bueno, ¡al diablo con la señora Fulana! En este momento, tome lo que necesita tomar.

Jean se rió en voz alta. Yo pensé que jamás podré comprender qué es lo que tiene de maravilloso y de moderno el parto natural. Para que fuera verdaderamente natural, la mujer debería comerse la placenta, como hacen los animales.

—Doctor Sweeney —dijo Ed—, ¿podré acompañar a Jean a la sala de partos?

—¿Por qué no? ¿Simplemente porque le dimos una inyección? Eso no cambia nada. Es su hijo. Pero no quiero que se ponga en el camino cuando tengamos que hacer la episiotomía.

—No lo haré —prometió.

—Muy bien. Y recuerde lo que le dije en el consultorio: una vez que estemos allí dentro, lo que a mí me importa es una madre y un niño. Si se desvanece y se cae de cara al suelo, estaremos demasiado ocupados para atenderle. Si algo ocurre y yo le digo que se marche, se marcha.

—Sí, señor —respondió Ed—. Recuerdo todo lo que me dijo.

Yo sé que él pensaba en lo que les había dicho a ambos: que no todos los partos ni todos los niños son normales. Hay que considerar esa posibilidad, y estar preparado para tomar lo amargo juntamente con lo dulce.

He visto maridos que asistían en la sala de partos al nacimiento de un niño anormal. Recuerdo en particular a uno que era un pilar. No sé cómo habríamos reaccionado todos sin su ayuda. La esposa estaba despierta: había tomado alguna droga en Alemania, probablemente talidomida, y el niño había sido afectado en su desarrollo por el tranquilizador que su madre había ingerido al principio del embarazo. No tenía brazos ni piernas. El padre de esa criatura la alzó y se la mostró a la madre inmediatamente después del alumbramiento. «Aquí está, míralo», dijo. Puede parecer cruel,

pero no lo era. El amor de esa pareja era increíble, y no creo que se vean en ninguna parte más escenas de verdadero amor que en una sala de partos. La mujer lloró, pero inmediatamente empezaron a planear lo que harían. Les dije que el niño seguramente no sobreviviría, y no sobrevivió, pero empezaron a hablar de tener otro niño mientras lloraban abrazados. Yo mismo ayudé a nacer a su siguiente criatura, una niña encantadora.

Creo que ayuda a la pareja permitir la presencia del marido. Mucha gente viene a Nueva York desde muchos kilómetros porque son muchos los hospitales donde no se permite la presencia del marido en la sala de partos. Desde luego, esto no conviene en todos los casos, pero no es difícil saber cuándo el marido quiere de veras estar presente, y los ojos de la mujer dirán claramente si quiere que él esté. Actualmente, en Rusia no se permite que el marido esté en el hospital antes ni después del nacimiento. Nadie puede visitar a la madre hasta que vuelve a su casa. Creo que eso no es bueno. Sin embargo, incluso en nuestro país hay muchos lugares donde el marido se despide de su esposa en la entrada del hospital, y donde ella es trasladada escaleras arriba, a sufrir sus dolores a solas.

Siempre he pensado que el trabajo de parto es el drama más grande del mundo. Alguien golpea lentamente un tambor, en el fondo y luego cada vez más rápido y más rápido. Nueve meses tarda esto: la mujer debe pensar en el momento del trance «estoy en el centro de la escena». En Inglaterra se llama teatro a la sala de partos, y el nacimiento es de verdad un drama. Una gran luz blanca brilla sobre la mujer; el doctor está listo con su máscara y sus guantes, ayudado por las enfermeras. Y su papel es muy secundario. Una vez y otra nos maravilla ayudar a nacer un bebé; pero para la mujer es el momento más alegre y profundo de su vida.

V. JEAN SIMPSON: ALUMBRAMIENTO

Yo había dejado a los Simpson poco después de las nueve para llamar a mi consultorio. Ya debía haber llegado mi secretaria. Me

aseguré de que el servicio de llamadas le había dicho que cancelara las consultas matutinas y recibí un montón de mensajes. A las 9,45 había hecho una docena de llamadas y estaba listo para volver a ver a Jean.

Tenía contracciones cada tres minutos y sentía mucho dolor incluso a pesar del Demerol. Mi examen me mostró el cuello dilatado ocho centímetros. Le dije que en lugar de más Demerol iba a hacerle lo que se llama un bloqueo paracervical.

Es una anestesia que me gusta mucho. La mayor parte del severo dolor del alumbramiento viene de la lenta dilatación del cuello del útero por la presión del bebé y del agua. El bloqueo paracervical se inyecta a cada lado del cuello: adormece los nervios vecinos y ayuda en realidad a la dilatación. La madre continúa despierta y el bebé no nace tampoco adormilado, de modo que es una excelente anestesia cuando se la usa como es debido.

La enfermera trajo una bandeja con la gran aguja estéril paracervical, una jeringa y una anestesia local. Hice acostar a Jean sobre la espalda, con los muslos bien separados mientras ponía en posición la aguja a cada lado del cuello e inyectaba la anestesia.

Un minuto más tarde Jean tuvo una buena contracción de casi sesenta segundos. El útero estaba bien duro bajo mi mano. El útero es en realidad un gran músculo, y cuando se contrae es como el bícep de un atleta.

Ed estaba de vuelta en la habitación, y Jean me miró sorprendida:

—No me dolió —exclamó—. Sentí la contracción, pero sin ningún dolor.

Volví a telefonear a mi consultorio, y regresé al lado de Jean.

Unos cuarenta minutos más tarde estaba totalmente dilatada. Diez centímetros. Ahora, a cada contracción, respiraba profundamente y presionaba hacia abajo, para ayudar al músculo uterino a impulsar al bebé, de cabeza, por el cuello uterino abierto.

Esta segunda etapa del trabajo dura usualmente una hora. Jean trabajaba vigorosamente. Sus contracciones llegaban cada dos minutos, y no tenía mucho tiempo para decirnos gran cosa a Ed o a mí. Después de un rato preguntó ansiosamente cuándo la llevaríamos a la sala de partos. En parte para tranquilizarla y en parte para ayudarla a pasar el tiempo, le dije cómo ve un obstetra el parto de una primípara, es decir, una mujer que da a luz su primer hijo.

—Por lo general esperamos a que se vea un pedacito de la cabeza del bebé asomando por la vagina. La gente de nuestra planta suele preguntar: «¿Cuánto *caput* tiene?» *Caput* significa cabeza. Y la respuesta es: «Tengo veinticinco o cincuenta centavos de *caput*.» Cuando el área visible de la cabeza del niño es del tamaño de una moneda de medio dólar, sabemos que ése es el momento de pasar a la sala de partos.

Puedo comprender fácilmente que una señora se ponga nerviosa cuando tiene la cabeza del bebé en su vagina. Pero la hemos estado observando constantemente y sabemos con bastante exactitud cuándo va a alumbrar. Algunas mujeres logran engañarnos. En un momento tiene un *caput* del tamaño de una monedita de diez centavos y en el momento siguiente dan a luz. Pero, por lo común, estamos seguros con la medida de cincuenta centavos. La mujer que tiene su segundo o tercer hijo es menos fácil de predecir: el niño vendrá más rápidamente, de modo que normalmente la llevamos a la sala cuando su cuello uterino alcanza los ocho centímetros de dilatación.

La enfermera hacía un control más frecuente para ver cómo marchaba todo. Poco antes del momento en que esperaba tener *caput* le pedí a Miss O'Brien que se quedara con Jean mientras llevaba conmigo a Ed. Quería darle una máscara y enseñarle cómo ponerse las cubiertas de sus zapatos antes de entrar en la sala.

Cuando regresamos la enfermera me llamó aparte:

—Doctor Sweeney: la última vez que auscultè el corazón fetal estaba a ciento veinticinco.

—Vuelva a tomarlo después de la próxima contracción —dije.

El ritmo normal del corazón de un feto o un bebé es de 140 pulsaciones. Un pulso fetal de 125 no es peligroso, y puede significar sólo un inconveniente pasajero, producido, por ejemplo, por una presión sobre el cordón umbilical que disminuye la velocidad de los latidos durante cada contracción. Pero cuando algo se aparta de lo normal durante el trabajo de parto, todos nos sentimos angustiados.

La enfermera auscultó después de la siguiente contracción y me quedé a su lado mientras leía lo que anotaba en la planilla:

«11,15 a.m. Pulso fetal 115.»

Mientras el pulso no baja de 100 no hay, en verdad, grave peligro para el feto, pero ahora yo miraba a Jean como un halcón. El pulso podía subir a 130 o 140 y todo estaría bien. Y también podía descender.

Jean parecía sentirse bien entre las contracciones: Ed le estaba mostrando las cubiertas para los zapatos que yo le había dado.

—Tomé la presión sanguínea y el pulso de la madre —le dije a la enfermera.

Las anotaciones que ella inscribió en la planilla eran normales. La tensión era de 110/70 y el pulso de 80.

Indiqué a Ed que se apartara, y examiné la vagina de Jean. La bolsa de aguas se veía ya sobre la cabeza del bebé.

—Jean, voy a romper la bolsa de aguas —le dije—. No le dolerá; no tiene nervios, y eso apresurará un poco las cosas.

En realidad, decidí hacerlo porque quería examinar el fluido amniótico, o agua que rodea al bebé, para ver si había manchas de meconio. El meconio es la materia fecal verde-pardusca del feto. En un parto podálico, cuando aparecen primero las nalgas del bebé, es normal que la presión expulse el meconio. Pero si uno encuentra materia fecal procedente de un bebé que está en posición normal, es que los músculos del esfínter anal han empezado a relajarse, y eso significa que el bebé está en grave riesgo.

Tomé una pinza de Allis, que es un instrumento agudo y dentado y rompí la bolsa de agua. Parte del líquido amniótico se derramó sobre la vulva de Jean y sobre la blanca sábana: el líquido estaba perfectamente claro.

Apoyé el estetoscopio sobre el vientre de Jean, y esperé hasta que hubiese terminado otra contracción. El pulso había bajado a 104 y era bastante grave.

—Dele un poco de oxígeno —le indiqué a la enfermera.

Ella cogió el tanque portátil situado en un rincón, tomó la máscara y abrió la válvula.

—Le voy a dar un poco de oxígeno, Jean —le expliqué—. No quiero que se resista, sino que respire normalmente.

Le puse la máscara en la cara, y alzó las manos, tratando de quitársela para poder hablar. La enfermera le tomó las manos. Yo le dije:

—Jean, escúcheme. Es sólo oxígeno. Tenemos una pequeña dificultad con el pulso del bebé, y cuanto más oxígeno respire usted, mejor será para él.

Dejó de resistirse, pero tenía los ojos muy abiertos de pánico. ¿Cómo hace uno para darle seguridad a una madre en ese trance?

—Queremos que el bebé reciba más oxígeno, y todo el que usted respire le llegará a través de la placenta. —Me pregunto si alguna vez se probará que ese oxígeno tiene algún valor real—. Ahora respire normalmente —le dije a Jean, y a la enfermera—: Toque el timbre.

Ella puso en marcha la campanilla de emergencia. Cuando suena, todo el mundo viene corriendo porque nadie sabe qué pasa, y cuando hay un problema en un buen hospital, todos tienen algo que hacer.

Un minuto más tarde la habitación estaba llena de gente. Dejé que el anestesista se hiciera cargo de la máscara y le dije:

—El pulso fetal está alrededor de cien. Llevémosla a la sala de partos.

Luego me volví hacia Ed.

—No sé qué ocurre. Puede venir o no con nosotros, pero no podremos ocuparnos de usted. —Y al doctor Orsini le dije—: ¡Vamos!

El médico residente y yo corrimos por el pasillo. Una enfermera salió de una de las salas de operación y nos siguió: entró inmediatamente a la sala de partos. Me até la máscara que llevaba colgada del cuello.

—El parto es viable —le dije al doctor Orsini mientras nos lavábamos en el lavabo adjunto a la sala de partos—. Ya hay *caput* en el cuello uterino, pero tendremos que usar fórceps en forma parcial. Me gustaría que bajara un poco, si tenemos tiempo.

Un interno salió de la sala de partos.

—Doctor, el corazón late a noventa y seis.

Terminamos de lavarnos y entramos, mientras aún nos caía agua por los brazos. Ed estaba en la sala, y el anestesista le daba oxígeno a Jean. La enfermera a cargo del fondo del útero, que acompaña a la madre a lo largo del parto, tenía el estetoscopio sobre el abdomen de Jean. Las piernas de ésta estaban sobre los estribos, y otra enfermera terminaba de prepararla. El desinfectante corría por el sumidero metálico que se encontraba en el extremo de la mesa de operaciones, para recoger la sangre y el líquido amniótico.

—Aquí estoy, Jean —le dije, identificándome detrás de la máscara.

Me estaba secando tan rápido como podía y empezaba a ponerme el equipo estéril.

Apenas me oyó, Jean trató de quitarse la máscara de oxígeno que le cubría nariz y boca para poder hablarme.

—Cójanle las manos —dije.

El interno la sostuvo por las muñecas; ella empezó a sacudir frenéticamente la cabeza.

—Jean, escúcheme. Todo saldrá bien. Simplemente, debemos traer al bebé un poco antes de lo que pensábamos. —Dejó de mover la cabeza y me miró asustadísima—. Si no mueve las manos no necesitaremos atarlas, ¿me comprende? Si se mueve interferirá con nuestro trabajo.

Asintió. El interno dejó sus muñecas libres. La enfermera le tomaba la presión sanguínea y el anestesista le daba oxígeno y atendía al desarrollo de la infusión. El doctor Orsini sostenía los fórceps.

Puse el dedo índice derecho en la vagina de Jean, y toqué la cabeza del bebé.

—Cuando se lo diga, querida, empuje hacia abajo con toda su fuerza, y tendremos al bebe donde más nos conviene.

Teóricamente, es posible aplicar los fórceps apenas el cuello uterino se encuentra totalmente dilatado. Pero yo esperé. Cuanto más abajo está el niño, tanto más fácil es el parto. Si la cabeza del bebé no hubiera estado bien abajo en la pelvis, habría hecho una cesárea de emergencia antes que un difícil parto medio con fórceps.

Llegó la próxima contracción de Jean y le dije:

—Puje ahora, Jean, tan fuerte como pueda.

Ella respiró y lo hizo. La cabeza del bebé se movió ligeramente.

Después de la contracción la enfermera dijo:

—El pulso fetal es de noventa, señor.

—Está bien. Vamos a sacar el bebé.

Tomé los fórceps de manos del doctor Orsini. Los fórceps son como dos grandes cucharas de ensalada cruzadas, sólo que metálicas, mucho más pesadas, y con un agujero oval en el centro. Puse la «cuchara» izquierda del fórceps en la vagina con la mano izquierda y la derecha con la mano derecha, sintiendo cómo ambas

se apoyaban sobre los costados de la cabeza del bebé, un poquito adelante de las orejas. El bebé tiene en la cabeza ciertas aberturas y líneas de sutura que le permiten contraerse para atravesar un canal de salida relativamente pequeño. Los fórceps deben colocarse de modo que la presión se distribuya en una zona amplia para evitar que se dañe el cráneo.

En condiciones ideales, se trata de imitar el trabajo normal de parto. Un tirón, luego esperar un momento, un nuevo tirón, y así sucesivamente. Pero cuando la intervención con fórceps se hace porque el feto tiene algún problema, no hay tiempo para imitar las contracciones.

Uno podría perder el bebé. Tomé las asas, me afirmé y tiré. Hay que tirar con fuerza, como de una gaveta encajada. Podía sentir que el bebé de Jean se movía en su vagina.

—Anestesia local para la episiotomía —le dije al doctor Orsini.

Inyectó novocaína en el perineo. El bloqueo paracervical realizado anteriormente afectaba tan sólo los nervios que rodean el cuello del útero, y no los que se encuentran entre el ano y la vagina, donde íbamos a realizar la episiotomía.

—¿Corto? —preguntó el doctor Orsini, tendiéndole la jeringa a la enfermera y cogiendo una tijera quirúrgica.

—Todavía no —respondí—. Espere hasta que la cabeza esté bien a la vista.

Seguí tironeando, para que la cabeza bajara todo lo posible antes de hacer la episiotomía, porque se trata de una región muy irrigada de sangre y una de las cosas que reduce la hemorragia es la presión de la cabeza del bebé.

—Ahora corte —dije, mientras mantenía la presión de los fórceps.

El doctor Orsini cortó el perineo hasta la vagina con sus tijeras y la sangre corrió sobre la sábana verde que cubría la mesa hasta el cubo que tenía entre mis pies.

La cabeza del niño estaba ya casi fuera de la vagina. Saqué los fórceps porque en ese punto podía continuar con mis manos. Deslicé los dedos de la mano derecha debajo del mentón y lo alcé tanto como me pareció conveniente. Jean tuvo entonces una contracción. Oí al doctor Orsini decirle que pujara, y de pronto la cabeza del bebé estuvo afuera, seguida por un poco de fluido. Sentí que el cuello estaba limpio, es decir, que no tenía enrollado el cordón umbilical alrededor. Hice girar el bebé tan rápida y suavemente como se podía, y el hombro derecho salió primero. Entonces ayudé a sacar el izquierdo y el resto del delgado cuerpo húmedo le siguió sin dificultad. «Es un varón», dije automáticamente, pero no me gustaba el aspecto de este recién nacido. Los niños sanos no son rosados sino azules cuando aparecen. La sangre no está tan oxigenada en el útero como lo es cuando el niño empieza a respirar. Después de todo, en el útero el niño se encuentra caliente y no usa sus pulmones, de modo que el bajo nivel de oxígeno que atraviesa la placenta es suficiente para mantener los órganos vitales. Pero este bebé era pálido, casi blanco, porque su corazón bombeaba a un ritmo reducido. Y era demasiado flojo. Aun antes de que él bebe empiece a respirar tiene cierto tono muscular. Y si uno le alza una pierna, no la deja caer en seguida. Incluso puede mover los dedos. Pero este bebé no estaba bien. Me lo puse en el regazo y rápidamente aspiré las mucosidades de su nariz y boca como una jeringuita de goma. Luego me dispuse a cortar el cordón umbilical lo antes posible para librarle de su madre. No pensaba que pudiese respirar por sí mismo y no iba a perder tiempo en frotarle la espalda ni los pies. Debíamos mantener oxigenada la sangre que ascendía a su cerebro para evitar que éste se dañara. Y francamente, ni siquiera me importaba que respirara: mientras su corazón latiera, yo podía respirar por él para mantener la sangre oxigenada.

—Ocúpese de Mrs. Simpson —le dije al doctor Orsini.

Llevé el niño inmóvil rápidamente hasta una mesa adosada a la pared. Una enfermera tenía listo el laringoscopio: coloqué el pequeño instrumento en su boca, y contra la laringe. Con la luz del instrumento podía ver la tráquea, que conecta la laringe con los dos

canales bronquiales a los pulmones. Rápidamente puse el tubo en la tráquea. La enfermera lo unió a una bolsa de anestesista unida a un tubo de oxígeno, y oprimí con la mano el balón de goma negra. Inmediatamente el pecho del bebé se alzó mientras los pulmones se inflaban con la presión del oxígeno.

Practicamos permanentemente este procedimiento. Sobre bebés muertos. Cuando el niño nace muerto, entrenamos a todo el mundo en esta técnica de modo que en el momento preciso todos sepan colocar el tubo exactamente en la tráquea y no en el esófago. No hay más que un minuto de tiempo, y de nada le sirve al cerebro del bebé que bombeemos oxígeno a su estómago.

El tubo de oxígeno que empleamos tiene un sistema de medida para impedir que se bombee con demasiada fuerza. Yo auscultaba el pecho del bebé para asegurarme de que el oxígeno penetraba bien. Esperaba que sus pulmones empezaran a funcionar y tenía una muy desagradable sensación en la boca del estómago.

Toda persona que haya trabajado en obstetricia ha perdido un bebé que no empezó a respirar. A veces la autopsia revela un defecto congénito de los pulmones o del sistema nervioso. Si el corazón del feto ha funcionado mal desde antes del nacimiento, sabemos que el cerebro ya está dañado. Y yo preferiría no preocuparme demasiado de un niño en esas condiciones, antes que entregarle a la madre un hijo con graves problemas mentales. El niño que ha sufrido un grave daño cerebral tal vez nunca inicie espontáneamente la respiración. Podríamos respirar por alguien durante veinte años, pero una persona así, ¿estaría realmente viva? La gente dice que no deberíamos tomar el papel de Dios, pero a veces nos vemos obligados a hacerlo. Cuando aplico la respiración artificial a un bebé, soy yo quien debe decidir si seguir o no seguir. En algunos casos lo hacemos sin el entusiasmo y la persistencia que ponemos cuando todo ha ido bien y de pronto ocurre que el bebé tarda unos minutos en respirar. Cuando esto último sucede, trabajamos como locos, porque a ese bebé no le ocurre necesariamente nada grave. Un niño que ha tenido un momento de

dificultad al nacer puede empezar a respirar espontáneamente y ser tan sano como el niño nacido sin la menor complicación.

De pronto oí la voz expectante de Jean.

—¿Puedo ver al bebé?

La falta de respuesta le hizo lanzar un grito.

—¡Mi bebé!

—Aquí lo tengo, querida —le dije.

Muy angustiada, al comprender que algo iba muy mal, preguntó:

—¿Qué ocurre?

Ed respondió con firmeza:

—El doctor Sweeney se está ocupando del bebé, querida.

—¿Qué quiere decir que se está ocupando de él? —Había un acento de histeria en sus palabras—. ¿Qué pasa?

—Le estamos dando un poco de oxígeno, Jean —le dije.

—Mrs. Simpson, no se incorpore, por favor —dijo el doctor Orsini.

—Te hará daño, querida. Hazle caso al doctor Orsini.

Alguien se acercó a mi mesa.

—Soy el doctor Rogan, de Pediatría.

La llamada de emergencia había dado resultado.

—No hay defectos congénitos visibles y el corazón marcha bastante bien —le dije mientras se calzaba los guantes estériles; luego tomó de mi mano el estetoscopio y lo aplicó al pecho del niño.

—Cerca de veinte —confirmó.

—Hubo un momento de peligro leve, pero nada que pueda... —Mi voz se extinguió mientras estudiaba al bebé, que estaba algo más sonrosado, merced al oxígeno que penetraba en sus pulmones—. Voy a sacar el tubo y darle una oportunidad —decidí.

Lo hicimos, y esperamos. Contemplé al niño de Jean, con la esperanza de que respirara por primera vez. Pasaron veinte segundos y no ocurrió nada, excepto que palideció. No necesitamos palabras. Volvimos a insertar el tubo y le pedí al doctor Rogan que continuara bombeando.

Regresé al lado de Jean. Aunque deseaba estar con el niño, el pediatra estaba igualmente calificado para hacerlo, y mi primera responsabilidad era la madre. A la mujer que acaba de alumbrar pueden ocurrirle aún muchas cosas. Puede tener una hemorragia, debe expulsar la placenta, y es preciso suturar la episiotomía.

Jean me miró cuando me acerqué.

—Por favor, dígame cómo está el bebé.

No se puede mentir en semejante momento. El niño no estaba respirando.

—No está bien, Jean, pero es demasiado pronto para saber qué ocurrirá.

—¡Oh, Dios mío! —susurró, y se volvió, sollozando—. Que esté bien, Dios mío, que esté bien.

La enfermera dijo:

—Tiene el útero contraído, doctor.

Un segundo después apareció la placenta, y Jean pidió:

—Dígame por favor cómo está el bebé.

El doctor Orsini puso la placenta en un recipiente para enviarla al laboratorio. Me aseguré de que estuviera intacta.

—Suture, doctor —le dije.

Fui hasta la mesa donde se encontraba el bebé. A cada lado de su cabeza se veía la pequeña depresión oval creada por los fórceps. La enfermera limpiaba la cubierta blancuzca llamada *vernix* que recubre a los recién nacidos, mientras el doctor Rogan comprimía la bolsa de oxígeno y escuchaba con su estetoscopio. Me miró.

—El corazón ha regresado a ciento treinta y cinco —dijo.

En ese momento el niño flexionó súbitamente las piernas, llevó los brazos al pecho y trató de rechazar el tubo de la garganta. El doctor Rogan y yo cambiamos una rápida mirada.

—¡Creo que lo tenemos! —dijo el doctor Rogan.

Saqué el tubo y el bebé de Jean tragó aire dos veces y dejó escapar un breve gritito. Todos los que estaban en la habitación miraron. No sé cuántos éramos. Esperamos el siguiente llanto, que llegó claro y vigoroso.

— ¡Oh, Dios mío, le oigo, le oigo! —gritó Jean.

El doctor Rogan trajo a su hijo y se lo colocó sobre el regazo.

—Aquí está —dijo.

Jean lloraba mientras apretaba el niño contra su pecho. Ed también lloraba y el niño mucho más, con la boca abierta y la cara enrojecida. Su aspecto y el ruido eran maravillosos.

Finalmente, dije:

—¿No les parece que deberíamos dejar de llorar antes de que ahoguemos al niño? —dije, en voz sofocada.

—Estoy tan feliz, doctor Sweeney —sollozó Jean.

—Felicitaciones a los dos —dije.

—¿Cuánto pesa? —preguntó Ed.

—¿Y quién ha tenido tiempo de pesarle? Cuando lo suelten veremos.

—Un minuto más —pidió Jean—. Por favor.

—Es su bebé.

Toda la gente la felicitó y se marchó. Apenas las cosas vuelven a la normalidad, nadie espera que le agradezcan nada. Ya les han dado las gracias.

VI. HORAS DE CONSULTORIO

Era casi la una cuando regresé al consultorio. Ya había varias personas esperando. Katherine Donohue, mi secretaria, hablaba por teléfono. La segunda línea estaba encendida y retenida, mientras llamaba la tercera. Muchas veces he pensado que la peor parte de mi trabajo cae sobre la pobre secretaria, que debe llamar a todo el mundo para cancelar o redistribuir las citas. Por eso ella le pregunta siempre su número de teléfono. Las pacientes deben llamar baby-sitters y hacer arreglos para concurrir y no les gustará no encontrar al doctor. Cualquier embarazada comprende fácilmente una ausencia provocada por un parto, porque ella misma puede ser la siguiente. Pero las pacientes ginecológicas, no. Y si ya es bastante malo tener que esperar, imagínese usted lo que significa que el doctor salga corriendo en medio de la consulta.

—Los Simpson tuvieron un varón —le dije a Katey Donohue cuando colgó el teléfono.

Sonrió, y luego me siguió al consultorio con una pila de mensajes.

—Sue Benning llamó dos veces —me dijo—. Sé que no es una emergencia, pero parecía muy angustiada.

—Probablemente llamaba para preguntar por su madre. Mrs. Benning no sabía que le habían extirpado un pecho hasta que hice la ronda de la mañana.

—Debe haber sido duro decírselo —comentó Katey.

—No lo sienta por mí. Ella es la que tuvo que oírlo —respondí, de modo que Katey comprendió que había sido efectivamente duro. Después de diez años, entiende todo en el acto. Sin una buena secretaria un médico está perdido, y Mrs. Donohue es de las mejores—. Trate de encontrar a Sue por teléfono antes que empiece el trabajo.

Un momento después tenía a Sue en la línea.

—Es un horror —me dijo abiertamente.

—Así es. ¿Habló con el doctor Reis?

—Ayer, después de la operación, me dijo que creía que había extirpado totalmente el cáncer. A la mañana vi a mamá y me dijo que usted se lo explicó. Dormía aun cuando el doctor Reis hizo el recorrido de la noche.

—¿Cómo se sentía?

—No estoy segura. Estaba tranquila, pero no quería hablar. Me gustaría que lo hiciera. Volveré en seguida y estoy bastante asustada.

—Sue, no creo que nadie pueda decirle cómo lo tomará. Quizás esta tarde ya pueda dejar sus emociones en libertad. Que llore si quiere, que saque afuera sus sentimientos. Es difícil enfrentar una cosa de ese tipo.

Las mujeres reaccionan de distinta manera a una mastectomía. Algunas se enojan conmigo, o con el cirujano, o con Dios. Otras se asombran y preguntan: «¿Por qué me ocurre a mí?» Creo que todas deberían formular esta pregunta. Otras se muestran agradecidas y piensan que les hemos salvado la vida. Y supongo que así es, en cierta medida, si encontramos el cáncer lo bastante temprano.

—¿Su padre la acompañará al hospital?

—No sé. Ahora está en su oficina.

Hubo una larga pausa y pensé que algo marchaba mal. El marido es siempre el primer pensamiento de la mujer. «Ahora estoy mutilada. ¿Cómo se sentirá él?» Y no se sabe cómo reaccionará el marido. Aunque la ame, ella está realmente mutilada, y es difícil para un hombre aceptarlo. Cuando se hace una operación radical, por ejemplo una vulvectomía, una extirpación completa de la vulva, que es una operación de aspecto repulsivo, hay maridos que no lo pueden soportar. Sin embargo, en su mayoría logran darle a su esposa el apoyo que ella necesita.

—Traté de hablar anoche con papá —me dijo Sue—. «No hará mucha diferencia, ¿verdad?», le pregunté. No contestó durante

largos minutos; estaba bebiendo un enorme whisky. Y luego dijo «No te preocupes»; pero tampoco quiso hablar más.

La voz de Sue parecía muy cargada de angustia. Si hubiese estado a mi lado, habría tratado de consolarla, de abrazarla. Pero por teléfono le dije que creía que su padre y su madre se ajustarían a la situación, y le pedí que me informara luego al respecto. Me dio las gracias y nos despedimos, pero ni ella ni yo nos sentíamos bien.

Estaba a punto de ver a mi primera paciente cuando Katey me llamó.

—Doctor Sweeney, tengo en la línea a Mrs. Hemp. No es paciente suya, pero dice que quiere hablarle. ¿La atenderá?

—¿No puede averiguar de qué se trata?

Generalmente no atiendo llamadas durante las horas de consultorio. De verdad muchas veces no puedo, porque tengo mis manos en la vagina de alguien. Por supuesto, si quien me llama es un médico, le atiendo aun cuando deba salir del consultorio. Y he dejado pacientes en la mesa cuando me han llamado del hospital para decirme: «El doctor Sweeney debe concurrir inmediatamente a la sala de operaciones.» Sin embargo, en ocasiones, cuando una mujer dice «Tengo que hablar con el doctor», la atiendo, si no estoy con otra persona. Quizá se trate de una joven soltera embarazada que no vacila en decirle a la secretaria que desea abortar. Puedo comprenderlo. Y otras veces cojo el teléfono y alguien me dice que quiere una cita.

—No hago yo las citas —le digo—. Yo trabajo para mi secretaria: es ella quien da las citas —y entonces cuelgo y le digo a Katey que sólo quería hora.

Oí nuevamente la voz de Katey.

—Mrs. Hemp dice que le llamó anoche a su casa y que usted sabe de qué se trata.

—Dios mío, esa idiota, la olvidé. No quiero hablar con ella. Dígale simplemente que no se atreva a venir a este consultorio.

—Como quiera, doctor Sweeney —dijo Katey, pero se quedó esperando o bien una explicación, o bien que cambiara de actitud.

—Está bien. Póngame con ella.

Mrs. Hemp había telefoneado a las diez de la noche anterior. Había dicho que se trataba de una emergencia. Cuando la atendí, me pidió que fuera a visitarla en el acto.

—¿Para qué? —le pregunté.

—Estoy embarazada: mi marido y yo pasamos el fin de semana con unos amigos y acabamos de descubrir que su hijo tiene rubéola. Necesito que un doctor me examine.

—¿Para qué? —volví a preguntar.

—Para que me diga si tengo la rubéola —dijo, como si me reprendiera por mi imbecilidad—. Estoy embarazada, y si tengo la rubéola tendré que abortar.

—Mrs. Hemp, no puedo decirle si tiene usted la rubéola. Aunque se haya contagiado, no tendrá síntomas durante varios días.

Se había enojado muchísimo, y yo no quería ir a verla. Ni siquiera era paciente mía.

Y ahora volvía a llamar a mi Consultorio. Había llamado a varios médicos y ninguno quería visitarla.

—Quiero que me examine en su consultorio y que le pida a su secretaria una hora para hoy mismo.

—Por favor, no venga a mi consultorio, Mrs. Hemp —le pedí—. Y no vaya al consultorio de ningún obstetra, precisamente en previsión de que tenga la rubéola. Vea a un pediatra. si quiere, que habrá visto más rubéolas que yo o que nadie, o a un clínico. Pero no venga aquí. No la dejaremos entrar.

Supongamos que realmente tuviera la rubéola. Supongamos que ya hubiera pasado un plazo suficiente para que fuera contagiosa. ¿Cómo podía pensar entrar a mi sala de espera mientras había allí una docena de mujeres en todas las etapas del embarazo?

—Ya comprendo que no quiere nuevas pacientes —dijo con furia —. Está bien, me ocuparé de hacer correr la noticia.

—Hágalo, por favor —dije, y colgué.

Era una forma de aliviar la tensión de mi conversación con Sue, pero de veras no quería una paciente así. Naturalmente, ninguno de nosotros quiere alejar a los pacientes. Yo mismo suelo decirle a mi equipo que cuando uno rechaza una paciente, rechaza también a las dos que ella traería y a las cuatro que traerían esas dos. Pero no pretendo gustarle a todas ni a mí me gustan todas, cosa que muchas pacientes no toman en consideración. Jamás, al principio de una entrevista, me he negado a atender a nadie; pero sí he dicho a algunas pacientes que nuestros temperamentos chocaban y que más convenía que se atendieran con otro médico.

Siempre recuerdo a una mujer con quien tuve un problema cuando mi hijo Jimmy sufrió un coma diabético. Ni siquiera sabíamos que tuviese diabetes. Estaba enfermo, y cuando llegué esa mañana al hospital mi mujer me llamó para decirme que Jimmy estaba en coma. Volví a casa, y le llevé al hospital: estaba al borde de la muerte. Era día de consulta, y las chicas tuvieron que cancelar todas mis entrevistas, pero una mujer maltrató a mi secretaria.

—Yo tengo hora para hoy y él debe venir a verme —insistió.

La llamé luego y le dije franca y sucintamente que se fuera al infierno y que buscara otro médico. Si no podía tener la más mínima compasión por mis problemas, tampoco yo podía cuidarla. Nunca la olvidaré. Es muy raro que mi vida privada interfiera con mis pacientes, pero tengo tres hijos, Bill, David y Jimmy, y estaré siempre dispuesto a todo, incluso a morir, si me necesitan.

Después de la conversación con Mrs. Hemp recibí a la primera paciente del día. Para ganar tiempo, siempre comienzo por el consultorio. Mi enfermera ha tomado ya el pulso y la tensión arterial, y la mujer está desnuda, con un camisón especial, y en la mesa. Entonces le pido los datos de su historia clínica. Eso ayuda a romper el hielo. Pienso que para la mujer es más violento presentarse en el

consultorio y luego empezar a desvestirse. La visita al médico causa miedo y si se permite que ese miedo se prolongue, la paciente llega tan asustada y temblorosa a la mesa ginecológica que no se puede hacer nada.

En el consultorio, veo a la paciente meramente como una paciente. Por supuesto me entero de que es bonita, si lo es, pero no se trata de eso y el encuentro es estrictamente clínico. Siempre hay una enfermera presente. No trabajo de otra manera. Creo que eso hace que la mujer se sienta más cómoda, y además me protege. Porque también existe el riesgo de que una mujer sola con un médico se ponga a gritar de pronto «¡Violación!», y un médico es muy vulnerable a esta acusación. Se trata de un hombre y de una mujer desnuda, a solas. Y hay infortunadamente casos de personas que han aprovechado en su beneficio esta situación. Y no siempre los médicos. He conocido mujeres a quienes jamás habría recibido en mi consultorio sin una enfermera presente, porque en un momento se habrían pasado a mi lado del escritorio. Y un médico tiene que tener una enfermera presente para que atestigüe en su defensa si se ve ante un juicio.

Cuando una paciente se viste y entra en mi despacho, empiezo a verla como una mujer. Acabo de verla desnuda sin sentir nada, pero ahora se sienta al otro lado de mi mesa, con la falda por encima de las rodillas y yo tampoco soy solamente un médico sino también un hombre. Y las mujeres son mucho más atractivas vestidas que desnudas, de cualquier modo. A veces, cuando escribo mis anotaciones en la historia clínica de una paciente, agrego: «Y es guapísima.» Y por eso no le muestro a nadie mis historias clínicas.

Mrs. Fremont era una nueva paciente. Estaba casada con un francés que viajaba permanentemente entre Nueva York y San Francisco, pero acababa de pasar dos meses en Tahití, estaba bronceada y muy hermosa. Mrs. Fremont, en su encantador acento francés, me dijo que no tenía ningún problema especial y que su marido y ella no planeaban tener niños; pero hacía dos años que no se examinaba. Y nunca había hecho un análisis de Papanicolau.

—¿Cómo es posible? —le pregunté.

—Mi médico de San Francisco piensa que no es necesario mientras una mujer no llega a los treinta y cinco años. Acabo de cumplir los treinta y cinco, así que pienso que éste es el momento.

—Para mí es tarde, Mrs. Fremont —le dije, mientras recogía la muestra de exudado y me preguntaba quién sería ese médico.

Yo pienso que todas las mujeres que entran al consultorio de un médico deberían hacerse el examen de Papanicolau. Y no me importa qué edad tienen.

He visto cánceres en muchachas adolescentes, y muchos a partir de los veinte años. En sus etapas iniciales, que podemos tratar y curar. Y también deberían hacerse este examen todas las mujeres embarazadas. Hoy, en nuestro hospital, la principal causa de muertes de madres es el cáncer.

—Pienso que todas las mujeres deberían repetir este examen cada seis meses —le dije a Mrs. Fremont—. Un año es demasiado tiempo. Pueden pasar demasiadas cosas. Los dentistas lo consiguen, quizá porque tienen el mejor sistema de relaciones públicas del mundo. Ya lo sabe: «Cepillarse los dientes dos veces por día; ir al dentista dos veces por año.» Y la gente va como un reloj. ¿Conoce usted alguien que se haya muerto de cáncer de los dientes? No hay cáncer de los dientes. Sin embargo, a duras penas conseguimos que las pacientes vengan una vez por año, ya no cada seis meses.

Es uno de mis temas favoritos. No porque quiera ver más pacientes. Enviamos montones de notas para que ellas recuerden que ya es el momento, de la visita semestral, y no sabemos cómo atenderlas, porque hay trabajo de sobra sin ellas. Pero el tiempo es importante para coger las lesiones cuando son pequeñas y fáciles de curar. Además, un ginecólogo-obstetra no tiene la mente metida en la pelvis de la mujer: examinamos a la paciente íntegra. Aunque no hacemos el examen completo que a un clínico puede tomarle una o dos horas, pienso que una mujer que ve a un ginecólogo dos veces por año recibe un chequeo bastante bueno. En ocasiones, mejor que

el del clínico, que estudia meticulosamente el corazón y los pulmones pero puede no ser tan experto con respecto al examen pelviano.

Mientras Mrs. Fremont se vestía, pasé al segundo consultorio a ver a Isabelle Cavallo. Estaba en la mesa, con el camisón de papel blanco abierto por delante, que llevan nuestras pacientes. Tiene veintiséis años, y es una muchacha calmosa y aplomada de pelo negro y ojos casi negros. Su familia está emparentada con la familia real española: nació y se educó en los Estados Unidos, en escuelas religiosas, y finalmente se casó con un joven de ascendencia española. De acuerdo con su historia clínica, sólo habían pasado cinco meses desde su último chequeo, y me pregunté si venía temprano por alguna razón especial.

Hablé con ella unos minutos. Le pregunté por Luis —hace tres años que están casados— y traté de sorprender lo que tenía en su mente, pero no dijo nada. No habló de un embarazo, ni yo tampoco lo hice.

Luego entró Laura McKay, mi enfermera; ausculté el corazón y los pulmones de Isabelle, y luego de revisar el abdomen, la tiroides y los pechos, procedí a un cuidadoso examen de los ovarios, el útero, la vagina y el recto. Y, por supuesto, hice b prueba de Papanicolau.

De vuelta en mi despacho, hablé brevemente con Mrs. Fremont, e hice dos rápidas anotaciones en la hoja de Isabelle mientras la esperaba.

Después de quince o veinte años de profesión, un médico suele desarrollar un instinto para saber qué piensan sus pacientes. A veces es solamente una corazonada, otras veces hay alguna pista. Por ejemplo, una mujer me consulta por un problema aparentemente ginecológico, quizás un flujo vaginal. La examino y descubro que no hay nada desusado. Y luego, cuando llega a mi despacho, surge la verdad. Quizás ha sido infiel y necesita decírselo a alguien. Si no puede contarlo, casi no vale la pena hacerlo. Y no se lo puede contar al marido, ni quiere decírselo a sus amigas. Tal vez podría hablar ante el sacerdote, el pastor, el rabino; pero ellos la juzgarían y sabe

que yo no lo haré. No le diré «Eres una niña mala», ni «Dame mil dólares y te declararé libre de pecado».

Se siente un poco culpable, y sin embargo excitada. Es halagador para su ego saberse atractiva para alguien más. Y está dispuesta a hablar de todo: no sólo cuándo y cómo, sino con quién.

Compadezco a las mujeres —no son pocas— que han llegado en sus matrimonios a un punto tal que deben recurrir a relaciones extraconyugales para encontrar un poco de excitación. Por otra parte, en lo que respecta al matrimonio mismo, si no es bueno en la cama, no es bueno. Y si suele aceptarse que un hombre puede tener relaciones con otras mujeres, ¿por qué no aceptar lo mismo en el caso de las mujeres? Pienso que es un rotundo disparate mantener dos series de valores.

Isabelle Cavallo entró a mi despacho y se sentó con su experta gracia. Le dije que la había encontrado magníficamente y luego le pregunté:

—Isabelle, ¿hay algo de que quiera hablarme?

Era la primera vez que la llamaba por su primer nombre; calculaba que esto haría las cosas menos formales.

Finalmente, después de varias toses y carraspeos, ella me dijo que le gustaría hacerme una pregunta.

—¿De qué se trata?

—De relaciones sexuales.

—¿Qué le ocurre?

—Bueno... Me gustan, y pienso que las cosas marchan bastante bien, doctor Sweeney... Sólo que no estoy segura del todo. Creo que a veces tengo orgasmos, pero de verdad, no lo sé.

Ahora bien, Isabelle tenía veintiséis años, y cuando se casó, ni ella ni su marido tenían experiencia previa. Eran vírgenes ambos. De modo que eran dos personas relativamente «mayores», pero totalmente inexpertas.

Le pregunté qué hacían concretamente ella y Luis cuando tenían relaciones. Conocían los juegos previos, la estimulación clitorial con la lengua y con el dedo; pero unos días antes ella le había dicho a Luis que había simulado el orgasmo. Y después de tres años de casamiento, Luis le dijo:

—No sé bien dónde está el clítoris.

Ella admitió que tampoco lo sabía, y Luis le sugirió que se lo preguntara a su médico, si lograba reunir bastante valor.

De modo que el verdadero motivo de la visita de la chica era averiguar dónde tenía su clítoris. Hubo que pedirle que regresara al consultorio y volviera a desnudarse y, con ayuda de un espejo, mostrarle dónde estaba. Tampoco sabía dónde se encontraba la uretra, la pequeña abertura de la vejiga que está justamente debajo del clítoris. Lo ignoraba todo acerca de su propia anatomía y él también. Quizás ahora, sabiendo algo más sobre su cuerpo, y más preparada para hablar honestamente de él, ambos lograran que su vida sexual fuera más satisfactoria. Esperé que así fuera.

Mi próxima paciente, Mrs. Walters, venía a verme por un problema de prurito, o picazón, vaginal. Supongo que el flujo y el prurito vaginal son los dos casos más comunes que trata el ginecólogo. Es fácil reírse y decir: «¡Dios mío, a ésta también le pica allí!» Pero ese tipo de picazón es terrible. Una mujer no puede rascarse la vagina en un autobús. Y cuando se sufre de picazón las relaciones sexuales no gratifican: duelen. Examinamos cuidadosamente a estas pacientes y hacemos análisis y cultivos para descubrir qué causa el problema y tratarlo. En ocasiones prescribimos medicamentos para el marido también, si creemos que puede reinfectar a la mujer.

A veces es sumamente difícil librarse del prurito vaginal. Todos tenemos senos nasales, pero pocos sufrimos de sinusitis; del mismo modo, todas las mujeres tienen vagina, pero pocas sufren este tipo de mal. La mujer que ha tenido una sinusitis sabe que puede retornar: se cura, y no se enoja. Pero la mujer que sufre una

vaginitis quiere curarse de una vez por todas, y si retorna, como le ocurrió a Mrs. Walters, se siente furiosa.

Ese martes fue en mi consultorio un día normal hasta la media tarde. La mayoría de la gente venía a hacerse un chequeo de rutina. Algunas estaban embarazadas, otras acababan de dar a luz, o querían contraceptivos, o habían visto en el metro el póster que dice «No olvide su análisis de Papanicolau». En general, los pacientes de un clínico o un cirujano están enfermos; pero por lo general la mujer que consulta al ginecólogo o al obstetra está sana. Esto hace que nuestra tarea sea diferente desde el principio.

Un ginecóno-obstetra de la ciudad de Nueva York examina probablemente de treinta a cincuenta pacientes en un día. Mi secretaria suele planificar las citas a quince minutos una de otra para las pacientes ginecológicas, y a cinco o diez minutos para las embarazadas, porque las controlo con mucha frecuencia y sus visitas son por lo general rutinarias.

Pero a las tres y media de la tarde pasé una hora entera con Kim Ungar y mandé mi plan de trabajo al diablo sin preocuparme. Kim tiene dieciséis años, y yo debía decirle que sufría un cáncer de vagina. Mrs. Ungar, su madre, había recibido estilbestrol, un estrógeno artificial, durante su embarazo. El estilbestrol era eficaz para prevenir ciertos casos de aborto espontáneo, pero más tarde se descubrió que causaba cáncer. Y Kim se encontraba entre el pequeño porcentaje de víctimas que padecían un cáncer de vagina porque sus madres habían sido tratadas con esta hormona.

Kim llegó al consultorio acompañada por su madre, pero Mrs. Ungar estaba tan llena de culpa y desesperación que apenas pudo quedarse paralizada, en silencio, mientras Kim lloraba y gritaba furiosamente, maldiciendo a los médicos y a su ignorancia, y a la vida en general. Yo me quedé sentado, escuchándola. De alguna manera debía exteriorizar lo que le pasaba, y yo no se lo podía reprochar. Tendríamos que extirparle el útero y la vagina, y tenía dieciséis años. Le dije que le haríamos cirugía plástica, y que le reconstruiríamos la vagina.

—¡No quiero vivir así! —gritó—. ¡No quiero vivir!

Amenazaba con suicidarse. Dijo que sentía no haberse acostado con todos los muchachos con los que había salido. Después lloró un poco más, y entonces me hizo algunas preguntas sobre la operación.

En ese momento Katey me llamó para decirme que la sala de espera estaba llena de pacientes. Le dije que las hiciese esperar o les cambiara la cita para otro día, o para más tarde.

Kim me preguntó si podría seguir patinando sobre el hielo: quería ser patinadora profesional. Le dije que podría patinar cuanto quisiera una vez que estuviese curada; y poco después se marchó con su madre.

Las pacientes de rutina continuaron llegando, pero Kim permaneció en mi mente, y yo sabía que continuaría allí largo tiempo. Durante las dos horas siguientes me alegré de no ver nada más grave que una mujer con hemorragias entre dos períodos menstruales, y cuyos análisis daban resultado negativo. Tanto ella como su marido eran católicos, y aunque ocasionalmente ella usaba diafragma, o él un preservativo, se sentían culpables de infringir las normas de la Iglesia. Ella no quería aún otro niño, y su marido era de esos hombres que quieren hacer el amor todo el tiempo, un gran amante, un macho. Y además, le gustaba vivir un poco peligrosamente y no usar contraceptivos. La ruleta vaticana.

—No lo paso mal —me dijo—; pero todos los excesos son malos.

Y por esto, sangraba todo el tiempo y así tenía motivo para negarse.

Yo la había examinado antes, y había ordenado análisis, y no encontraba que nada estuviera mal, de modo que se trataba de saber si sólo sangraba para mantener lejos a su marido. Por esta vez decidí no hacer un tratamiento de dilatación y cure-taje, un procedimiento quirúrgico comparativamente simple en que dilatamos el cuello uterino y raspamos el interior del útero. Le dije:

—No quiero que tenga relaciones sin protección.

Era lo que ella quería oír, y quizá le ayudaría que su médico se lo dijera.

Otra muchacha sólo tenía períodos una o dos veces por año. Después de examinarla di comienzo a una planilla de temperatura basal del cuerpo para saber si estaba ovulando y le pedí que regresara para posteriores análisis.

Vi a tres embarazadas y a una muchacha de dieciséis años que quería píldoras contraceptivas. Se las di. Si una chica me pide píldoras, creo que siempre es mejor dárselas. No necesito pedir el consentimiento de sus padres, porque la mayoría de las jóvenes no quiere que ellos sepan que las necesita; por otra parte, la ley del Estado de Nueva York autoriza a los médicos a prestar este servicio con o sin consentimiento paternal. A veces una madre trae a su hija —muy joven— y me pide contraceptivos: yo pienso que eso implica un gran afecto. Es tremendo admitir que una hijita de catorce años pueda encontrarse en la cama con un hombre, pero es mejor esto que enfrentar un embarazo.

Y como última paciente de ese martes, vi a Mavis Rogers. Realmente me gusta Mavis y, como de costumbre, me asustaba lo que podía encontrar cuando la examinara. La hermana y la madre habían muerto de cáncer de ovario, como también su abuela y una tía materna.

El cáncer de ovario es una enfermedad muy maligna que pocas veces muestra síntomas con anticipación. Cuando lo encontré en Edith, la hermana de Mavis, ya tenía fluido en el abdomen y nódulos pervianos. Tenía treinta y siete años y un hijo. La llevamos al hospital y, cuando la operamos, una semana justa después que sintiera su estómago distendido, tenía un avanzado carcinoma de ovario. A veces es imposible hacer nada quirúrgicamente porque el cáncer se ha extendido a todas partes o porque tiene una textura que se desmenuza. Preferimos no cortar a través de un cáncer —si es posible evitarlo— porque entonces se extenderá más aún. Entonces, en algunos casos, abrimos al paciente, miramos, y volvemos a cerrar. En el caso de Edith logramos extirpar los ovarios,

el útero y el omento, que es un almohadoncillo de grasa en el abdomen, así como un tumor situado debajo del diafragma. Sacamos todo lo que se podía, y le administramos fósforo radiactivo, así como rayos X postoperatorios. Pero habíamos hallado 3.000 c.c. de fluido en su vientre cuando lo abrimos —tres litros— y todos sabíamos que no viviría mucho. Diez meses más tarde el tumor reapareció: intentamos una quimioterapia, pero ya tenía náuseas y vómitos, y murió pocos meses después.

Mavis Rogers es una mujer grande —habría que decir gorda— de brillante pelo rojo y una cara grande y bronceada. Ayudé a nacer a sus dos niños, y ahora tenía treinta y cinco años, y no planeaba tener más hijos, y yo quería que se operase de los ovarios. Eran normales por lo que sabía, pero dada su historia familiar, yo pensaba que debíamos quitárselos antes de que ocurriera nada. Mavis decía que no. Se había negado a operarse durante todo un año. Toda su familia quería que lo hiciera. Llamé a su marido para ver si él lograba convencerla, pero me dijo:

—Usted es su médico, y no le hace caso. A mí, todavía menos. ¡Ojalá Dios permitiera que pudiese hacer algo!

De modo que Mavis venía a hacerse ver cada dos o tres meses. Y a cada visita yo le preguntaba:

—¿Qué está esperando?

Entonces ella se acomodaba en la silla de mi despacho, con su pelo rojo y su obstinación, y me miraba.

—No estoy esperando nada. Simplemente no quiero —decía—. Soy una mujer, y no estoy dispuesta a dejar de serlo.

Yo le contestaba que eso era un disparate, y que no dejaría de ser mujer por extirparse los ovarios. Y ella proseguía:

—Cuando quiera que me castren, se lo diré antes que a nadie.

Y luego solía reírse, y contarme algo divertido acerca de sus hijos o de su trabajo —era encargada de compras de una tienda para las

pequeñas tallas (lo que ella llamaba «el colmo de la nostalgia»— y con eso daba por terminada la cuestión.

En esta visita probé de nuevo.

—¿No se cansa de ese tema, doctor Sweeney? —me respondió.

—^Querría que me diese alguna razón.

—No quiero hacerlo.

—Mavis, quizá sea malo psicológicamente para usted quitarse los ovarios. ¿Pero no es peor que venga aquí cada dos meses y que un día yo tenga que decirle «lo siento, pero ahora es su tumo», sabiendo que estará muerta seis meses o un año más tarde.

—Usted se preocupa demasiado, doctor Sweeney —dijo—. Si no se cuida, va a tener una úlcera

VII. UNA AMANTE EXIGENTE

El horario de mi consulta terminaba a las siete. Atendí dos llamadas telefónicas y fui a hacer la ronda temprano, porque

debía ir a una reunión de la PTA. En una ocasión pensé que no volvería a tener nada que ver con ellas, pero cuando me casé por segunda vez, Fran, mi mujer, tuvo dos niños, Brett y Michelle. Antes, cuando la gente hablaba de adopción y decía: «No podría querer igual a un chico adoptado, nunca sería el mío», contestaba: «Eso es ridículo. ¿Por qué no se puede querer tanto al hijo ajeno como al propio? En poco tiempo se convierte en propio, después de todo.» Pero no supe la verdad hasta que llegaron Brett y Michelle. Pueden hacer cosas tan conmovedoras que se me llenan los ojos de lágrimas. Lloro mucho. Lloro en las bodas y en los partos. Soy una Magdalena.

Y también soy cariñoso con las mujeres. Hay quien piensa que los ginecólogos y los tocólogos eligen su especialidad porque odian a las mujeres. Es ciertamente posible que a algunos médicos les guste ver

sufrir a las mujeres, y sus motivaciones verdaderamente me causan angustia. Por otra parte, cuando dicen que las pacientes suelen enamorarse del obstetra, deberían agregar que también ocurre a la inversa. No estoy hablando de un sentimiento sexual. Los obstetras realmente llegan a conocer a las pacientes. ¡Dios mío!, probablemente sabemos más acerca de ellas que sus maridos o sus demás familiares. Porque ¿qué motivo tendrían para mentirnos? A mí me cuentan todo. Cuando he estado controlando a una embarazada durante siete u ocho meses, y luego la ayudo a dar a luz, suele ocurrir que ella llore y que su marido llore y que yo la abrace locamente enamorado de ella. Estoy enamorado de muchas.

Siempre quise ser médico, desde la infancia. Luego llegó la Segunda Guerra Mundial, y cuando salí del colegio tuve que ir a la guerra, a volar en un «B-17» y hacer las demás inmundicias que la guerra exige. Pero apenas regresé, inicié mis estudios en la Universidad.

Recuerdo el momento en que decidí especializarme en ginecología y obstetricia. Estaba en tercer año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell y fui espectador de un alumbramiento. Nunca había visto uno antes. Recuerdo cómo era la sala; nunca en mi vida estuve tan excitado. Salí y me dije:

«Esto es lo que quiero.» Fui a casa y le conté mi decisión a mi mujer.

—Oh, no —respondió ella—. Eso es lo único que no quería que fueras.

Porque uno recibe llamadas todo el tiempo, y su propia vida no le pertenece. Hay que estar algo loco para estudiar medicina, pero la obstetricia es una forma absurda de ganarse la vida, incluso para un médico. Pero yo encontré en ella todo lo que quería. Me gustaba la cirugía, pero no la relación fría y distante del cirujano con el paciente. Como ginecólogo, podía practicar la cirugía sin perder el contacto directo del clínico. Y me gustaba el carácter feliz de la obstetricia.

La mayoría de la gente no suele pensar que todos los estudiantes de medicina ayudan en los alumbramientos. La experiencia es importante para todos los estudiantes aunque no entren en la especialidad. Para comenzar, es la primera vez que le llaman «doctor», aunque no por él mismo, sino por la paciente. El estudiante actúa como un médico y la paciente le considera como tal. Y él mismo se considera un médico. A mí me ocurrió que el profesor me llamó dos o tres veces: repetía: «Doctor, doctor... Doctor Sweeney.» Por fin le dije: «¿Me llama a mí? Nunca me habían llamado así. Por supuesto, nos vigilaban de cerca, y no nos abandonaban ante la paciente. Pero la sensación era increíble.

La Facultad de Medicina de Cornell está asociada con el Hospital de Nueva York, donde los estudiantes de medicina tienen su primer contacto con los pacientes. Junto con el trabajo y el estudio tienen allí experiencias que jamás olvidarán.

Yo recuerdo a una enorme irlandesa llamada Bridie. Pesaba algo más de cien kilos y se encontraba en pleno trabajo de parto. Yo era un estudiante de cuarto año dándome humos de doctor. Me ordenaron que la examinara, y ella era tan voluminosa que tuve que subirme a un banquillo para examinarla. Estaba con sus enormes piernas abiertas: yo debía tratar de medir su dilatación cervical, y trataba afanosamente de encontrar la abertura del cuello uterino, y no lo lograba. Y de pronto, Bridie, sin necesidad de incorporarse en la cama, extendió la mano, me tomó por el fundillo de los pantalones y me sostuvo casi en el aire, con los pies colgando, mientras me decía, con fuerte acento irlandés:

—Está bien, hijito, ya es suficiente.

En mi vida sentí mayor confusión.

Muchas veces las personas gordas son memorables. Recuerdo pacientes tan enormes que no era posible saber si estaban embarazadas. Una de ellas era una muchacha de catorce años: su madre la trajo a la guardia con un agudo dolor en el vientre que se repetía cada cinco minutos. Estaba a punto de dar a luz, y su madre

no sabía siquiera que estuviese en estado. Alumbró sin ningún problema, pero no sé qué le hizo luego su madre.

Una embarazada negra era tan gorda que no cabía en la cabina telefónica del hospital, y cuando quería hablar a su casa tenía que quedarse afuera. Solía venir al hospital en uno de esos grandes taxis Checker: no cabía en los pequeños ni en el autobús. En la sala había que adosar dos camas, y ella se acostaba de través.

Sin hacer análisis o usar rayos X no había manera de saber

si esa mujer estaba embarazada o si había comenzado el trabajo de parto. No se podía sentir nada. Tenía los muslos tan grandes como pantallas de lámpara; y era difícil imaginarse cómo lo había hecho para quedar embarazada. La obesidad era un riesgo para su corazón, pero jamás hacía lo que le ordenábamos. Y nos mentía. Si le decíamos que se quedara en la cama, la encontrábamos en la sala, hablando por teléfono.

Le decíamos:

—Señora Fulana, tiene la tensión arterial muy alta, le dijimos que se quedara en cama...

—¿Sí? ¡Mierda! —contestaba.

Por fin me dije:

—Está bien, no hay forma de manejarla. Hablaré con el marido y veremos qué ocurre.

Yo esperaba encontrarme con un hombrote de un metro ochenta, cuando veo acercarse por la sala a pequeños pasitos a un ser minúsculo de a lo sumo un metro cincuenta y cinco. No me imagino cómo pudo localizar el lugar exacto ni menos dejarla embarazada. Le dije que ella no nos hacía caso. Y se lanzó al cuarto donde estaba la mujerona y sacudiendo el dedo

índice se puso a darle órdenes a gritos. Ella se limitaba a decir:

—Sí, querido. Sí, querido.

Le recuerdo muy bien a él, enojadísimo, bien erguido, con un pequeño bigote. Y después la mujer se portó bien. Siguió mintiendo, pero se portaba bien.

En mi curso había un estudiante que quería ser actor. Era alto, bien parecido, de pelo negro, y hablaba afectadamente en voz grave y estentórea. Y cuando se dirigía a una paciente, la llamaba «madre». A los compañeros no les gustaba y siempre buscaban la forma de conseguir que hiciera un papelón. Un día lo lograron. Frente a la habitación de las enfermeras había un cuarto en donde una mujer acababa de morir: allí enviaron a Arthur para que tomara nota de su historia clínica. Él no sabía que estaba muerta. Le abrieron la puerta y le dijeron que era un poco dura de oído.

—Buen día, madre —dijo Arthur.

No hubo respuesta.

—Buen día, madre —insistió, mientras se disponía a interrogar a la mujer muerta sobre su historia clínica y todo el equipo le miraba desde la sala,

Finalmente comprendió que le habían sorprendido en su buena fe, y se marchó amoscado.

En la Facultad de Medicina se producen a veces incidentes que no son nada divertidos. En otra ocasión, nos ordenaron a Arthur y a mí que le hiciéramos cierto análisis a un hombre que tenía tensión arterial muy alta. El paciente estaba más muerto que vivo. Padecía de uremia. Caracteriza la muerte por esta enfermedad una especie de escarcha que se forma alrededor de la boca y que se llama escarcha urémica. Debíamos hacerle lo que se llama un tiempo de circulación: es decir, inyectarle algo llamado sulfato de magnesio en la vena y ver cuánto tiempo tardaba en sentir el sabor. La enfermera nos dio el medicamento; Arthur y yo se los inyectamos y el hombre empezó a gritar:

—¡Ay! ¡Me quemo, me quemo!

Entonces Arthur respondió en su bajo más dramático:

—¡Por Dios, señor, se trata sólo de un pequeño ardor! ¿Cómo que se quema?

Pero Arthur y yo nos miramos. No debía ocurrir eso. Simplemente debía sentir en la boca cierto sabor ardiente.

Buscamos a la enfermera y le preguntamos si nos había dado el remedio correcto.

Por supuesto, debíamos haberlo controlado. Antes de inyectar nada, el médico debe examinar el frasco que le tiende la enfermera. Ella lo trajo: debíamos darle sulfato de magnesio al 5 por ciento, pero le habíamos aplicado un preparado al 50 por ciento. Miré a Arthur, y él me miró. En las clases de farmacología solía matar conejos inyectándoles sulfato de magnesio al 50 por ciento. Volvimos angustiadísimos junto a la cama del paciente; el hombre, sentado, nos dijo:

—¡Por Cristo, doctor! Lástima que queme tanto, pero hace años que no me sentía tan bien.

Con semejante dosis, le habíamos bajado la tensión casi hasta lo normal. Un hombre sano hubiera muerto. En cambio, la escarcha urémica había desaparecido, no le dolía la cabeza y se sintió bien por un rato. Pero yo aprendí una lección. Desde entonces, no he vuelto a aplicar una inyección sin mirar bien de qué se trata.

A un estudiante de medicina o un interno le pueden ocurrir muchas cosas. Siempre hay que estar preparado. En una ocasión, cuando era interno, me enviaron a examinar a una paciente que acababa de sufrir una operación vaginal. Ceceaba al hablar.

—Dostor Zweeney —me dijo—. Quiciera zaber cuándo podré volver a tener relacionez.

—Pero si se ha operado ayer...

—Ya lo ce —contestó—. Igual siento allí como un parpadeo...

Fue mi primera experiencia de ese tipo y no pude dejar de reír. Y la risa resonó con fuerza en la sala.

Cuando terminé el cuarto año de medicina, estaba más seguro que nunca de que quería ser esa extraña clase de médico que posee un triple rol: tocólogo, ginecólogo y cirujano ginecológico. No sabía en cambio sí lo haría bien: en particular en las especialidades quirúrgicas, un estudiante aprende todas las teorías, pero carece de la experiencia práctica de aplicarlas a los pacientes. Es muy fácil leer cómo se hace una histerectomía, pero es otra cosa cuando llega el momento de coger el bisturí. Un estudiante no opera nunca a nadie: a lo sumo ha ayudado al médico tendiéndole unas pinzas o unos re tractores. O tal vez haya hecho un curetaje, un procedimiento quirúrgico menor que no exige un corte. Pero una vez graduado, el joven médico debe aprender a operar, e infortunadamente, ¿de quién puede aprender si no es de los pacientes? Recibimos algo de experiencia operando perros y otros animales, y, aunque esto pueda provocar las quejas de los que aman a los animales, pienso que un médico no debería operar a un ser humano sin tener esa práctica. Esos animales no son asesinados: se trabaja en un quirófano regular con precauciones de esterilidad, y alguien que entrara no sabría si se trata de un animal o una persona. Pero igual llegará el momento de hacerlo de verdad, en un ser humano, y el cirujano tendrá que hacer sus errores, como le ha ocurrido a todos.

Mi primera operación fue un quiste de ovario. La recuerdo perfectamente. Por supuesto, había otro cirujano mayor listo para entrar en funciones. Yo era un interno, y había ayudado en operaciones anteriores, y me sentía capaz de afrontar cualquier problema. Ni siquiera sentí que estaba muy tenso. Supongo que me veía como un don de Dios para la medicina norteamericana. Pero no debí haber movido la cabeza durante los noventa minutos de la operación, porque al final tenía el cuello tan tieso que casi no pude darme vuelta para salir.

Un interno tiene, así, que descubrir si es competente. Con frecuencia, ni siquiera sabe en qué quiere especializarse. Por eso hay internados rotativos, en los que el médico trabaja en una cantidad de disciplinas distintas: clínica, cirugía, pediatría, no tanto para

adquirir experiencia como para decidir, con frecuencia, qué desea ser.

Yo pasé mi año de internado desde julio de 1949 a julio de 1950 en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Nueva York. Tenía veintiocho años, y estaba casado, lo que era poco común en esa época. Hoy la mayoría de los médicos jóvenes están casados, y la mayor parte del equipo, tanto internos como residentes, viven cercan del hospital. Pero entonces no se nos permitía salir del hospital, y yo dormía allí cuando estaba de guardia, que era casi todo el tiempo. Recuerdo haber sido severamente amonestado por el médico jefe del departamento: me reprochaba por algo, y yo le respondí:

—Pero yo no estaba anoche: era mi noche libre.

—¿Cómo, libre? —contestó—. Cuando se trabaja aquí se trabajan veinticuatro horas por día y siete días por semana, y no se está nunca libre.

Hoy los jóvenes están siempre libres. A las cinco ya no se les ve en el hospital. Simplemente, se niegan a trabajar como nosotros lo hacíamos.

El residente tiene una oportunidad única de trabajar en su especialidad rodeado por otros médicos con mayor experiencia, que pueden ofrecerle consejo o ayuda si los necesita. Y a su vez, cuando llegue a su tercer o cuarto año de residencia, podrá ayudar a los médicos más jóvenes o a los estudiantes.

Cuando yo era un residente de tres años llegó un estudiante a la Clínica Ginecológica donde yo trabajaba. Tenía un vozarrón que podía oírse desde toda la clínica, y su paciente era una dama anciana y pequeñita que hablaba en murmullos. Él tomaba anotaciones para su historia clínica y la conversación que sorprendí a medias era como ésta:

—¿Que tiene que hacer *qué*? —decía él.

—Bzz zzzz —respondía la voz más suave.

—*Bueno... ¿y dónde la pone?*

Después de terminar su interrogatorio, condujo a la dama a un consultorio. Pero ésta era la primera vez que estaba en una clínica ginecológica, y para empeorar las cosas, le acompañaba una enfermera también estudiante y sin experiencia. De cualquier modo, pusieron a la señora en la mesa ginecológica, con los pies en los estribos, y debidamente cubierta con una sábana. Estaba lista para el examen. Por supuesto, él jugaba al médico, como hacíamos todos en la facultad; pero cuando levantó la sábana, miró y dijo apenas:

—¡Dios mío!

La enfermera también miró, y no dijo una palabra: dejó caer la sábana, y ambos corrieron a buscarme.

La paciente sufría de un prolapso del útero, es decir, que el útero había descendido y colgaba de su vagina. Y volviendo atrás, lo que el estudiante había preguntado era:

—¿Qué problema tiene?

—Tengo que ponerme la matriz afuera por la noche.

—¿Que tiene que hacer qué?

—Tengo que ponerme la matriz afuera por la noche.

—Bueno, ¿y dónde la pone?

¡Como si ella pudiera elegir!

Y cuando la descubrieron en el consultorio, simplemente volvieron a cubrirla y vinieron corriendo, porque nunca habían visto nada igual.

—¡He visto una cosa increíble! —me dijo.

Ahora es un ginecólogo, y de vez en cuando, bromeando, le digo:

—Bueno, ¿y dónde la pone?

Otra cosa que recuerdo de mis tiempos de residente es el problema económico. Cuando estaba en el Hospital de Nueva York, tenía un salario mensual de veinticinco dólares. Eso era después de

cuatro años de colegio, tres años en el Ejército, cuatro de facultad de medicina y uno de internado. Fui médico residente durante cuatro años, y a los treinta y tres, como jefe residente en Obstetricia y Ginecología ganaba mil dólares anuales.

Un día me encontré con el jefe residente de Cirugía en la sala de operaciones. En ese momento, la residencia quirúrgica era de siete años. Le pregunté:

—¿Cómo se las arregla?

—Tengo 25.000 dólares de deudas —me respondió, encogiéndose de hombros.

—Es una locura —comenté—. Yo no haré eso.

Y pocos años más tarde, yo también debía 25.000 dólares, como todo el mundo. Estaba casado y ya habían nacido mis primeros dos hijos, y tuve que pedir prestado para poder vivir. Y así, a mitad de la treintena, estaba lleno de deudas, y aún no había visto a mi primera paciente privada.

Por fin empecé a trabajar con un grupo de médicos en una pequeña comunidad del norte de Connecticut. Me pareció un buen lugar para criar a mis hijos, y pensé que en la práctica de grupo no habría que esperar penosamente a que llegara la primera paciente. Además, ganaba muchísimo. No era muchísimo, de veras, pero después de lo que había estado ganando me parecía una maravilla que me ofrecieran diez mil dólares por año.

La primera paciente fue una señora que traía a su hija, y preguntó en seguida:

—¿Cuánto me costará la visita?

Hacía cinco años que había salido de la facultad, pero nunca había cobrado nada a nadie. En el hospital sólo había visto pacientes clínicas. Y tuve un momento de confusión. No sabía cuánto cobrarle. Nunca había hablado de dinero, ni sabía cómo hacerlo, y dinero es una mala palabra para la medicina académica. Y finalmente balbuceé;

—Creo que serán cinco dólares, ¿qué le parece?

No sólo dije cinco dólares, sino ¿qué le parece? Era una mujer encantadora, pero aún me asombra que no se enojara o me dijera: «¿Y por qué no dos noventa y cinco?» ¡Qué horror, Dios mío! Hoy me río, pero nadie me había dicho cómo debía hacerlo en ese momento.

Hace unas noches, un estudiante vino a mi consultorio a pedir mi opinión acerca de la residencia y la práctica privada, y le dije:

—Tendrían que dictar un curso acerca de la forma de llevar un consultorio. Y los estudiantes deberían venir a los consultorios para saber cómo son. Por ejemplo, no saben cuánto pedir, qué es lo razonable, ni cómo decirlo. Aún hoy no me gusta hablar de dinero. Si una paciente me pregunta, le contesto: «Hable con la secretaria. Ella es la que se ocupa de eso.»

Después de un año en Connecticut, volví a Nueva York, porque la práctica en una pequeña comunidad me resultaba frustrante en términos médicos. En un pueblo donde todos conocen a todos, un médico no se puede permitir errores ni problemas, si quiere durar. Y como resultado, envía los casos difíciles a la ciudad, para no arriesgarse a una complicación. El paciente suele aceptar en la ciudad la complicación que le parecería inaceptable, atendido por el médico del pueblo, y esto es particularmente cierto en el caso de un cáncer. Así que viene a La Meca, donde están los expertos. Le asombran tanto el tamaño del hospital como el hecho de que haya una cantidad de personas que padecen el mismo problema. Eso no significa que el médico de su pueblo no sea tan bueno como el de la ciudad: incluso puede haberse preparado en el mismo hospital. Pero su tarea es diferente. El médico que no ve por un tiempo cierto tipo de casos puede llegar a pensar que no está tan bien calificado, y entonces nos envía al paciente y nos dice:

—Sois vosotros quienes os ocupáis de esto.

Y me parece que esto exige bastante honestidad por su parte.

Otra cosa frustrante de la práctica de la medicina en una pequeña comunidad es que, uno lo quiera o no, lo que se hace allí es lo que se seguirá haciendo. Tomemos el viejo aforismo obstétrico: «Una vez cesárea, siempre cesárea.» Esto significa que una vez que una paciente dio a luz por medio de una operación cesárea, todos los partos posteriores deben realizarse de la misma forma. Pero el aforismo no es cierto, y yo me eduqué en un lugar donde no se hacía una operación cesárea sólo porque alguien hubiese tenido una antes, a menos que la causa inicial se repitiese, como en el caso de una pelvis estrecha. Y salí de la residencia bien preparado y seguro de mí mismo, y dispuesto a dejar que esas mujeres hicieran su trabajo de parto normal. Después de todo, eso mismo se hacía en el hospital «madre» y los partos eran perfectos. Pero eso no se podía hacer en el pueblo. Si una mujer con una cicatriz de una cesárea previa tenía un parto normal y se le rompía el útero o sufría cualquier tipo de inconveniente, habría sido el final para mí. Así que supiera lo que supiera, debía adaptarme a la forma de la práctica de la medicina en un pueblo pequeño.

Esto suena como si dijera que nosotros tenemos razón y ellos se equivocan. Y en términos médicos, nuestra forma de proceder puede ser la correcta, pero hay otros factores. En el Hospital de Nueva York, donde me preparé, había un equipo completo de personal, algo más de veinte médicos a toda hora. Y el médico del pueblo puede tener sólo un par de internos, y con frecuencia extranjeros que han estudiado en su país y no hablan bien inglés. Nosotros tenemos quirófanos, aparatos de rayos X y hasta un banco de sangre en el mismo piso de la sala de partos. El paciente es atendido permanentemente por un médico, un estudiante o una enfermera. Podemos operar en cualquier momento, de día y de noche, y hasta convertir una sala de partos en una de operaciones. Y en caso de emergencia, podemos operar en un término de diez minutos. En el hospital de Connecticut había tres quirófanos, pero para llegar hasta ellos desde la sala de partos era preciso atravesar un pasillo, luego dos plantas por la escalera, pasar a la otra ala y por fin otro pasillo. Y una vez que uno conducía allí a su paciente, encontraba un

cirujano general en la acción de extraer el estómago de un enfermo en una sala, reparar una cadera en la otra y atender una histerectomía interrumpida en la tercera. Y allí podía encontrarse uno con un útero roto y sin lugar para la operación. Además, en Nueva York, el personal de la sala de partos éramos un estudiante, un interno, un residente, una enfermera, otra enfermera de circulación, un anestesista y yo mismo. Y en Connecticut el equipo estaba formado por la enfermera y yo, y eso era todo. Ella era la anestesista, la enfermera que medía la dilatación, la que contaba los latidos del bebé, mi asistente en obstetricia, y además atendía el teléfono si sonaba. En esas circunstancias, ¿cómo podría haber demostrado mis teorías? ¿Qué quería probar? ¿Que una paciente con una cesárea anterior podía alumbrar naturalmente? Si era así, perfecto. Pero si no era así, podía perder —dado el entorno— tanto a la madre como al hijo. De modo que quizá su medicina era la mejor para ellos. Sólo que para mí constituía una experiencia poco satisfactoria.

Otra razón de mi regreso a Nueva York fue que yo extrañaba el carácter de un hospital escuela, donde siempre nos preguntan qué estamos haciendo. Un médico puede llegar a pensar que es perfecto. Es una de las primeras cosas que cambiarían en nosotros nuestras esposas. Y tienen razón, porque todos tendemos a considerarnos perfectos. Y en muchos aspectos, tenemos que serlo. Yo solía decir cuando la gente se quejaba de que los Yankees ganaran siempre: «¿Qué tiene de malo ganar?» En mi profesión no se puede perder. Pero somos humanos, y cometemos errores, y lo bueno de un centro médico es que los estudiantes o el personal de la casa preguntan siempre «¿Por qué hizo eso?», y hay que justificar lo que se hace. El verdadero intocable es el médico del pequeño hospital.

Una mañana, hace pocos días, operé a una mujer que tenía un gran tumor en el útero, y. que había empujado fuera de lugar a los demás órganos. Corté y tiré del tumor para verlo por la incisión: debía pesar casi un kilo y era grande como un melón.

—Hermoso —dije—. Parece un mioma.

Esto es, un tumor benigno, hecho de tejido muscular.

Si nunca se ha visto un tumor, lo único hermoso es temer que sea maligno y descubrir que es benigno. Esta clase de tumor parece a punto de hacer estallar su recubrimiento semitransparente. Es como esos trozos precocidos de lengua que vienen envueltos en un plástico dentro del cual han sido cocidos, sólo que de color blancuzco y absolutamente sólido.

Había que llegar al útero, aunque sangrara mucho por el momento, y extraer el tumor desde dentro de su corteza.

Le dije al anestesista:

—¿Puede inclinar un poco a la paciente? No puedo trabajar bien así.

Inclinó hacia atrás la mesa de operación, de modo que la cabeza y los hombros quedaron en un nivel más bajo. Entonces el residente preguntó:

—¿Y no va a hacer una histerectomía? ¿Simplemente eliminará el mioma?

—Tiene veintinueve años, es soltera, sin hijos —respondí—. No. No vamos a hacer una histerectomía si esto es lo que parece. Tiene el útero normal y quizá quiera tener descendencia.

De modo que eliminamos el tumor y lo pusimos en un recipiente. Un patólogo lo rebanó como haría uno con un pan para ver si era fibroide y benigno, y si no tenía color amarillento en el interior. Afortunadamente era benigno, y no había ninguna razón para que la mujer no tuviera hijos más tarde. Quiero demostrar con esto que me gusta escuchar las preguntas de los estudiantes y los residentes, en parte por mí mismo, y también porque me gusta enseñar.

Y finalmente me fui de Connecticut porque no me agradaba trabajar con un grupo de médicos, ni tampoco practicar medicina de nueve a cinco. Quiero conocer a mis pacientes, en lugar de verme obligado a enviárselas a otro médico que se ocupa de esa noche o

de ese fin de semana. Para mí, la práctica privada vale su precio, que es el tiempo.

La gente normal hace muchas cosas que nosotros no podemos. Creo, por ejemplo, que no he visto el interior de un Banco durante años. Mi secretaria va al Banco y me trae el dinero. Incluso un corte de cabello es un problema. Hay semanas en que quiero hacerlo y no encuentro el momento. Cuando los hombres usaban el cabello corto, el mío crecía y crecía y la gente hacía observaciones sobre el médico de pelo largo. Lo mismo ocurre con el dentista. Hago tres citas, y a veces logro concretar una. Entonces me siento en el sillón del dentista, y su teléfono suena y su secretaria toma mis mensajes. Y he tenido que ir a atender un parto con una cavidad a medio rellenar.

Pero el precio más alto es perder una gran parte de la vida familiar. El problema del joven obstetra no es que no quiera volver a su casa con su familia; es que no puede. Especialmente si se inicia sin dinero —y con deudas— y no tiene otra fuente de ingresos que sus manos y su cabeza. No sólo tendrá que pagar sus deudas, sino que necesitará otros 25.000 dólares para poner un consultorio, así que tiene que trabajar duro. Pero su trabajo le gusta, y se deja absorber por él.

Creo que todas las esposas y los hijos resienten la falta del marido y el padre. Toda persona de éxito tiene la misma dificultad. Un buen mecánico debe pasar buena parte de su tiempo en el garaje si quiere ser un buen mecánico. Y de alguna parte debe salir el tiempo. Infortunadamente, la familia sufre a causa de la vida profesional, y la profesión del médico es quizá más exigente que otras.

Y cuando voy a casa, me siento con frecuencia muerto de fatiga, y a veces me derrumbo en la cama o me duermo sobre la mesa. O es la noche de la función de teatro esperada durante todo el mes, y no puedo ir porque llama el teléfono. O vamos y debo retirarme a la mitad. O simplemente me quedo dormido.

Y hay ocasiones en que vuelvo a casa deprimido. Ése es otro problema de las esposas de médicos. Llevamos a casa nuestros problemas. Supongamos que una mujer muere en la mesa de operaciones. Somos tan humanos como cualquiera, y tal vez más. Era nuestra paciente. La gente dice: «Los médicos y las enfermeras están acostumbrados. Ven cosas así todo el tiempo.» Pero ¿cómo puede endurecerse nadie ante la muerte ajena?, ¿cómo se puede soportar la idea de un bebé anormal?

Cuando ayudo a nacer a un niño anormal, vuelvo a casa sabiendo que la madre se despertará a la mañana siguiente con la esperanza de que todo sea una pesadilla. Pero su hijo no estará nunca bien, y lo sé. Y esa noche regreso deprimido, y lo siento por la mujer, y me siento yo mismo un poco culpable. Ésa es probablemente la primera emoción de la madre: la culpa. ¿Qué es lo que hizo de malo? Y si como médico puedo aceptar su reacción como normal, entonces debo aceptarla también en mí mismo. Siempre queda una fantasía... «Si le hubiera dicho que no tomara aspirinas, o ese trip, o alguna otra cosa... ¿Habría sido de otro modo?» Mi mujer trata de consolarme, pero realmente no puede; y de veras ha de ser duro para una mujer saber que en ciertos momentos no puede acercarse a su marido. Hace poco, Fran, que hacía todo lo posible para alentarme y ayudarme a salir de mi depresión, me dijo:

—No fue por tu culpa. Y aunque lo fuera, nadie puede esperar que seas perfecto.

La miré y le contesté:

—Si tuviera que operarte a ti, querrías que fuera perfecto, ¿no es verdad?

Incluso en las buenas noches, el médico espera que algo ocurra. No se ha terminado nunca con el trabajo. Siempre se está disponible y en contacto. Cuando voy a las reuniones de la PTA, llevo mi aparato de radiollamadas. Tiene el tamaño de una radio de transistores y lo llevo sujeto con un clip al bolsillo interior de mi chaqueta. Hay radiollamadores más pequeños, pero prefiero el mío porque no sólo da una señal sino que además me habla. Por

ejemplo, si estuviera en medio del intenso tránsito del East River Drive, y la maldita cosa empezara a sonar y no supiera por qué, correría como loco para salir del Drive y encontrar algún teléfono. Entonces llamaría, y el servicio telefónico podría decirme que mi esposa quería que le comprara algo para el pelo antes de volver a casa. En cambio, el modelo que tengo me dice qué ocurre. Una operadora registra el mensaje, y el magnetófono lo repite hasta que yo atiendo la llamada. La señal inicial hace un montón de ruido: es una especie de bip bip bup blip en tres tonos, y puede perforar los oídos si el volumen está alto.

Una noche estábamos en el teatro del Lincoln Center. Es un lugar relativamente pequeño. En mitad del espectáculo, la cosa se puso a llamar. Sin querer, había puesto un volumen muy alto, y en la oscuridad no lograba encontrar el botón. Para parar el ruido me levanté y empecé a salir, y me caí de bruces en la escalera. Y allí estaca, sobre los escalones, mientras la señal de la radiollamada hacía todo el ruido del mundo. Mi mujer, avergonzada, no quería luego sentarse a mi lado.

Creo que ser mujer de médico es uno de los trabajos más duros del mundo. No permitiré que mi hija Michelle se case con un médico si puedo evitarlo. Siempre digo que la medicina y en especial la obstetricia, es una amante exigente. Yo no tengo una amante ordinaria, pero mi amante es más exigente que cualquier mujer. Y una esposa estaría tan celosa de ésta como de una mujer real, porque otra cosa absorbe de día y de noche una enorme proporción de las emociones y la atención del marido.

Además, trabajamos todo el tiempo con mujeres. En cierto tiempo, una esposa entiende que la relación médico-paciente no es sexual. Pero recibimos llamadas de teléfono de mujeres todo el tiempo, cartas, flores, regalos. Somos pequeños dioses y muchas veces nos echamos a perder.

No se trata sólo de que nuestras pacientes nos vean como ídolos. También en el consultorio y en el hospital se nos atiende. Cuando somos cirujanos, ni siquiera buscamos las cosas: una enfermera nos

tiende el instrumento que necesitamos. Dejamos caer una chaqueta blanca, y una enfermera la recoge. Si deja caer uno sus calcetines en casa, ¿acaso le gustará a su esposa recogerlos? Y nunca lavamos nada. Si operamos, siempre es otro quien lava los instrumentos. Y si —que Dios no lo permita— un escalpelo está sucio, lo tiramos y le decimos a la enfermera:

—¡Está sucio! ¿Cómo puede ser esto?

Si uno hiciera esto en su casa con un tenedor o un cuchillo, su esposa tendría derecho a matarle.

De modo que es difícil vivir con nosotros porque estamos

malcriados. Y porque somos egoístas. Por de pronto implica una actitud egoísta llegar a ser médico, pensar que uno tiene capacidad para tomar en sus manos las vidas de otras personas. Y todos los días tomamos decisiones que afectan las vidas de las personas. Y, lo que es peor, nos gusta. Si alguien le dice que un médico no goza con su trabajo, y con el éxito y la adoración que recibe, no le crean. Lo hace. Ama de verdad a esa amante.

VIII. MUJERES MUY ESPECIALES

Una mañana cerca de fines de mayo, Katey, mi secretaria, me llamó cuando me disponía a entrar en mi consultorio.

—Doctor Sweeney, tengo a Mrs. Merrill al teléfono. ¿Quiere hablar con ella?

Sabía que Betsy era una de mis favoritas. Le sonreí y dije:

—Sí.

Volví a mi despacho. Betsy sufría de infertilidad. Había venido a verme cerca de un año atrás porque su marido, Alex, y ella deseaban tener un niño, y ella no quedaba embarazada. Por fin, reconocieron que quizás alguno de los dos tenía algún problema. Simplemente enfrentar juntos un hecho así exige una cantidad de coraje y de amor. Y luego, contárselo a un extraño y decirle todo

acerca de su vida sexual y su relación emocional, exige aún más coraje. Después del examen, Betsy se sentó en mi despacho y, en voz temblorosa de la tensión, procedió a una detallada descripción de sus esfuerzos para tener un niño. Recuerdo que ella sostenía en la mano una tira de papel donde había anotado detalles que, según pensaba, yo debía conocer. El papel temblaba entre sus dedos.

Quería averiguar varias cosas: si tenía un problema fisiológico que impidiera la concepción; en ese caso, si se podía corregir; o si la infertilidad procedía de Alex. Y como toda paciente aquejada de infertilidad que desea sinceramente hijos, realmente quería una respuesta. Aun un «No, no puede tener hijos», sería mejor que la incertidumbre. Entonces podría volver a su casa y acostarse para hacer el amor sólo por hacer el amor, y no, como Alex y ella habían estado haciendo, para concebir una criatura. Y Betsy no lloraría cada mes, ni Alex la llamaría del trabajo para preguntarle si le había venido el período.

Le dije a Betsy que tomara una muestra de esperma de Alex en cualquier recipiente de vidrio limpio y seco, para someterlo a un análisis especializado. Supimos que Alex no tenía una cantidad muy alta de espermatozoides activos. La cantidad total no es realmente el factor crítico. Si uno tiene 300 millones de espermatozoides que en lugar de avanzar se quedan quietos moviendo la cola, por así decirlo, a pesar de que sean muchos los espermatozoides, no se es fértil. Mejor sería tener 20 millones y que sean activos. Le sugerí a Betsy que ensayáramos la inseminación artificial, pero decidieron continuar intentándolo un tiempo por el medio natural.

Unos meses después, su unión aún no había tenido fruto y Betsy volvió a hablar conmigo. Los últimos meses habían sido muy duros, porque habían hecho un verdadero esfuerzo. Durante los días fértiles de Betsy, no sólo tenían relaciones por la noche, sino que Alex salía de la oficina a mediodía o más temprano por la tarde. La situación era tan tensa entre ambos que ya no podían acostarse para hacer el amor. No pensaban en otra cosa que en la concepción. En esa visita, Betsy me preguntó por el método de la inseminación artificial

marital: deseaba saber si realmente utilizaríamos el esperma de Alex.

Le dije que sí.

Contestó que no comprendía por qué la inseminación artificial podía funcionar mejor si utilizábamos el mismo semen.

Le expliqué que la vagina es un órgano bastante grande en términos de superficie. Durante el coito, cuando se estira y se convierte en un tubo, el semen del hombre, en una cantidad equivalente a la de una cucharilla de té, se difunde por toda esa superficie. Es realmente afortunado que algún espermatozoide logre llegar hasta el cuello del útero. Lo que nosotros hacemos es tomar esa cucharilla de té, ponerla dentro de una pequeña copa de plástico, y aplicar ésta directamente contra el cuello

uterino, de modo que los espermatozoides no pueden ir a ningún otro lugar. Sólo lleva un minuto hacerlo. Es exactamente como colocar en posición un diafragma. Y en realidad se podría usar un diafragma, si éste no estuviera cubierto de materiales espermicidas.

Betsy insistió:

—¿De modo que se trata exclusivamente de los espermatozoides de Alex?

—Absolutamente —respondí—. Tendrían que firmar documentos legales para que yo pudiera usar esperma de otro donante.

En ese momento ella aceptó que intentáramos dicho procedimiento. Dedujimos aproximadamente cuál sería su próxima ovulación, y le dije que debería traerme dos o tres muestras de esperma de Alex durante su período fértil. Le expliqué que sería probablemente inseminada por la mañana, que debería conservar la copa cervical durante el día y quitársela por la noche. Como tiene un hilito unido, basta con tirar de él. Ocasionalmente se adhiere al cuello del útero y hay que separar el borde con el dedo para evitar la succión, pero luego sale inmediatamente.

Había intentado este método durante tres meses. Una mañana canceló una cita porque Alex no había logrado eyacular de modo que era evidente su gran nerviosismo. Pero volvió a su casa más temprano, y le dio a Betsy la muestra de esperma que ella me trajo al final de la tarde. Le ajusté la copa en posición y le dije que se la dejara toda la noche. Me lo agradeció y además agregó:

—Sabe, doctor Sweeney, no me molesta dejármela puesta. Me siento todo el tiempo más cerca de Alex.

Dos semanas más urde, alcé el teléfono de mi despacho y allí estaba Betsy en la línea.

—Hola, Betsy, ¿cómo está?

—Muy contenta de que pueda hablar conmigo, doctor Sweeney —parecía excitadísima.

—¿Qué ocurre?

—Hace tres días que quiero llamarle y realmente ya no podía esperar más —dijo—. Es por la temperatura. Todavía está alta.

Debería haber bajado hace tres días, y ya debería haber comenzado el período. —Vaciló—. ¿Cree que puede haber dado resultado?

Me podía imaginar sus ojos castaños llenos de brillo y el bailoteo de sus bucles. Era brillante cuando se sentía feliz, lo que no le ocurría con frecuencia en mi consultorio.

—Me alegro, Betsy, pero es demasiado pronto para estar seguro. ¿Por qué no vuelve a llamarme dentro de un par de días y me dice qué ocurre?

Había comprendido. Me dolía interrumpir su felicidad, pero tampoco convenía que sintiese demasiadas esperanzas cuando era perfectamente posible una demora de irnos días. Aún podía bajarle la temperatura y venirle el período.

—Por supuesto, doctor Sweeney. Le llamaré. —Su voz parecía más pausada—. Ya comprendo. No podemos contar con nada...

Pero, aunque parezca una tontería, me siento distinta, como si estuviera realmente embarazada. Esto no me ha ocurrido antes.

—Jamás me opondré a la intuición femenina —le contesté—. Pero no deje de llamarme dentro de dos días.

Y esperé que no me llamara, porque si lo hacía en seguida sería para decir que la temperatura había bajado. Y yo quería a esa muchacha, y esperaba que ella y Alex tuvieran el hijo que anhelaban.

A veces me cuesta comprender cómo puede producirse un embarazo durante un tratamiento de infertilidad, porque estamos obligados a enfocar en forma mecánica una situación muy cargada de emoción. Por supuesto, no todo aquel que nos pide ayuda desea que tengamos éxito. Algunas parejas no lo quieren. Vuelven a la casa paterna un día de fiesta y los padres o los amigos les preguntan: «¿Por qué no tenéis niños?» Y así se les ocurre la idea. Tal vez no han estado usando contraceptivos. Consciente o subconscientemente, una pareja puede no querer hijos y plantear el «problema de la infertilidad» para salvar la cara. No lleva mucho tiempo, sin embargo, saber cuándo alguien desea un bebé. Yo puedo limitarme a preguntar:

—¿Por qué quiere un embarazo?

Y no me resultará difícil reconocer a las que traen su respuesta preparada. «Sólo así sentiré colmada mi femineidad.» Eso no es una contestación real, sino leída en una revista. O también esto otro: «Mis padres se están haciendo viejos. Un nieto les haría felices...» Tonterías. Si alguien quiere un chico, nueve veces de cada diez la respuesta será: «Porque me gustan los niños.»

A veces podemos sorprender las mentiras de otras maneras. Por ejemplo, una mujer debe hacer una planilla de su temperatura matutina para que nosotros sepamos si ovula y cuándo lo hace. Tiene que tomarse la temperatura al despertarse y antes de levantarse, porque la actividad rutinaria la elevaría hasta el nivel normal de 36,6. Durante la evolución, la temperatura al despertar

sube de unos 36 grados a 36,4 o 36,5. Y a veces ocurre que una paciente nos trae lo que llamamos temperaturas de autobús. No se tomó la temperatura, sino que puso los puntos al azar mientras venía en autobús al consultorio. Quizá crea saber qué aspecto tiene una planilla de temperatura, pero la verdad es que no siempre se parece a la descripción de su revista femenina. De modo que si ha ocurrido esto, yo sé a qué atenerme.

Por otra parte, no siempre es la esposa la que no quiere cooperar. Lo único que pedimos al marido de la pareja estéril es una muestra de su semen. En cierto sentido, esto es pedir mucho. La mujer tiene que ir a su casa y decirle: «El doctor Sweeney quiere que te masturbes en un frasquito.» Y él puede contestar: «¡Y eso es lo que se le ocurre pedirme a tu médico!»

Algunos maridos dicen que no pueden, pero todos pueden, y el que no, no quiere que su esposa quede embarazada. Es decir, seguramente ese individuo se ha masturbado secretamente desde la infancia. Es difícil creer que de pronto no pueda, o que eso esté contra sus principios.

Hasta he visto maridos que simulan la eyaculación. Durante los días en que calculan que su esposa es fértil, no depositan esperma. Algunas mujeres protestarán: «Pero yo lo sabría en ese caso. ¿Cómo puede pensar que una mujer es tan poco sensible?» Pero el varón adulto promedio sólo deposita una cucharadita de semen. Cuando una mujer lo siente escurrirse de su vagina piensa quizá que son varios litros, pero no es así. Y en algunos hombres, se trata sólo de media cucharadilla. Y si quisieran, podrían engañar a sus mujeres.

En realidad, a pesar de todo lo que sabemos acerca de la concepción, hay una buena cantidad de magia asociada a la infertilidad. Algunas personas prefieren llamarla psicología, pero eso no significa que comprendamos las fuerzas involucradas. Los especialistas en infertilidad intercambian sus pacientes. Por ejemplo, si he hecho todo lo que puedo con una mujer que no tiene ninguna razón fisiológica para no concebir, la envío a otro médico. Y recibo pacientes de la misma manera, y es sorprendente la cantidad de

mujeres que quedan embarazadas cuando cambian. Hasta he tenido pacientes enviadas por otro médico que llegaron a mi consultorio embarazadas. Por supuesto, en ese caso llamaba risueñamente al otro doctor y le otorgaba el crédito por esa preñez. Supongo además que todos conocemos por lo menos a una pareja que finalmente cedió y adoptó un hijo, sólo para que la mujer quedara embarazada unos meses más tarde.

En el Pacífico hay una tribu donde la costumbre es que las mujeres jóvenes se acuesten con todos los hombres de la tribu hasta el momento del casamiento. A partir del momento en que la muchacha elige un marido, le es fiel. Lo extraño es que las jóvenes no quedan embarazadas hasta el momento del matrimonio. Hasta el presente, ninguna investigación ha logrado determinar si esas jóvenes toman alguna hierba misteriosa o si conocen secretas drogas contraceptivas. Sin embargo, jamás quedan embarazadas antes del matrimonio. He visto algunos casos donde funcionaban defensas psicológicas aparentemente similares.

Recuerdo a una mujer que acudió a la Clínica de Infertilidad. Hizo todos los exámenes y análisis y finalmente quedó embarazada. Por supuesto, fue un gran día para la Clínica de Infertilidad, y todos nos sentíamos alborozados. Pero esa mujer nos dijo de pronto:

—Quiero abortar.

Entonces hablamos y supimos la historia. Ella y su marido hacían normalmente el amor sin tomar ninguna precaución, y aunque eran ambos físicamente aptos, ella nunca había concebido. Entonces, una noche, regresaron a su casa de una fiesta en la que habían bebido mucho. Ella le dio las buenas noches a su marido y se fue a la cama; pero cuando estaba a punto de dormirse, el hombre se le acercó y tuvieron relaciones casi sin que ella se diera cuenta. Presumiblemente, no tuvo tiempo de alzar las barreras psicológicas que normalmente empleaba, y quedó embarazada. No sé si abortó o no, porque naturalmente no volvió más a la Clínica de Infertilidad.

De modo que no todas las pacientes que dicen querer un embarazo lo quieren realmente. Pero quienes quieren un hijo, harán

todo lo que se puede para lograrlo. Recuerdo otra mujer que acudió a la clínica. En la mayoría de las clínicas no se dan citas en momentos especiales; las clínicas de infertilidad funcionan de otra manera, porque muchas veces se necesita hacer cierto tipo de análisis en un momento específico del día o del mes. Uno de ellos es el análisis *poscoito*. La mujer tiene relaciones y luego va inmediatamente a la clínica, para que podamos recoger la secreción del cuello del útero y ver el nivel de actividad de los espermatozoides. La persona de quien hablo tenía la piel muy fría aunque se trataba de un abrasador día de agosto. No sabíamos por qué hasta que nos lo explicó. Su marido era carnicero y para llegar a la clínica y hacer su análisis a la una y media de la tarde se veía obligada a visitarle en la carnicería. Y para poder estar en la intimidad debía meterse con él en el congelador, y allí, sobre un banco de carnicero, tenían relaciones. De modo que ella venía a la clínica después de haber hecho el amor en un congelador, y no le importaba porque realmente quería tener un hijo.

Creo que las pacientes que se atienden en las Clínicas de Infertilidad se cuentan entre las personas más valientes que he conocido. Siempre insisto, cuando hablo con los estudiantes, en explicar que la paciente clínica con problemas obstétricos o ginecológicos es una paciente muy especial. Probablemente no tiene bastante dinero para visitar a un médico particular, pero no por eso es menos sensible en lo que atañe a su intimidad. Esta paciente viene al gran hospital y quizás espera que la atienda un amable médico de cabello blanco. ¿Y qué ocurre? Que la introducen en una sala de espera llena de mujeres, y que cuando llega el momento quien la interroga acerca de su historia clínica es un joven estudiante. Como éste es su primer contacto con el hospital, se asombra. Ella esperaba un médico de unos cincuenta años, pero es quizás un jovencito que parece de doce años quien le pregunta cuándo hizo el amor por última vez. No sé cómo logran contestar a este tipo de preguntas. Especialmente si le toca un estudiante algo idiota que se sienta y le dice:

—Bueno, vamos a trabajar. ¿Cuándo tuvo relaciones por última vez? ¿Cuándo fue su último período menstrual?

Pienso que si yo mismo fuera esa mujer, me levantaría y me iría, o le daría al chico un golpe en la cara o una palmada en el trasero. Pero si logra sobreponerse a la impensada crudeza del joven médico o estudiante, la llevan a una habitación pequeña, donde le dicen que se desnude y la colocan en la posición más desgraciada del mundo, con las piernas totalmente abiertas. Un segundo después vuelve a entrar el jovencito, acompañado esta vez por una chiquilla enfermera que parece no tener más de doce años ni haber tenido aún su primera menstruación. Juntos la examinan y luego le anuncian que la verá un médico de mayor jerarquía. ¿Y quién viene ahora? Un residente de treinta años, o también un interno de cuarenta, ambos con el pelo hasta los hombros. Y todavía no ha aparecido el amable médico de pelo blanco que ella esperaba.

De manera que las clínicas son lugares desconcertantes para las pacientes, aunque probablemente éstas reciben la mejor atención médica del mundo en un buen hospital universitario. Después de ser examinada por el interno y el residente, será revisada por tantos especialistas como sea necesario para resolver su problema. Y tendrá gratuitamente mejor atención médica que una paciente privada que pague honorarios exorbitantes a algún médico que quizá no sea el mejor del mundo y seguramente no consultará a ningún otro para hacer una evaluación conjunta del caso.

Pero una paciente no necesita meramente cuidado y conocimientos científicos. La práctica de la medicina es un arte que por lo general los médicos jóvenes de las clínicas no dominan.

Al interno y al residente le enseñan qué deben preguntar, pero no cómo. No es necesario que diga: «Vamos a trabajar.» Lo mejor sería que iniciara una conversación casual, que preguntara, por ejemplo «¿Cómo está usted?» o «¿Todavía llueve?», cualquier cosa que rompa el hielo. Y, especialmente en una clínica donde hay mucha gente, «Necesitamos saber algunas cosas para poder atenderla, pero si hablamos en voz baja nadie podrá oírnos».

En una oportunidad oí cómo un residente de la Clínica de Infertilidad decía: «Quiero que tenga relaciones a las dos y venga directamente aquí a las dos y cuarenta y cinco.» Una vez la mujer se retiró, le dije:

—¿Cómo puede decir que quiere que haga esto o aquello? Me parece que sería mejor decir: «Si le es posible tener relaciones a las dos, ¿podría venir aquí a las dos y cuarenta y cinco?»

Nada de esto detiene a la mujer de desea un hijo, que no vacila en someterse a todos los análisis necesarios. De su marido sólo necesitamos una o quizá dos muestras de esperma, pero de ella tenemos que saber muchas más cosas, porque su cuerpo es más complejo que el de él. Normalmente comenzamos por un examen de la tiroides. Si da buen resultado, y si la planilla de la temperatura indica que está ovulando, debemos saber si las trompas de Falopio están abiertas para que el óvulo pueda pasar por ellas. Lo hacemos habitualmente por medio de la prueba de Rubin, o de insuflación, o como algunas pacientes lo llaman, «tocando las trompas». Insertamos un instrumento semejante a una fina cánula en la abertura del cuello uterino. Unimos esa cánula por medio de un tubo de goma a un tanque de dióxido de carbono, e introducimos este gas en el útero. A medida que la presión del gas en el útero aumenta, un indicador en un aparato especial lo registra en una tira de papel. Si las trompas no están abiertas, el indicador llega a indicar una presión de 200 milímetros de mercurio. En ese momento el gas deja de fluir automáticamente. Si, por el contrario, las trompas están abiertas, el dióxido de carbono pasa al abdomen y la presión baja rápidamente. Con un estetoscopio se puede oír cómo pasa el gas por las trompas.

Habitualmente esta prueba se realiza sin anestesia, y no es agradable para la mujer tener una cánula en el útero. Si las trompas están bloqueadas, la presión del gas duele. Si las trompas están abiertas y el gas pasa a través, cuando la mujer se pone de pie sufre un agudo dolor en el hombro, porque tiene el vientre lleno de

dióxido de carbono, y la presión afecta un nervio del diafragma que produce ese efecto.

Es una prueba realmente poco refinada. Hay un método mejor, que consiste en inyectar en el útero un material radio-opaco y hacer luego un examen con rayos X para ver si se difunde por el abdomen o no. Afortunadamente el histerosalpingograma, o histograma, es caro y lleva tiempo. Y yo prefiero no hacerlo porque expone el óvulo y los ovarios a las radiaciones.

Y finalmente, es preciso realizar el examen poscoito. Y la mujer tiene que ir a su casa y tener relaciones que no tienen nada que ver con el amor. Se trata crudamente de decirle al marido: «Vámonos a la cama los días doce, catorce y dieciséis, querido, porque el doctor Sweeney dice que es necesario.»

Hay muchos maridos que no pueden hacer las cosas así. Yo siempre les digo a mis pacientes que utilicen su astucia femenina. Que no digan, por ejemplo «Tenemos que hacer tal cosa porque me lo ha pedido el doctor Sweeney», sino que simplemente no digan nada. ¿Qué importa que sea los días doce, catorce y dieciséis, si él no lo sabe? De esa forma, él hará el amor como en cualquier otra oportunidad. Para la mujer será un acto en frío, porque está pensando en las fechas y en el motivo, pero el deseo de un hijo justifica este pequeño engaño.

Si un marido no posee espermatozoides en la cantidad requerida, y su mujer desea quedar embarazada, puede hacer dos cosas: acostarse con otro hombre, o solicitar inseminación artificial con esperma de algún donante. La primera alternativa puede parecer muy chocante. Y si el marido conoce su defecto, tampoco tendrá dudas en caso de que su mujer quede embarazada. Aunque cuando se trabaja en mi especialidad uno suele ver historias increíbles.

Conozco el caso de una familia de Atlanta, Georgia, que se reunió a considerar un caso semejante y decidió que como uno

de los hermanos no podía embarazar a su mujer, el otro lo haría. Y resolvieron que se acostara con ella. La muchacha, Nancy, era

paciente mía desde antes. Un día, mientras estaba en Nueva York de visita en casa de sus padres, vino a verme. No quería un examen de rutina, aunque para eso había pedido una cita; apenas entró en el consultorio, se echó a llorar y me contó la historia de ese increíble clan familiar de Atlanta, y de ese marido decidido a que su hermano se acostara con su mujer.

—No haga eso, Nancy —le dije—. Es una locura.

Basta reflexionar en la situación emocional que una acción así podría provocar, para no hablar de las consecuencias legales posibles. ¿Qué ocurriría si alguna vez ella se divorciaba de su marido y él se negaba a mantener a su hijo? Sería suficiente, en ese caso, que dijera: «No es mi hijo.» Su mujer había cometido adulterio, y él tendría a su disposición todos los testigos necesarios. Poco después Nancy se divorció de su marido, volvió a instalarse en Nueva York y la vi muy feliz y libre de ese problema.

Hace poco me consultó una muchacha soltera, hija del rector de un colegio de Nueva Inglaterra. Me preguntó si yo podía hacer inseminación artificial.

Le respondí que sí.

Me preguntó:

—¿Con donantes?

—Sí.

—Bueno. Eso quiero —respondió.

—Pero usted no está casada.

—¿Qué le importa a usted si estoy casada o no?

—¿Y sus padres? —pregunté.

—Ya les he dicho que quiero tener un hijo.

La pregunta siguiente era, obviamente:

—Si usted desea hasta ese punto tener un hijo, ¿por qué no lo tiene en la forma normal?

Había tratado de hacerlo, pero no había quedado embarazada, de modo que ahora insistía en la inseminación artificial.

¿Qué debía yo hacer? Cuando se trata de una mujer casada, lo que pienso es: ¿cómo será el hogar de esta criatura? Me parecía que esta muchacha era muy extraña y, finalmente, decidí negarme. Pero para ser honesto, tampoco sabía por qué negarme. Cuando se utiliza un donante, lo normal es que el marido firme una autorización, no sólo para permitirnos hacer la inseminación, sino para que quede en claro que él la autoriza. Una mujer puede decir: «Yo no necesito nada escrito. Mi marido me ama, y quiere que yo tenga un niño. Pero quién sabe si cinco años después ese mismo marido no considera que su hijo es un bastardo, y dice que no sabe quién es el padre y se divorcia. No se puede decir que el niño sea un bastardo: la mujer no ha cometido adulterio, ni ha tenido relaciones con nadie más que con su marido legítimo. Pero por lo menos en un caso, una corte ha afirmado que un niño nacido a consecuencia de una inseminación artificial era un bastardo.

Y allí estaba esa muchacha soltera que me pedía una inseminación artificial con esperma de un donante y que no tenía a nadie que firmara una autorización. ¿Cómo podía yo estar seguro de que no volviera después y dijera que yo había provocado en ella un embarazo no querido? ¿Cómo podía defenderme frente a una acusación de ese tipo? Naturalmente, podía pedirle una declaración por escrito de que ella había pedido una inseminación artificial, pero un documento semejante no tendría valor ante una corte. Siempre es sencillo decir que había sido obtenido bajo presiones. Y también podría haber requerido una autorización escrita de sus padres, aunque no eran ya sus tutores legales, puesto que ella era mayor de edad.

Se enojó cuando le dije que no haría la inseminación artificial.

—¿Qué puede importarle a usted que yo esté o no casada? —me preguntó.

Y tenía razón. No era asunto mío. Supongo que si quería un niño, tenía perfecto derecho a tenerlo. Ciertamente no hay ninguna ley

que exija ser casada, ni siquiera mujer, para adoptar a un niño. Pero de todas maneras le dije que no.

Otro grave problema es tener que decirle a un hombre que sus espermatozoides no son suficientes. Suele ser un terrible golpe. En verdad, jamás le he dicho a nadie que carece de espermatozoides. Aunque el recuento sea de cero, siempre he dicho que se trata de una cantidad muy baja.

Hace unos días vi a una mujer cuyo marido había estado casado anteriormente. Cuando su primera mujer le abandonó, se volvió impotente. Luego se enamoró de mi paciente y su impotencia desapareció. Pero era estéril, y la mujer quería un embarazo. Y yo ¿qué debía hacer? Porque si le decía a ese hombre que era estéril, podía provocar una recaída en su impotencia. Y yo no quería hacerle daño a ese hombre, ni arruinar su matrimonio diciéndole que su recuento de espermatozoides era de cero. Decidí declarar que su recuento era muy bajo; luego le pediría la autorización para una inseminación artificial y le solicitaría una muestra de esperma para mezclar con la muestra del donante: de esa manera no se podría saber si el espermatozoide particular que fecundara el óvulo era de él o del donante. Es más fácil aceptar la inseminación artificial si se mantiene la duda.

Es una difícil decisión para un hombre permitir que su esposa quede preñada por el esperma de otro. Aunque ella no se haya acostado con nadie, su embarazo es obra de otro hombre. Y también es difícil para ella. Cuando se hace una inseminación artificial siempre hay en el consultorio un silencio que se podría cortar con un cuchillo. Está ocurriendo algo malo. De alguna manera, esa mujer está engañando a su marido. Y casi nunca logramos que funcione el primer mes, como si todo el cuerpo de la mujer lo rechazara. Quizá funcione el segundo o el tercer mes, pero no el primero.

Habitualmente nuestros donantes provienen de los hospitales: son médicos jóvenes o estudiantes de medicina. Cuando yo era un residente, no era difícil conseguir donantes. Se pagaban de 15 a 25 dólares por una muestra de semen y eso era entonces mucho

dinero. Hoy nadie se molestaría en subir a masturbarse antes de ir a trabajar a la sala de operaciones por 15 dólares. Y es terrible tener que decirle a una pareja que finalmente se ha puesto de acuerdo en la inseminación artificial: «Lo siento, no tengo donantes.»

La escasez de donantes podría quizá remediarse por medio de bancos de esperma congelada. Es posible congelar el esperma y estos bancos existen. En principio creo que constituyen un importante avance. Pero en este momento concuerdo con las organizaciones que consideran insuficiente el control actual de los donantes, y por esto no utilizo los bancos de esperma para mis tratamientos de inseminación.

No cualquiera puede ser un donante. Aunque no hay leyes que se opongan, no querríamos que nuestros donantes fueran reclutados en las prisiones. Ciertamente hay calificaciones sanitarias. Y la mayoría de las personas que trabajan o estudian en una universidad o un hospital universitario poseen una inteligencia mayor que el promedio. También es importante utilizar hombres de fertilidad probada, o bien por haber tenido hijos o por haberse sometido a un recuento espermático. Por supuesto, esta cuidadosa selección crea nuevos problemas: uno termina por limitar la cantidad de donantes simplemente porque no tiene tiempo de analizar y controlar a toda la gente potencialmente calificada. Pero tampoco se puede permitir que un solo hombre sea el padre de demasiadas criaturas.

Algunas personas plantean sus especificaciones con respecto al donantes. «Quiero o no quiero un donante judío.» Pero la mayoría nos deja en libertad para elegir. Lo que hacemos es tratar de encontrar donantes parecidos a la madre, sin que por eso estemos obligados a conocerles. Llamamos y decimos que tenemos una muchacha judía de pelo negro y un metro cincuenta y ocho, o una chica escandinava de uno setenta y cinco, y que desearíamos un hombre de características similares. Los resultados son a veces sorprendentes.

Una paciente a quien quiero mucho, una joven de ojos y cabello negro, fue inseminada con esperma de un donante, combinada con

la de su marido, aunque el recuento de este último era prácticamente de cero. Quedó embarazada y siguió atendiéndose conmigo. Muchas mujeres no quieren conservar su ginecólogo si han concebido merced a una inseminación artificial. Varias personas se enteran de que se ha realizado una inseminación: lo sé yo, lo sabe la secretaria que ha tenido que llamar para pedir la muestra del donante y coordinar las cosas (no se puede conservar esperma por más de dos horas) y por supuesto lo sabe la enfermera que trabaja conmigo. Muchas veces, cuando la mujer queda embarazada, prefiere ver a otro médico, no hablarle de la inseminación y sentirse como todo el mundo. Pero esta muchacha no quiso cambiar de médico. Le aterrorizaba —como a muchas otras madres artificialmente inseminadas— que a su hijo pudiera ocurrirle algo malo, pero el niño nació perfectamente. Nadie, aparte de los miembros de mi consultorio, sabía que la concepción se había logrado por inseminación. Vi a la madre unos días después del parto, y estaba muy feliz. Y unos días después la encontré absolutamente radiante.

—¿Qué le ha pasado que está tan contenta? —le pregunté.

—Hoy vino la tía de Jerry y me dijo: «El bebé es idéntico a Jerry cuando nació.»

Es increíble, pero muchos de los niños nacidos por inseminación se parecen a sus padres. En un caso, hice dos inseminaciones artificiales, con esperma de distintos donantes, a una mujer: sus dos hijos se parecen. Yo he engendrado normalmente a tres hijos, que no se parecen entre sí. ¿Quién conoce todos los elementos de un problema tan complejo? Y por otra parte, si el niño nace sano y los padres están felices, ¿qué otra cosa importa?

IX. MENOPAUSIA Y MITOS

Agnes Skrapits no quería sentarse. Era una mujer robusta, de mediana estatura, con un uniforme blanco abotonado sobre su amplio pecho.

Me la había enviado Charlotte Widener, otra paciente para quien Agnes trabajaba. Cuando Mrs. Widener pidió la cita, me dijo que Agnes no se sentía bien últimamente.

—Hace semanas —dijo Charlotte—. Agnes tiene cuarenta y ocho años. Es una mujer muy digna. No puedo preguntarle directamente si tiene su menopausia, pero eso es lo que me parece. De cualquier modo, no tiene un ginecólogo, así que me parece conveniente que usted la atienda.

Miré la planilla de Mrs. Skrapits. En el consultorio me había dicho que sus períodos menstruales habían sido irregulares durante cierto tiempo, y que no había tenido ninguno los últimos tres meses.

Le pregunté a Mrs. Skrapits si sabía qué era la menopausia. Se mostró algo confusa, pero cuando le dije «el cambio de vida» asintió vigorosamente.

—Eso es lo que me ocurre —dijo, con fuerte acento húngaro.

Al principio había creído que se trataba de una gripe, pero luego comprendió qué significaban sus síntomas. Me dijo que tenía ya dos hijos crecidos y que era tiempo para el cambio.

—Lo único malo es que transpiro demasiado.

Me explicó que a veces se sentía acalorada y transpirada mientras trabajaba, aunque su tarea fuera sencillamente pulir la platería.

Le pregunté con qué frecuencia le ocurría.

—Tal vez dos, tres veces por día. Ahora es más frecuente, me parece.

—¿Y de noche?

Mrs. Skrapits miró un punto por encima de mi hombro.

—La noche ya no es buena para dormir —dijo.

Y en un torrente de palabras describió los arrebatos que la llevaban a despertarse empapada. Tenía que salir de la cama, cambiar de camisón y a veces también la almohada o la sábana. Cuando volvía a la cama, se sentía más fresca; y cuando estaba a punto de dormirse de nuevo, volvía a sufrir otro arrebato, y eso podía durar horas y horas.

—Anoche sentí calor y abrí todas las ventanas —continuó Agnes —. Mi Yoshka, Joe, mi marido, me pregunta si estoy loca, porque hace frío. —Su mirada seguía fija en el espacio—. Yo no estoy loca. A todas las mujeres les ocurre esto. Pero cuando me lo dice, me siento...

No podía encontrar la expresión adecuada. Y mentalmente, yo llené el espacio con la palabra que otra mujer me había dicho: humillada.

—Mrs. Skrapits, puedo darle unas píldoras con las que se sentirá mejor —le dije.

—Yo no estoy enferma —respondió—. Sólo que transpiro demasiado.

De pronto, su blanca piel enrojeció profundamente y gotitas de sudor le cubrieron la frente y el labio superior. Esto se debe a una súbita dilatación venosa, las venas retienen sangre en la zona enrojecida: el proceso es el mismo del rubor. Mrs. Skrapits sacó un pañuelo del bolso y se lo pasó por la cara.

—No me molesta que esto me ocurra aquí —dijo—, en presencia de un médico. Pero si estoy tomando el té con unos amigos... Y me digo: «Agnes, no eres tan hermosa para que todos te miren.» Pero los amigos lo ven. Y Yoshka lo ve.

—Mrs. Skrapits, puedo darle unas píldoras que le aliviarán la transpiración. Ya no se sentirá alternativamente caliente y fría. Y podrá dormir bien de noche.

—Eso sería espléndido. Me gusta trabajar, recibir amigos, sentirme como todo el mundo.

Le hice una receta de 0,625 miligramos de Premarin, un estrógeno combinado. Le dije a Mrs. Skrapits que tomara una píldora cada mañana durante las tres primeras semanas de cada mes y que la suprimiera la última semana; me aseguré de que comprendió que podía sangrar un poco la semana en que no tomaba las píldoras, y que eso no era anormal. Y si sangraba en cualquier otro momento, debía llamarme.

Uno de los riesgos reales de los estrógenos es que una mujer que los toma puede pensar que las hormonas le causan hemorragias, cuando quizá tiene un cáncer de útero. Cuando viene a atenderse, tiene un tumor maligno avanzado, porque como estaba tomando estrógenos ignoró sus hemorragias.

Mrs. Skrapits se fue y prometió volver para un nuevo examen en seis meses. Para entonces se habrían acabado los remedios recetados, de modo que yo sabía que no continuaría tomando hormonas sin supervisión.

Dos meses más tarde Charlotte Widener vino por un chequeo y me dio su informe sobre Mrs. Skrapits.

—Agnes se siente muy bien —me contó Charlotte—. Dice que le dio usted las píldoras mágicas.

Sonreí.

—Me gustaría que usted dejara de tomarlas.

—¿Y por qué si me siento tan bien? —preguntó Charlotte.

—Porque usted no necesita Premarin. Nunca lo necesitó. Se lo dije desde el comienzo.

Charlotte Widener había dejado de menstruar cuatro años antes, a los cincuenta y dos. Había venido a verme después de no tener períodos durante tres meses, furiosa por haber llegado a la menopausia y me dijo:

—-No hubo ningún aviso. Yo fui siempre tan regular como un reloj. Y de pronto se paró.

Traté de convencerla de que quizás eso fuera lo mejor en la mayoría de los casos. Tal vez no psicológicamente, porque las mujeres necesitan tiempo para acostumbrarse a la idea. Pero la mujer que se vuelve irregular y pierde sus períodos poco a poco es la que puede quedar embarazada en la menopausia. Como no tiene su período durante un par de meses, tira su diafragma y luego queda preñada.

Yo había advertido a Charlotte que no tuviera relaciones sin protegerse durante por lo menos seis meses. Un día me llamó y me dijo que yo tenía razón y que tenía un período. Parecía muy satisfecha, pero a mí la noticia no me causó de ninguna manera ese efecto.

Los médicos establecemos un cierto plazo más allá del cual toda hemorragia es anormal. Para mí ese plazo es de seis meses. Si una mujer sangra después de no tener su período durante seis meses, eso es para mí una hemorragia posmenopáusica. Y toda persona con una hemorragia posmenopáusica tiene cáncer de la matriz a menos que los análisis revelen lo contrario. Entonces ordeno que vayan al hospital y se sometan a un tratamiento de dilatación y curetaje. Y no me importa que el resultado sea negativo. Si seis meses después sangran de nuevo, se procede a otro curetaje. Pero ¿qué hacer con la mujer que sangra después de cinco meses sin períodos? No alcanza mi clasificación de hemorragia posmenopáusica, de modo que no se hace el tratamiento anterior. Pero también puede ser que se trate de un cáncer. Y ésta es la razón por la cual sería mejor, desde el punto de vista sanitario, si todas las mujeres cesaran de menstruar bruscamente.

De acuerdo a la planilla de Charlotte, su «período» estaba justamente en el límite de los seis meses. Le dije que quería un curetaje, y sus objeciones iniciales desaparecieron cuando le expliqué mis razones. Afortunadamente el resultado fue negativo, y no volvió a sangrar. Tampoco tuvo otros síntomas que algunas mujeres sufren durante la menopausia, aunque los había estado esperando. Pero en una visita posterior, me dijo:

—Doctor Sweeney, quiero algunas hormonas para mi menopausia.

—¿Por qué?

—Pienso que me harán sentir mejor.

—¿Cómo se siente ahora?

—Muy bien.

—Entonces, no entiendo.

Ciertamente, en esta época, no creo que nadie con una historia clínica normal deba sufrir los síntomas de la menopausia. Aparte de los arrebatos de calor y los escalofríos, algunas mujeres sufren depresiones. La depresión puede variar entre una pequeña irritabilidad con el marido o los amigos, y una profunda crisis en que la mujer Hora y se siente poco atractiva, y no desea salir ni hacer nada. También pueden darse dolores de cabeza, insomnio, ansiedades.

La causa de estos síntomas es la falta de estrógenos. Pensamos que así es porque si le damos a una mujer estrógenos orales o inyectados y reemplazamos de esa manera las hormonas que los ovarios dejan de elaborar después de la menopausia, los síntomas se alivian. Pero a Charlotte no le ocurría nada.

—Imagínese que tenga arrebatos —dijo.

—Entonces le daré estrógenos. Pero la mayoría de las mujeres no tiene ningún síntoma en la menopausia, y usted se cuenta entre ellas.

Charlotte se mostraba indecisa.

—La mayoría de mis amigas toma Premarin. Parece que hace mucho bien —agregó vagamente.

Charlotte Widener no es una mujer vaga.

—¿Bien para qué? —pregunté.

—Bueno, para la piel —respondió.

—Podría hacer que la piel o el cabello parecieran menos secos, pero es una diferencia mínima. Creo que si de diez mujeres de sesenta y cinco años cinco tomaran estrógenos y cinco no, sólo un cirujano plástico podría encontrar alguna diferencia en la calidad de su piel.

—Y los estrógenos... ¿no son buenos para la vida sexual?

—¿Cómo es eso? —pregunté.

Charlotte tomó un volumen en rústica de su bolso.

—¿Puedo leerle algo?

—Desde luego. ¿Qué libro es?

Lo alzó. Se trataba de la obra del doctor Reuben: Todo lo que quiso saber sobre sexo y nunca se atrevió a preguntar. Buscó una marca y comenzó a leer. Si no tuviera el pelo gris, seguramente habría encanecido mientras escuchaba algunas de las cosas que el doctor Reuben había escrito acerca de la menopausia.

Primero parecía decir que todas las mujeres sufren síntomas de menopausia. Acerca de esto le expliqué a Charlotte que lisa y llanamente no era verdad.

—Si vinieran aquí ahora mismo cien mujeres con menopausia, vería que de setenta a ochenta no tienen ningún síntoma Sólo porque se habla mucho de esto es que se tiene la impresión de que todo el mundo tiene arrebatos de calor y escalofríos y demás.

Charlotte continuó leyendo.

—«Los estrógenos gobiernan sexualmente a las mujeres —escribía el doctor Reuben—. El flujo y reflujo de la hormona estrogénica durante el ciclo menstrual es la causa principal de las variaciones del deseo sexual femenino. Una vez que los ovarios dejan de funcionar, se acaba la esencia misma de la femineidad.

—Eso es ridículo —comenté—. El doctor Reuben es un psiquiatra, y tal vez ésa sea la impresión que se recibe detrás del diván, cuando la paciente tiene problemas psicológicos en ajustarse a la

menopausia. Pero no se necesitan estrógenos para sentir apetito sexual. Si siempre los ha tenido, y si ha tenido una vida sexual rica, seguirá sintiendo apetitos. Quizás algunas mujeres que realmente nunca gozaron del sexo encuentren en la menopausia una excusa para terminar con esas actividades. Usualmente, para decirlo con todas las letras, lo que suele ocurrir es que el interés de una mujer por el sexo disminuye cuando su

marido no puede mantener bastante tiempo una erección y entonces no tiene relaciones. He conocido mujeres que atravesaron la menopausia sin tomar hormonas: su única queja era que deseaban más vida sexual de la que tenían. A una cliente mía de veintitantos años hubo que extirparle los ovarios hace un par de años, y por razones médicas no conviene administrarle hormonas. No conozco una muchacha más sexy. Me gustaría leerle lo que dice ese individuo: le mataría.

Luego Mrs. Widener leyó un párrafo acerca de cambios en la vagina. En un momento la interrumpí y le pregunté:

—¿Qué es eso acerca del encogimiento de la vagina?

Leyó de nuevo:

—«El paciente interrogatorio del doctor reveló que Irene estaba tratando de explicarle que su vagina se había encogido. La atrofia avanzó hasta un punto en que la abertura vaginal no admitía ya el pene de su marido.»

—¡Oh, Dios mío!, eso es mentira —dije—. La vagina sólo se encogería si no fuese utilizada. Por supuesto, hay cambios en la mucosa vaginal cuando se envejece, así como hay cambios en la piel. Puede haber menos lubricación, y eso hará algo más difícil el coito; y algunas mujeres pueden padecer lo que se llama vaginitis senil. Pero en ese caso se puede usar una crema estrogénica, preferible al uso de píldoras que afectan todo el sistema. Pero no se puede decir que la vagina encoja.

—¿Los pechos cambian? —preguntó Charlotte.

—Se vuelven algo más pequeños, como ocurre con el útero. Nadie sabe con seguridad si eso es a causa de la menopausia en sí, o simplemente un problema de envejecimiento. Las ancianas pequeñas lo son en parte porque hay en todo el cuerpo una pérdida general de tejidos grasosos y de elasticidad. Pero también los hombres ancianos son más pequeños, y ciertamente no es por falta de estrógenos.

Charlotte continuó leyendo una lista de espantosos síntomas de la menopausia que incluían el aumento del vello facial, el endurecimiento de los rasgos y una voz más grave, como la de un hombre.

—No —respondí—. El cambio de vida no produce esos efectos. Quizás en los tiempos en que las hormonas estaban en una etapa experimental y se les daban a algunas mujeres hormonas masculinas demasiado tiempo o en dosis muy altas, podían ocurrir esos cambios. Pero hoy una mujer no tendrá esos síntomas a causa de la menopausia a menos que sea una rara excepción o que tenga un tumor de la pituitaria. Cuando una mujer tiene un aumento del vello facial, suele ser antes de la menopausia, y los estrógenos no se lo quitarán. Sólo la electrólosis. Y en cuanto al tono vocal, Marlene Dietrich ganó una fortuna con su voz grave y no esperó a la menopausia para cantar con ella. Y de cualquier modo, todos los estrógenos del mundo no elevarían una octava la voz de nadie.

El próximo síntoma que leyó Mrs. Widener era el agrandamiento del clítoris. ¡Dios todopoderoso! No es verdad. Lo que puede ocurrir es que el clítoris parezca algo mayor porque el tejido que lo rodea haya retrocedido un poco a causa de la disminución de las grasas en esa región; pero el clítoris mismo se mantiene exactamente igual.

La lectura había terminado y Charlotte sabía perfectamente qué pensaba yo de todo eso, pero me dijo:

—No comprendo qué tiene contra las hormonas si pueden ayudar, aunque sea un poco.

—No tengo nada contra ellas cuando hay señales de deficiencia. Pero si no hay síntomas, no pienso que haya ninguna razón válida para prescribir estrógenos. Después de todo, usted tiene útero y senos, y los estrógenos estimularán el crecimiento allí.

—Se refiere al cáncer, ¿verdad?

—Digo sólo que los estrógenos estimulan el crecimiento, y por esto los senos de una mujer pueden tener mejor aspecto o ser menos fláccidos si toma hormonas. Cuando se estimula el crecimiento, nadie puede predecir cuáles serán los resultados.

Charlotte manifestó que reflexionaría sobre lo que le había referido.

Tres meses más tarde volvió y me pidió Premarin.

—Pienso que para un hombre es difícil de comprender —dijo—, pero si una mujer puede parecer, o sentirse, un poquito más joven, simplemente quiere hacerlo.

De modo que le receté Premarin. Lo está tomando desde entonces porque cree que le hace sentirse mejor. No estoy seguro de que no se habría conseguido el mismo resultado con píldoras de azúcar, pero nunca lo sabremos.

Por supuesto, entre los médicos hay una gran controversia acerca de las hormonas. Muchos médicos se la recetan a todo el mundo, porque piensan que ayudan a la gente a mantenerse joven. Las hormonas, sin embargo, no pueden modificar el hecho de que las personas envejecen y no hay ninguna fuente de la eterna juventud. Otros médicos piensan que nadie debería tomarlas. Es lamentable que la mayoría de los ginecólogos sean hombres, y que la mayoría de los hombres no tengan síntomas de menopausia, porque no comprenden hasta qué punto puede sentirse mal una mujer. Yo concuerdo con los ginecólogos que consideran conveniente la administración de hormonas compensadoras para las personas que muestran síntomas de carencia de estrógenos, como arrebatos o depresiones. También pienso que se puede ayudar con estrógenos a personas ancianas que sufren una desmineralización de los huesos.

Y si le quitamos los ovarios a una mujer joven, lo que equivale a provocarle una brusca y prematura menopausia quirúrgica, debemos reemplazar sus hormonas durante los años en que las habría producido naturalmente.

En realidad, ni siquiera una mujer con una pérdida completa del ovario está totalmente privada de hormonas. Aunque el ovario es la única fuente de progesterona, hay otras zonas, como las glándulas adrenales, que fabrican sustancias semejantes a estrógenos. Nadie sabe por qué algunas mujeres tienen síntomas menopáusicos en tanto la mayoría no los tiene, pero podría ocurrir que las mujeres sin síntomas tuvieran un mejor sistema de compensación fundado en la producción de estrógenos en otras zonas del cuerpo.

Existe bastante poco acuerdo acerca de la cantidad de estrógenos que se deben emplear. Creo que algunos médicos administran cantidades excesivas. No hay evidencia de que los estrógenos causen cáncer, pero cualquier producto que vaya a estimular el crecimiento debe ser usado adecuadamente. Por eso creo que las pacientes que toman estrógenos después de la menopausia deben tomar píldoras tres semanas, y dejar de tomarlas por una semana. Este ciclo permite al revestimiento del útero la posibilidad de sangrar, aunque lo más común es que este «período» no se produzca. Y, lo que es más importante, implica que los pechos no serán constantemente estimulados.

Pienso también que algunas personas no deberían tomar estrógenos. Por ejemplo, una mujer que ha tenido un cáncer de seno y se encuentra ahora en la menopausia, y con síntomas. ¿Le damos estrógenos, aunque sabemos que estimularán sus pechos? ¿Acaso podemos darle ninguna medicina que estimule el crecimiento? ¿Cómo podemos saber con seguridad si no provocará el paso de un cambio estimulado a un cambio maligno? Realmente no sabemos tanto acerca de esto.

El cáncer no es una cosa exterior que se nos mete adentro. El cáncer es un crecimiento normal que se convierte en un crecimiento maligno. El tejido del seno que se convierte en tejido canceroso, fue

normal anteriormente. El cáncer simplemente es un cambio en el esquema del crecimiento. El crecimiento normal implica la proliferación celular. Una célula se convierte en dos, y éstas en cuatro, en ocho, y así sucesivamente. En un proceso maligno la proliferación celular no sigue las reglas del juego. Dos células pueden convertirse en quince en lugar de en cuatro, y no sabemos cuál es el estímulo que causa este cambio en el esquema del crecimiento. Por eso no me gusta prescribir hormonas sin motivos serios.

Hay otro problema de difícil solución. No sabemos exactamente la respuesta. ¿Cuánto tiempo podemos permitir que alguien siga tomando hormonas? ¿Hasta los sesenta, setenta u ochenta años? Usualmente recomiendo a una mujer que ha padecido síntomas menopáusicos que interrumpa los estrógenos después del año, y a menos de que se presenten dificultades, trataré de que no los tome. Y la mayoría de las pacientes del tipo de Charlotte Widener suelen resolver ellas mismas el problema. Simplemente, se cansan de tomar las píldoras, y dejan de hacerlo.

En cierto sentido las hormonas se parecen a las vitaminas. La gente pide vitaminas cuando no las necesita, y lo mismo hace con las hormonas. Esto refleja nuestro sueño de conservar la juventud, y también el temor. Las mujeres han sido asustadas por toda clase de mitos e historias apoyados en falsas informaciones

acerca de la menopausia. Algunas mujeres tienen miedo de «volverse locas» o de perder la memoria «en esa época». Y esto no les ocurrirá, salvo en el caso de que padezcan la rarísima enfermedad de Alzheimer, que afecta el cerebro. Pero los rumores persisten, porque la gente piensa en las excepciones e ignora lo que es más típico. Además, se le suele echar la culpa a la menopausia de cualquier irregularidad de conducta. Si una mujer joven se olvida de una invitación a cenar, todo el mundo se encoge de hombros; pero si es una mujer mayor todos se afligen y dicen: «Esta en esa época de la vida, la pobre.»

Una cantidad de mujeres odia la idea de la menopausia porque la asocia con la vejez. En cierto sentido, esto es comprensible. La menopausia es por definición el cese de la menstruación, y puede ocurrir en cualquier momento después de los treinta y cinco años, aunque en la mayoría de los casos ocurre entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años. Hasta hace no mucho tiempo, las mujeres no vivían mucho tiempo después de la menopausia: en los Estados Unidos, una mujer nacida a fines del siglo pasado tenía una expectativa de vida de 48,3 años. De modo que para el estándar de su época, sería «vieja» cuando llegara a la menopausia. Pero hoy la expectativa de vida de una mujer pasa de setenta y tres años, y no es fácil explicarse por qué perdura la asociación de menopausia con vejez.

Además, para otras mujeres implica un tremendo reajuste psicológico el hecho de no poder tener más hijos. Ha concluido una importante etapa de sus vidas. Por otra parte, muchas mujeres sienten alivio ante la idea de que no quedarán ya embarazadas. Pueden dejar de lado el diafragma, terminar el coito sin que el marido se retire, como ambos odian, y él puede liberarse de esos preservativos fabricados por el Demonio y Cía. La forma en que una mujer reacciona emocionalmente a la menopausia depende en gran escala, pienso, de lo que se le ha enseñado a esperar como mujer. Yo insisto en explicar a mis pacientes que la menopausia es perfectamente natural, que más o menos el 80 por ciento de las mujeres no tiene síntomas molestos, y que si los tienen podrán aliviarlos con estrógenos. Creo que muy pronto las personas dejarán de considerar la menopausia como una crisis.

X. SANDRA STEVENS

Siempre les pido a las madres que vienen a mi consultorio fotos de sus hijos. Al principio casi todas piensan: «Realmente no debe querer ver fotos.» Pero finalmente las convenzo, y algunas me traen álbumes o me envían fotos en Navidad y yo puedo ver a los chicos creciendo. Hace unos días recibí una libre tita de espiral de los

Simpson: Jean la había transformado en un álbum en miniatura con una leyenda debajo de cada foto y una nota de su bebé:

Querido doctor Sweeney:

Me figuro que soy demasiado joven para expresar debidamente mi gratitud, pero aparentemente mis padres no son capaces de hacerlo mejor. Así que muchísimas gracias por haber estado allí todo ese tiempo, y hacer posible que yo naciera.

Cariñosamente,

William Edward Simpson.

P.S.: Espero que no se moleste porque me be tomado la libertad de llamarme como usted.

Esto me hizo sentirme muy bien. No porque bautizaran al crío con mi nombre, eso a veces ocurre; pero con un nombre como el mío nunca sé si realmente es verdad. Ciertamente, jamás he logrado persuadir a esas mujeres a que llamen a alguna de sus niñas Wilhelmina; no sé por qué no quieren. Pero siempre guardo recuerdos como esa libretita y me encanta guardar en mi archivo las fotos de los niños que he ayudado a nacer.

Sandra Stevens no trajo un álbum, sino varias diapositivas y un proyector. Lo enfocamos contra la pared y vimos a sus dos niñas, Cathy, de diez años, y Wendy, de cuatro.

Sandra es una vieja amiga, una pintora. No es particularmente bonita, pero tiene buena figura y se mueve con gracia. Me gustó ver sus fotos y oír lo que me contó, pero no me sentí demasiado bien cuando le mentí acerca del motivo de su consulta. Sandra creía padecer de una pequeña infección, pero en realidad su marido le había contagiado una enfermedad venérea, y sabía lo bastante acerca de esta pareja para considerar que decirle la verdad podía poner en peligro su matrimonio.

Diez años antes yo había asistido al nacimiento de la primera niña de Sandra Stevens con ayuda de la hipnosis. Creo que éste constituye un método obstétrico enormemente seguro y eficaz.

Mucha gente es escéptica acerca del hipnotismo en general, pero la verdad es que no se trata de ningún misterio. La hipnosis es mera sugestión. El individuo que lo emplea profesionalmente es un experto en obtener que las personas se relajen y respondan a sus sugestiones; pero todas las madres del mundo utilizan la hipnosis. Si un niñito se cae, su madre lo levanta y le dice: «Mamá te hará una caricia y no te dolerá más.» Y así ocurre, y eso es hipnosis. Los médicos también la emplean. Por ejemplo, vamos a extraer un poco de sangre del brazo. Y decimos: «No es peor que una picadura.» No decimos, en cambio: «Esto le va a doler como el demonio», porque entonces dolería como el demonio.

Yo he sido hipnotizado. Seguí un curso concentrado de hipnosis, de tres días, y una de sus partes era hacer la experiencia uno mismo. La sensación es fascinante. Estoy seguro de que si los jóvenes la conocieran, la preferirían a las drogas. Es como una droga. Uno es transportado a un pequeño mundo propio. Si alguien le dice que está tendido en una hamaca un día cálido, uno se siente cómodo y abrigado.

Pero nosotros no jugamos con esto. Somos hipnotizadores médicos. Mi objeto es utilizar la hipnosis para que un dolor se calme, o sea tolerable, o ignorado. Si tengo una paciente bien dispuesta —algunas personas son más fáciles de hipnotizar que otras— puedo decir: «Imagínese la pantalla de un cine.» Y la mujer ve la pantalla. Y luego: «Ahora ve usted una película, donde hay una señora que da a luz una criatura.» Y no sólo la ve: como es ella misma, puede decirme con gran precisión qué es lo que está ocurriendo.

La gente tiene una idea muy errada sobre la hipnosis. La persona hipnotizada no sólo está despierta v consciente, sino que puede hablar. Y puede también suprimir la hipnosis cuando lo desea. Yo le he dicho previamente: «Si le duele, avíseme.»

Y ocasionalmente alguien responde: «Basta, por favor; ahora deme algún calmante.» Es sorprendente ver lo bien que funciona.

Una vez atendí en un parto a la esposa de un anestesista que se encontraba en la sala. Él era partidario de la anestesia, pero la

esposa, por su propia decisión, había elegido la hipnosis. Sin el menor inconveniente dio a luz a su hijo, y allí estaba yo suturando la episiotomía mientras su marido estaba casi desmayado en un rincón, y la mujer me decía en voz tranquila: «No duele, continúe.»

¿Estaba realmente hipnotizada? Considero que sí. Pienso que una mujer podría dejar que la cortara con unas enormes tijeras y que la cosiera diciéndome que no le duele sólo para engañarme, pero nadie puede ser tan loco. Uno puede ser lo bastante tonto para que le claven una aguja en una mano, y pretender que no duele, o fingir que su cuerpo está bastante rígido para quedar estirado entre dos sillas separadas, pero no se puede simular durante un parto.

Cuando empecé a hacer hipnosis, controlaba todo el tiempo el trance de la paciente. Decía, por ejemplo: «Tiene el brazo muerto, ahora le clavaré una aguja.» Pero luego comprendí que sólo estaba controlándome a mí mismo. La paciente tiene consciencia de la inseguridad del médico, y empieza a despertarse. Aprendí entonces a asegurarme primero de que la paciente está en hipnosis profunda, y luego operar con tranquilidad. Uno no le miente a la paciente, y ella tampoco le miente.

Un problema es que cuando se utiliza la hipnosis en un parto, la mujer hipnotizada no escucha a nadie más que al obstetra. Ni siquiera al marido, que asiste al nacimiento sin otra participación que su presencia. Si una enfermera le dice a la paciente que haga algo, ésta no se moverá; pero si yo se lo digo, lo hará exactamente. El hipnotizador tiene que ser sumamente cuidadoso con sus instrucciones. Supongamos, por ejemplo, que digo: «Alce la mano derecha.» Si usted, el lector, lo hace, aprenderá algo interesante sobre el hipnotismo. Alce la mano, y ahora reflexione en lo que ha hecho: es muy probable que haya levantado la mano y el brazo a partir del codo. Una paciente hipnotizada habría movido sólo la mano desde la muñeca. El hipnotizador debe ser muy cauto acerca de lo que dice y la posible interpretación del paciente. Si tengo a una mujer en la mesa de operaciones y digo «Alce las caderas», lo que quiero en realidad es que levante las nalgas. Una hipnotizada tratará

de levantar precisamente las caderas, es decir, que no podrá y se quedará inmóvil en la mesa.

Otro inconveniente de la hipnosis es que lleva mucho tiempo. Yo pienso que para preparar adecuadamente a una paciente es necesario hipnotizarla antes cuatro o cinco veces, lo que implica al menos cinco horas antes del parto. Como mis pacientes eran muchas, debí abandonar el método porque no era práctico. De hecho, Sandra Stevens fue la última paciente a quien atendí de esta manera.

Respondía muy bien a la hipnosis. Durante las prácticas previas, le ponía en el brazo la almohadilla de medir la tensión y se la apretaba mucho. Le decía: «Así se siente una contracción.» Desde luego, no sé por experiencia personal cómo se siente una contracción, y esto era todo lo que podía aproximarme. Luego le quitaba la almohadilla, la hipnotizaba y volvía a ajustársela muy apretadamente: el dolor no la molestaba.

Me alegró poder dedicarle tiempo a Sandra, porque no recibía mucho apoyo de su marido. Ted Stevens era también médico, y se dedicaba a la investigación de la leucemia. Estaba apasionado y muy ocupado por su trabajo, y Sandra decía que la abandonaba emocionalmente y consideraba su embarazo como un proyecto exclusivamente de ella. En general, Ted no deseaba comprometerse con los «problemas» de Sandra, si no podía hacer concretamente nada para ayudarla.

Quizás ella deseaba el hijo más que su marido; en todo caso, no vi una sola vez a Ted Stevens durante el embarazo de su mujer. Cuando Sandra dio a luz, Stevens estaba en Washington ocupándose de la financiación de una investigación, y no volvió hasta dos días después del nacimiento de su niña. El parto fue bueno, pero poco después de volver a su hogar, Sandra padeció una psicosis de postparto. No una mera depresión, sino una verdadera enfermedad mental por la que recibió atención en la Clínica Psiquiátrica Payne Whitney durante tres meses.

Casi todas las madres sufren algún tipo de depresión después del nacimiento. Yo advierto a todas mis pacientes que eso suele ocurrir para que no se asusten. Algunas mujeres simplemente no pueden soportar los nueve meses de embarazo y el parto. Son muchos los miedos que se acumulan y muchas veces no son expresados. La futura madre puede tener pesadillas de un niño defectuoso, y si se trata de su primer hijo seguramente teme el parto mismo. No sabe cómo es ni cómo va a actuar. Y llega entonces el parto, y tiene su hijo, y todo sale bien: es un niño sano, y su marido la quiere, y sus amigos vienen de visita, y llegan muchas flores y telegramas. Le traen el niño para que lo alimente, y se lo vuelven a llevar; y precisamente en ese momento puede sufrir una brusca depresión porque la tensión, la preocupación y el gran acontecimiento acaban de terminar.

Quizás esté simplemente exhausta. También esto puede provocar una depresión. El parto es muchísimo trabajo. Cualquier persona que cumpliera una tarea muy dura sin descanso durante siete u ocho horas se echaría a dormir por una semana, pero lo común es que la madre esté levantada al día siguiente, y ocupándose de la criatura.

Algunas madres están bien hasta el momento de abandonar el hospital. Entonces una enfermera les entrega el niño y les dice: «Ahora es todo suyo.» Y de pronto, le golpea todo el peso de la responsabilidad. «Éste es mi hijo. Estoy atada a él y debo cuidarlo durante toda su vida.» Y una madre así puede tener un ataque de nervios y echarse a llorar.

O sufrir el acceso al llegar al hogar. Antes de que se retiren, suelo decir a las pacientes: «Éste es su hijo, y también el hijo de su marido. Pero habéis sido marido y mujer mucho antes de ser padre y madre. Podéis llevar el niño a casa, ponerlo en medio del living y girar a su alrededor como si fuera la única cosa que hay en el mundo; y también podéis llevarlo a casa para que se reúna con su familia. Y si teníais el hábito de jugar al bowling una vez por semana, podéis seguir teniéndolo: bastará ahora con llevar al niño.» De otra manera, un niño puede destruir un matrimonio, porque a

partir del momento en que llega a su casa la pareja no vuelve a hablar entre sí. Y cuando el chico crece, los padres hallan que ya no tienen nada en común.

Y también advierto a las madres: «Durante dos o tres años, ha sido usted el centro de la atención. No se asombre si de pronto su marido cuando vuelve a casa se dedica a su hijo y no a usted. Va a ser duro. Usted se ha estado ocupando todo el día de ese chico que no para de llorar, y su marido llega y se preocupa primero de él. No es que la quiera menos. La quiere más. Pero tiene un chico. Los hombres somos estúpidos, pero somos así.»

Y otra cosa, más importante: «Está bien tener celos del niño.» Porque, ¿qué ocurre si una mujer siente celos y se dice: «Oh, Dios mío, que madre espantosa soy»? «Yo comprendo —suelo decir— que éste es el niño más precoz de nuestra nursery, pero infortunadamente lo único que puede hacer es comer, dormir, llorar y estar sucio. Se lo lleva usted a su casa y lo cambia y llora, y lo alza y llora, y se asegura de que los alfileres no le pinchan y llora, y son las dos de la mañana y lo tiraría usted al río. Y además los habitantes de Nueva York siempre tienen miedo de que el niño despierte a los vecinos y de que alguien venga a golpear la puerta. El asunto es que a veces, está perfectamente bien odiar al niño. Hay una línea muy fina entre el amor y el odio, y lo que importa es que comprenda usted que sus sentimientos son perfectamente normales.»

De otro modo puede surgir la psicosis. La madre odia al niño y se siente culpable. O tiene tanto miedo y ansiedad que no puede enfrentar la cosa.

Cuando Sandra volvió a su hogar, no recibió de Ted la ayuda ni el apoyo que necesitaba. Al principio yo no supe lo serio que eso era. El día siguiente a su salida del hospital llamó a mi consultorio. Estaba llorando, pero cuando le pregunté qué ocurría, me dijo:

—Nada.

—Sandra —respondí—, algo le molesta. ¿Por qué no me dice qué es?

—Acabo de llamar a Ted al hospital —sollozó.

—¿Y qué ocurrió?

—Quería hablarle de Cathy.

—¿Qué le ocurre?

Sandra lloró un segundo y luego contestó:

—Ted me dijo que estaba ocupado y me preguntó: «¿Qué pasa? ¿No querías tener un hijo?» —De pronto, la muchacha dejó de llorar y agregó—: Siento haberle molestado, doctor Sweeney —y cortó la comunicación.

La conversación se quedó dando vueltas en mi mente y por fin le pedí a Katey que me comunicara con Sandra. Tratamos de hacerlo durante dos días, pero nadie respondía. Una noche llamé muy tarde, justamente antes de salir del hospital, después de la ronda nocturna, y me contestó el doctor Stevens. Me dijo que la niña estaba en casa de su hermana, atendida por una enfermera, y que la noche misma del día en que Sandra me llamó, la encontró en el dormitorio, en bata de baño, mientras la criatura se desgañitaba en el cuarto vecino. Le preguntó qué ocurría, y Sandra le repuso: «Estoy esperando a mamá. Tengo hambre y tiene que darme de comer.»

La madre de Sandra había muerto cuando ella tenía seis años, es decir, que esa frase indicaba la gravedad de su estado. Era una seria psicosis. No podía afrontar la situación, y había hecho todo lo posible para evadirse. Algo más tarde, se tornó violenta. Ted llamó a un médico amigo y juntos la llevaron a la Clínica Psiquiátrica Payne Whitney.

Pasó allí trece semanas. Durante las primeras seis no pudo recibir visitas. Los cuartos de la clínica son sumamente cómodos, parecidos a los de las universidades. Pero las puertas son de madera sólida y se cierran de noche.

Le dije al psiquiatra que la trataba que me parecía conveniente un examen ginecológico de la muchacha, por su reciente parto; me dijo que ya se habían hecho arreglos para eso en la clínica, y que le

parecía más adecuado un médico a quien ella no pudiera asociar con el trauma. Sandra no recordaba en ese momento haber dado a luz. Tenía veintidós años.

Sandra siguió siendo mi paciente. Un psiquiatra la trató durante dos años, y las cosas mejoraron. Tomó una enfermera para que se ocupara de la niña, y volvió a trabajar como dibujante de publicidad.

Pasaron seis años y no creí que los Stevens consideraran la posibilidad de tener más hijos, pero un día Sandra apareció embarazada. Me contó que había habido numerosos altibajos en sus

relaciones con Ted. Incluso habían discutido varias veces la posibilidad del divorcio, y Ted no se oponía, pero no tenía recursos económicos suficientes. Para una mujer debe ser muy desmoralizador que su marido sienta así. En sus mejores momentos, Ted decía querer un segundo hijo, pero Sandra tenía miedo por la inseguridad de su situación afectiva. Luego su relación mejoró por cierto tiempo. Ted y ella se fueron de vacaciones a las Bermudas. Sandra me dijo:

—Fueron las primeras vacaciones que tomamos en años. Yo pintaba y estaba feliz con el océano, el sol y la arena, y me sentía magníficamente. Creo que los dos nos sentimos liberados. Hicimos el amor, y yo decidí no usar el diafragma, con un poco de fatalismo. Realmente no pensaba quedar embarazada, pero estoy casi segura de que fue precisamente entonces.

El estado de ánimo de Sandra durante su embarazo fue muy bueno. Incluso Ted parecía excitado al respecto, y ella pensó en tomar clases de parto natural, aunque Ted no podría asistir.

—Es un médico —decía Sandra—; creo que cambiará de actitud y que estará presente cuando llegue el momento.

Ted se encontraba en Chicago, en un congreso, cuando Sandra dio a luz. Voló inmediatamente a Nueva York. Sandra comentó que parecía contento cuando cogió en brazos a su nueva hija, y que fue muy atento durante su estancia en el hospital. Pero una semana más tarde, me llamó por teléfono.

—No sé qué ocurre, doctor Sweeney —dijo—. Todo parecía bien, pero nuevamente he perdido contacto con Ted. No quiere ni siquiera alzar a Wendy, y apenas nos hablamos. Es como si las niñas y yo no existiéramos.

Era una situación difícil y dolorosa. ¿Qué podía decirle yo a la muchacha? ¿Que se divorciara? Necesitaba a su marido, aunque él sólo pudiera ofrecerle un apoyo muy limitado, y quería mantener su matrimonio. Le dije con franqueza todo lo que opinaba, y una semana más tarde me envió una larga carta. Estaba escrita en una hoja gruesa de papel de dibujo plegada para entrar en un sobre común, y la escritura cubría fluidamente el papel.

Querido doctor Sweeney:

Mi primera reacción después de nuestra conversación, hace dos días fue: «Sí. El doctor Sweeney tiene razón; pero yo olvidé decirle que aún quiero a este hombre, a pesar de todo.» Yo pensaba que usted me diría que hablara con Ted y le dijera cuánto lo necesito. Pero después empecé a analizar nuestro matrimonio.

Tal vez he necesitado excesivamente la aprobación y el amor de Ted. Por ejemplo, con mi decisión de tener un parto natural. Yo sabía que Ted consideraba desdeñosamente mi baja tolerancia del dolor, y que aprobaría mi idea de dar a luz de esa manera. Y luego todo marchó muy bien, y me dolió terriblemente que él no estuviera presente para verlo. ¿Se imagina que alguien tenga tanta hambre de aprobación y amor?

La noche del miércoles, fortificada con dos Manbattans y con sus palabras en la cabeza, le dije que teníamos que hablar. Lo hicimos durante cuatro horas. Pasamos revista a nuestros once años de casados y yo pude hablar clara y calmosamente, aunque en lo profundo mis sentimientos eran un torbellino. Ted elogió la forma en que me expresé: estimó que había definido claramente muchos puntos, y agradecía mi actitud científica. Ya ve usted cómo él respeta esa misma falta de emoción que normalmente ostenta, en tanto que yo soy exactamente lo opuesto. Sólo pude hablar de esa

manera porque estaba extenuada por las preocupaciones de los días previos.

Le dije casi exactamente lo que usted me explicó. Que él debía darme algún apoyo emocional y ayuda concreta de vez en cuando, o que yo le pediría que se fuera, porque debía encontrar alguien que pudiera proporcionarme a mí y a las niñas por lo menos el mínimo indispensable. Y le dije que no seguiría aceptado que el dinero pudiera ser un obstáculo. Incluso le pedí que considerara si su vida no mejoraría viviendo cerca del hospital y de su trabajo sin una familia que le atara.

Quizás esta imagen le hizo reflexionar. Respondió que deseaba tratar de perfeccionar su matrimonio. Hasta aceptó la propuesta de buscar ayuda profesional. Yo quiero que nuestra unión mejore, y por primera vez pienso que hay una oportunidad.

Con todo esto quiero decirle que le agradezco más de lo que las palabras expresan por escucharme en el momento en que he sentido más necesidad de alguien.

Sandra.

Cuatro años más tarde todavía estaban juntos. Cuando abrí el archivo de Sandra después de mirar las diapositivas de las niñas, vi la carta. En la parte posterior había un dibujo abstracto en rosas y amarillos: parecía como si hubiese cogido un crepúsculo y lo hubiese hecho girar por todo el espacio.

Ésa era la mujer a la que ahora le estaba mintiendo.

Sandra creía que se trataba de un chequeo de rutina después de una infección pelviana. En realidad tomé una muestra de exudado porque un mes antes había tenido una gonorrea bastante grave para justificar su internación en el hospital. Ahora debía comprobar si estaba curada. Ted la había contagiado. Su médico me llamó y me dijo: «El doctor Stevens quiere saber si le es posible tratar a su esposa sin decirle qué es lo que tiene.»

Reflexioné: «No quiero destruir este matrimonio, cuyos temblorosos fundamentos conozco; pero igualmente estoy reservando información que ella tiene derecho a poseer.» Sandra sabía que había padecido una infección, con fiebre alta y dolor abdominal, pero no sabía que era una infección venérea.

No tengo idea de lo que diría un abogado al respecto. Ella nunca me preguntó: «¿Tuve una infección venérea?» Si lo hubiese hecho, habría debido decirle la verdad. Quizá no sea yo quien deba juzgar si ese matrimonio es o no digno de ser salvado. Pero ésa es la posición que tomé. Francamente, creo que vale la pena salvar cualquier matrimonio. Espero que Sandra nunca me haga esa pregunta.

XI. BONNIE LEVY

Después de varios años, un obstetra desarrolla una intuición bastante acertada acerca de qué mujer puede tener dificultades con su parto y su embarazo. Pero a veces algunas me engañan.

Si una paciente es excesivamente sensible al dolor y sufre cada vez que le dan una inyección o le toman una muestra de sangre, pienso: «Este parto consistirá en varias horas tremendas de llantos y gritos.» La chica inmadura que trae a la sala de partos su almohada o su muñeca no está preparada para tener un hijo y a veces me pregunto de quién es la culpa: de sus padres, de ella misma, de su marido, de todos nosotros. Y lo peor es la muchacha dependiente que viene acompañada por su madre durante los nueve meses del embarazo. Por supuesto, en este caso no veo nunca al marido. Es mamá quien acompaña en la sala de espera a su hija y prácticamente la tiene asida de las manos. Lograr que esa mujer entre sin su madre al consultorio es una verdadera hazaña, y yo estoy bastante seguro de que no le irá muy bien en su parto. Gritará: «Quiero a mi mamá, quiero a mi mamá.»

Estas madres sobreprotectoras están llenas de cuentos de comadres y de falsas concepciones acerca de la preñez. Los tiempos han cambiado mucho desde la época en que a mamá la llevaban a la sala de partos y papá debía quedarse abajo esperando. Mamá no se puede imaginar por qué su hija quiere que la acompañe su marido, y mucho menos por qué no la dejan acompañarla a ella. En las épocas en que mamá daba a luz, probablemente le daban tal cantidad de anestesia que no sabía qué ocurría hasta que veinticuatro horas más tarde alguien le informaba que su hijo había nacido. Y hoy la hija quiere ir a las clases de parto natural, saber todo lo que ocurre y estar consciente. ¿Y el marido también lo verá todo? Ella no lo puede creer.

Después de que mamá daba a luz, se quedaba trece días en cama en el hospital. No se movía de la cama para hacer sus necesidades, ni para higienizarse. Y la enviaban a casa el día catorce, débil como un gatito e incapaz de caminar. Debía tener enfermera privada o una niñera en el hogar precisamente porque había estado trece días en cama: pase usted trece días en cama sin tener un hijo y verá qué le ocurre. Pero ahora su hija se levantará la mañana siguiente. «¡Dios mío! —dice mamá—, se te van a caer las entrañas.» Y sin embargo, cinco días después la joven madre suele estar en su casa y sentirse fuerte, aunque mamá trate de persuadirla a meterse en cama y de recrear las condiciones de hace veinte años.

Cuando hago la ronda en el hospital, esa madre ansiosa está allí durante todas las horas de visita. Siempre me sigue y me hace preguntas sobre su hija: ¿Está realmente bien? ¿El niño está bien? ¿El pediatra le ha visto? ¿Es el mejor pediatra de la ciudad? O me da instrucciones: «Ahora dígale a mi hija que necesitará una niñera al menos por tres meses.» Supone que yo debo decírselo a su hija. Usualmente, no digo gran cosa. A veces trato de pedirle a la madre que no interfiera, pero no sirve de nada. Es más fácil decir que sí, espléndido, y después no decirle nada a la hija, o limitarse a advertirle que se cuide de una madre que trae regalos.

Estas madres aparecen todo el tiempo y son clásicas madres judías. Muchas realmente lo son, pero no es necesario que así sea: las madres italianas, por ejemplo, son igualmente maternales. Y una paciente mía es una mujer de color de St. Croix cuyos hijos la llaman «nuestra madre judía».

Bonnie Levy se convirtió en otra de mis pacientes cuando su madre me consultó por un problema ginecológico. Ambas constituían una especie de paquete: desde la primera visita, Bonnie normalmente fue acompañada por su madre.

Mrs. Garfinkel era una mujer delicada, de pelo negro, con mucho dinero, una cantidad de joyas de aspecto costoso y una hija, Bonnie. Un par de años después de atender a Mrs. Garfinkel, Bonnie se casó y se convirtió en Mrs. Sidney Levy. Mrs. Garfinkel pensaba que Bonnie era demasiado joven para casarse —tenía veinte años y acababa de regresar del Finch College—, pero por lo menos Sidney provenía de una buena familia y sus padres no interferían demasiado. Nunca supe qué pensaba al respecto Mr. Garfinkel porque nunca se habló de él.

Bonnie estaba tranquila y parecía bastante contenta, pero yo no había logrado conocerla bien. A veces incluso tenía la sensación de que ella no estaba del todo presente. Pocas veces demostraba emoción y tenía un curioso hábito: si yo le preguntaba, por ejemplo: «¿Cómo está, Bonnie?», ella respondía cortésmente: «Bien, gracias», y luego agregaba: «¿Y usted?» ¡Como en un té! Tal vez ésa fuera su forma de mantener su intimidad. La única cosa que yo sabía que no le gustaba era estar en la mesa ginecológica.

Y luego, en octubre, poco más de un año después del casamiento, Bonnie y Mrs. Garfinkel vinieron y Bonnie dijo que creía estar embarazada. Le había faltado un período dos semanas antes, y la examiné para asegurarme.

Podía hacer varias cosas. Por ejemplo, ponerle la mano en el pecho. Eso casi es suficiente, porque el pecho de una embarazada se siente de cierta manera. Pero cuando palpo el útero y está

suavemente agrandado y suave en la parte superior, sé sin lugar a dudas que una mujer está embarazada.

Si una mujer se cree embarazada, y mi examen no parece positivo, hay análisis que podemos realizar directamente en el consultorio. Por ejemplo, hay un examen de orina que lleva dos horas y que constituye una prueba definitiva. Pero antes de realizarlo vemos si podemos obtener una lectura clara de un examen simple y altamente sensible que lleva dos minutos. Se llama Gravindex. Una gota de orina, una gota de suero y dos gotas de un producto químico blanco llamado antígeno, se mezclan en una diapositiva negra. Mrs. Donohue hace girar suavemente el *slide* durante dos minutos, sin dejar de mirar. Si la mezcla se mantiene lechosa y homogénea, el resultado es positivo. Si se forman pequeñas partículas blancas, es negativo. Realmente, con frecuencia hacemos esta prueba para el beneficio de la paciente, y no para el nuestro. A ella siempre le gusta oír: «La prueba de su embarazo es positiva.» Y entonces está segura, porque eso es lo que le han enseñado. Cuando nosotros necesitamos la prueba es generalmente en el caso de una mujer que tiene el útero retirado hacia atrás y no podemos sentir si la parte superior es suave.

Yo estaba seguro de que Bonnie estaba embarazada, pero no dije nada hasta que Katey entró y me dijo que el Gravindex era positivo. Le pedí a Katey que hiciera pasar a Bonnie. Mrs.

Garfinkel se acercó con ella, pero Bonnie se volvió y le dijo:

—Mamá, esto es personal.

Entonces pensé: «Bien por Bonnie, ahora sí parece que vamos a algún lado», y Mrs. Garfinkel volvió a la sala de espera.

Bonnie entró conmigo en mi despacho. Cuando le dije que estaba embarazada enrojeció furiosamente. Es una muchacha bonita. Es rubia, de ojos azules, y un poco de cara de bebé. Tiene cierta tendencia a los mohines que, según pienso, debería controlar. Y realmente no se parece en nada a Mrs. Garfinkel, aunque se viste en la misma forma costosa y conservadora, y usa muchas joyas para

una persona joven. Un alfiler de oro, pendientes, uno o dos hilos de perlas y un anillo de compromiso con un brillante, muy grande y de forma de pera que aparentemente demostraba de qué buena familia venía Sidney.

De modo que Bonnie estaba ahora en silencio, sonriente y excitada. Y si se había mostrado rígida durante el examen —lo que no tiene nada de raro en una muchacha que está con las piernas muy abiertas mientras alguien la examina—, bueno, ahora parecía verdaderamente feliz y como liberada. Después de todo, había sido embarazada por su marido, y no por su madre.

Yo me sentía feliz por ella y, al mismo tiempo, me preocupaba su embarazo. Bonnie no era una chica madura y además no estoy de acuerdo en que la gente tenga hijos tan pronto después del casamiento. Cuando me lo preguntan, digo a las parejas: «Seréis padre y madre por toda la vida, pero sólo podéis ser marido y mujer por poco tiempo. Lo mejor es tomarse un par de años para ser marido y mujer; es muy diferente un niño que llega en estas condiciones. Las personas que piensan de otra manera, es porque no tienen hijos.»

Finalmente, Bonnie dijo:

—¿Está absolutamente seguro, doctor Sweeney?

—Así es, Bonnie.

—Es maravilloso. No puedo creerlo. No puedo esperar el momento de decírselo a Syd. ¡No lo creerá!

—¿Por qué? —pregunté.

Se ruborizó.

—¡Ya lo creo que sí! Quiero decir, ésta fue la primera vez que nos lo propusimos.

Sonreí.

—¿Tiene alguna pregunta?

Ella puso cara de sorprendida y luego movió la cabeza, y esto no es desusado, porque cuando acabo de decirle a una muchacha que está embarazada lo normal es que de pura excitación no recuerde su primer nombre, no ya las preguntas que quiere hacer. Y yo dije todo lo que suelo decir cuando anuncio un embarazo: le prescribo a la muchacha hierro y vitaminas y le advierto que no aumente más de nueve kilos de peso, porque no debe comer por dos, como dicen los viejos cuentos. Y le explico qué debería comer, qué proteínas y qué vegetales. Y que deberá venir a examinarse cada cuatro semanas hasta el séptimo mes, y luego a las tres semanas y a las dos y una vez por semana o con más frecuencia si lo necesita. Y lo hago así para que, siete meses después, cuando le pida que venga a las tres semanas, no me diga asustada: «¿Tres semanas? ¿Qué pasa de malo?» Y le aviso que el niño no se moverá durante cuatro o cinco meses y medio, para que no esté convencida de que el niño se ha muerto porque no se ha movido al tercer mes de embarazo.

Trato de prever qué la va a preocupar. Siempre advierto que algunos días no serán muy buenos, y que puede haber nauseas. Después de todo, algo tendrá que ceder cuando el útero crezca, y el estómago y los intestinos serán empujados. Y le dolerá la espalda y se le hincharán los pies, y deberá ir al lavabo con más frecuencia, incluso en medio de la noche. Y las molestias empeorarán cuando el útero siga creciendo y presione sobre la vejiga.

Le explico que en la primera parte del embarazo, la naturaleza quiere que se mueva más lentamente, y hace entonces que se canse con más facilidad; y que en la segunda parte todo es mejor, y se sentirá sin náuseas y con nuevas energías, y que hacia el final las molestias volverán.

Y en este punto trato de no mencionar las cosas anormales. Todas las mujeres han oído hablar de ellas. Si digo simplemente: «El edema es una señal de peligro», todas tendrán hinchazones y exceso de fluidos. Así que no hablo de esto, porque de cualquier modo vigilo de cerca a cada una de mis pacientes. Y obviamente aconsejo que me avisen si pierden sangre, y recomiendo que

compren un libro sobre el embarazo y que no relean obsesivamente el capítulo sobre la obstetricia anormal. Las aliento a ir a algunas clases, aunque no se propongan un parto natural, porque aprenderán mucho. Y les digo que el embarazo es un proceso fisiológico normal, que estar embarazada no es patológico, que no es una enfermedad. Pero como hay numerosos cuentos de comadres acerca del embarazo, les pido que me llamen ante cualquier problema que se presente. Un farmacéutico no sabe lo suficiente, ni un marido, y mucho menos una madre o una suegra. La mujer que va al hospital y se opera de apéndice o de un cálculo no sale de él creyéndose experta en estas operaciones; pero una mujer que ha tenido un hijo explicará encantada montones de cosas —en su mayoría inexactas— sobre el embarazo. Ahora bien: no todos los médicos conducen un embarazo como yo. Puedo ser más liberal en ciertos aspectos y no en otros. Pero una vez que he asumido la responsabilidad por el cuidado de una mujer, ella está en mi campo de juego y deberá atenerse a mis reglas de juego.

Bonnie escuchaba todo esto. Asentía y no parecía tan llena de ansiedad como yo esperaba.

—Bonnie —le dije—. Ahora se irá a su casa, y le contará a Sydney y estoy seguro de que se le van a ocurrir un montón de preguntas. Escríbalas y tráigalas la próxima vez, y llámeme si quiere preguntarme algo en el ínterin.

—Muchas gracias, doctor Sweeney —respondió Bonnie—. ¿No es maravilloso?

—Sí, lo es —le respondí, sonriendo.

Me puse de pie, le di un abrazo y la acompañé hasta la puerta. Y allí estaba esperando Mrs. Garfinkel.

—Estoy embarazada, mamá —dijo Bonnie—. De verdad.

—Es espléndido, querida. Te felicito... Aunque no sé si estoy preparada para ser abuela. Tendré que acostumbrarme a la idea.

Bonnie sonrió.

—Te acostumbrarás, mamá. Yo tampoco estoy acostumbrada. Vamos a algún lado en donde pueda telefonear a Sidney.

Luego Mrs. Garfinkel me dijo:

—Doctor Sweeney, espero que le haya recomendado a Bonnie que pierda un poco de peso.

—No creo que éste sea el mejor momento para que Bonnie pierda peso, Mrs. Garfinkel. Pero hablamos algo acerca de mantener bajo el aumento de peso durante el embarazo.

Aún estábamos en la puerta de mi despacho cuando la mujer continuó:

—¿Y le dijo que no debe tomar medicinas... Ninguna clase de píldoras?

—Sí, le dije que no debe tomar nada innecesario. Bonnie —agregué—, eso no significa que aguante un feroz dolor de cabeza porque no se atreve a tomar una aspirina. Si tiene alguna duda, llámeme.

Mrs. Garfinkel todavía tenía la mano sobre mi brazo, pero Bonnie dijo:

—Mamá, quiero llamar a Sydney. ¿Vienes o no?

Dos semanas después recibí una llamada telefónica de Mrs. Garfinkel.

—Doctor Sweeney, dígale por favor a Bonnie que deje de beber.

—¿Qué está bebiendo?

—Alcohol —respondió Mrs. Garfinkel, como si fuera cianuro—. Bonnie y Sidney vinieron anoche a cenar y ella quería un cóctel. Le dije que no le convenía, pero me contestó que usted le dijo que no había inconvenientes.

—Así es, Mrs. Garfinkel. Le dije a Bonnie que si deseaba una copa antes de la cena, podía bebería. Y que si no le sentaba bien, que no bebiera. Y también me preguntó acerca de fumar, y le contesté que mejor era no fumar, pero que no me parecía que seis u ocho

cigarrillos por día pudieran dañar al bebé. Y le dije que no me parecían recomendables los trips... [*Trips*: *literalmente, viajes. También experiencias psicodélicas*].

Era un poco mezquino poner en la mente de Mrs. Garfinkel aquella idea, pero ella contestó:

—¿Viajes? No creo que Sidney y ella piensen lado.

Así que ni siquiera conocía la expresión. Cuando le mencioné a Bonnie la marihuana, me dijo que había probado en una ocasión, pero que nada le había ocurrido y no había vuelto a fumar. Lo que era bueno, porque no sabemos exactamente el efecto que la marihuana, o cualquier otra de las drogas que toman los jóvenes, puede tener sobre su progenie.

Mrs. Garfinkel acompañó a Bonnie en todas sus visitas, y parecía ocurrir algo extraño. Después de esa primera oportunidad, Bonnie parecía ponerse cada vez más en manos de su madre.

En noviembre, Mrs. Garfinkel dijo que estaban a punto de pintar el apartamento de Bonnie.

—Ciertamente no me parece que a Bonnie le convenga aspirar ese olor a pintura, ¿no le parece, doctor Sweeney?

—La pintura no puede hacerle daño, pero si el olor le marea, quizá sea mejor que lo pinten más tarde.

Pero Mrs. Garfinkel decidió en el acto que Bonnie y Sydney se mudaran a su propio cuarto de huéspedes, mientras su criada supervisaba la pintura y hacía luego la limpieza en el apartamento de los Levy.

Después de las fiestas de Navidad y Año Nuevo, Mrs. Garfinkel volvió a referirse al peso de Bonnie:

—Comió de todo y aumentó un kilo y medio.

—Tal vez sería mejor que se sentara ante mi escritorio, Mrs. Garfinkel —respondí—. Está trabajando mejor que yo: es más severa con Bonnie.

Pero esta última no dijo nada, y yo llegué a pensar que era pura obstinación mía insistir en hablar a solas con Bonnie. Invariablemente terminábamos los tres» en el pasillo examinando las preguntas de Mrs. Garfinkel.

En cierto momento le sugerí a Bonnie que viniera con Sydney. Prefiero conocer al marido. Así puedo decirle a él que todo marcha bien, y responder a sus preguntas. Después de todo, su esposa vuelve a casa y afirma: «El doctor Sweeney dice que estoy bien», pero él no siempre estará seguro. Y muchas veces recibo llamadas extra entre las seis y las siete de la tarde, porque ésa es la hora en que los maridos regresan, y por ejemplo dialogan así con sus esposas:

—¿Le preguntaste al doctor si podemos salir de paseo este fin de semana?

—No. Me olvidé.

—Bueno, llámale. Para eso le pagas.

Me agrada ver al marido, al menos una vez. Ya es bastante malo para ese hombre presentarse en un hospital desconocido cuando su esposa llega al momento del parto. Y si ni siquiera conoce al médico de su mujer, la situación es hasta ridícula.

Bonnie me respondió:

—Syd está muy ocupado, doctor Sweeney. Pero ya veré.

No supe si le preguntó o no, pero él no apareció. Sólo Mrs. Garfinkel. En esa visita su nuevo interrogante fue:

—¿Y las venas, doctor Sweeney? ¿No le quedarán las piernas peor?

Podría haberle pegado. Yo sé que no tenía mala intención y que amaba a su hija; pero ciertamente no la estaba ayudando. Y no podía responder a su pregunta porque era difícil saber qué ocurriría con sus venas. Son afectadas porque el gran útero embarazado obstruye el camino de regreso de la sangre desde las piernas.

Bonnie esperaba su hijo para fines de junio. No faltaba mucho tiempo cuando Laura, mi enfermera, murmuró cuando entré en el consultorio:

—Aquí está la planilla de Bonnie Levy. Mrs. Garfinkel, perdida en acción de guerra.

Debí de mostrar mi sorpresa porque agregó:

—No me mire así: no le hice nada. Bonnie vino sola.

Examiné a Bonnie y luego fuimos a conversar a mi despacho. Le dije que todo estaba bien y le pregunté cómo se sentía.

—Me siento inmensa, doctor Sweeney. Y camino como un pato. Y ni siquiera puedo ir derecha. Mamá dice que no debo hacerlo, pero no lo puedo evitar.

Yo estallé.

—Bonnie, su madre probablemente lo hace con buena intención, pero le está creando problemas a usted y a mí me está a punto de volver loco. ¿Qué significa esto? Usted está en el octavo mes de embarazo y con ese enorme vientre... Por supuesto se echa hacia atrás: si no caminara con la espalda arqueada se caería de cara. Todas las embarazadas caminan así. Se llama posición lordótica, y con ella se compensa el peso y se cambia el centro de gravedad. Si su madre dice que caminaba de otra forma mientras estaba embarazada de usted, o tiene la memoria débil o le está mintiendo. ¿Y dónde está, de cualquier modo?

Bonnie se echó a llorar y yo pensé: «Dios mío, ¿qué he hecho?» Pero ella empezó a reírse al mismo tiempo y logró decir entrecortadamente:

—No le dije que tenía una cita hoy, y se va a poner furiosa de que viniera caminando como un pato y, además, sola.

Ahora reía francamente, y le dio hipo, y fueron necesarios unos minutos y un vaso de agua para que se tranquilizara. Y entonces pudimos hablar.

—Doctor Sweeney, no se trata solamente de mi madre. Sydney y yo no hemos estado juntos durante estos últimos meses, y me siento muy sola.

—¿Dónde está Sydney?

—En ninguna parte. Quiero decir, está en casa; pero no hemos estado juntos.

—¿Qué quiere decir eso?

—Que... Dejamos de acostarnos juntos hace varios meses.

Bueno, eso podía ser un problema. El embarazo tiene cierta aura. Aun en un hospital es posible que un médico de otra especialidad se espante si tiene una mujer embarazada en su sala. También algunos maridos tienen miedo de sus propias esposas en ese estado, y otros pierden su impulso sexual por cinco o seis meses. Y muchos engañan. Si uno les dice que pueden tener relaciones, lo ocultan o lo buscan en otro lado. Pero yo ignoraba qué ocurría entre Bonnie y Sydney, así que me limité a preguntar:

—¿Le dijo Sydney por qué no quería acostarse con usted?

Se mostró sorprendida.

—No tenía por qué. Yo le dije que no debíamos. Mamá dijo que podía tener un aborto, y que a ella le había ocurrido. Nunca me lo había dicho antes.

—¡Oh, Bonnie, por Dios!, eso no es cierto. Usted es una chica grande y debe aprender a no tomar a su madre al pie de la letra. Por favor, escúcheme: distintos médicos pueden tener distintas opiniones, pero en lo que a mí me concierne, usted puede hacer el amor hasta que empiece el trabajo del parto. Simplemente, no lo hagan en el quirófano, porque alguien podría sentirse avergonzado. Querría que esto quedara entre nosotros dos: ningún hombre es tan grande para alcanzar el cuello uterino, ni tan fuerte para romper las membranas. De modo que es espléndido que ambos estén juntos tanto como quieran y les guste. Sydney no puede hacerle ningún daño a usted ni al bebé.

Parecía feliz. Enrojeció y admitió:

—Hemos hecho otras cosas, pero quiero hacer el amor con él.

—Pues vaya a su casa y dígaselo —sonreí—. Y desconecten el teléfono. Por suerte, ninguno de ambos es médico y pueden hacerlo. ¿Qué otra cosa quiere saber?

—Creo que estoy un poco asustada.

No era malo que eso saliera a la superficie. Todas las mujeres embarazadas sufren temores, y así se lo dije.

—Pero tengo miedo de tantas cosas —insistió—. Si le cuento todo, pensará que estoy loca.

—De ninguna manera. Va a ser madre, y eso es todo. ¿Qué teme?

—Lo que más quiero es que el bebé no tenga problemas... Pero también me inquietan mis propias reacciones. Me da mucho miedo el dolor.

—Le haremos una anestesia en la parte final del parto, y el dolor apenas la molestará.

—Y siento que soy insoportable. Todo el mundo me lo dice...

—No es así.

—Y quiero ver nacer a mi bebé.

Se interrumpió, como si acabara de plantear un problema sin solución.

Le expliqué que hay varias clases de anestesia que suprimen el dolor sin alterar la conciencia, y que le aplicaría una de ese tipo.

—¿Qué más?

—¿Cuándo debo llamarle?

—¿Quiere decir cuando llegue el momento?

—Sí. Si lo sé. Me figuro que me daré cuenta.

—Lo sabrá. Tendrá dolores en el vientre. Y cuando se ponga la mano en el estómago, sentirá que se endurece. Puede llamarme apenas empiezan los dolores, o cuando éstos se hagan regulares y lleguen cada diez minutos. Recuerde, aproximadamente diez minutos. No diez minutos exactos.

Una paciente anterior me enseñó a ser claro al respecto. Cuando me llamó, tenía contracciones cada cuatro minutos. «Le pedí que me llamara cuando el espacio fuera de diez minutos», le dije. Y me contestó: «Pero venían cada doce y cada ocho y cada seis minutos, y ahora cada cuatro. Nunca vinieron cada diez.»

—Bonnie, otra cosa. Si pierde aguas, llámeme inmediatamente aunque no haya sentido contracciones. Y si no me encuentra en seguida, métase en cama.

—¿Cuándo se rompe la bolsa de aguas?

—Puede ocurrir en cualquier momento.

—¡Dios mío! —repuso Bonnie—. ¿Y si estoy en el supermercado?

—Se mojará un poco y vendrá en seguida en un taxi.

Sonrió y volvió a ponerse seria.

—Dígame lo que sea.

—Doctor Sweeney —empezó solemnemente—, ¿qué pasará si usted no está cuando llegue el bebé?

—Estaré, Bonnie. Mi hospital está en contacto permanente conmigo.

Me agradeció «por perder tanto tiempo con una tonta como yo» y me prometió que le pediría a Sydney que la acompañara la próxima visita.

—Me alegro —le dije, y la despedí con un beso en una mejilla—. Y pasé una bella noche —agregué.

Bonnie se puso bastante colorada.

No es raro que las mujeres teman que el médico no llegue a tiempo. Naturalmente, ninguna paciente debe esperar que el médico le dedique atención constante desde el principio de las contracciones. Puede encontrarse en la sala de operaciones, o con otras pacientes, o durmiendo. Y la enfermera especializada, que ha visto en ese trance a muchas embarazadas, no querrá despertar a las dos de la mañana a un médico por una persona que no dará a luz hasta las tres de la tarde. Algunas veces se equivocan. Alguna vez ocurre que un residente o una enfermera me diga: «Su paciente, la señora Tal, ha llegado. Parece tener para cuatro horas más.» Entonces me doy vuelta en la cama y sigo durmiendo, o atiendo a otra persona, y de pronto recibo una llamada frenética: «La paciente está a punto de alumbrar.» Entonces respondo: «Voy en seguida, pero si me demoro, no hagan esperar al bebé.»

Esto ha ocurrido. La mujer está en el trance, y el doctor no ha llegado, y el bebé es literalmente contenido o la enfermera le cruza las piernas a la mujer. El bebé trata de nacer, y puede respirar en la vagina, donde no hay oxígeno, y sufrir daño cerebral. Es inexcusable demorar un parto. En un hospital siempre hay alguien que puede hacerse cargo.

Es muy poco común que no lleguemos a tiempo a un parto, pero a toda persona que trabaja en obstetricia le ocurre ocasionalmente. Hay quien intenta disimularlo. Cuando la paciente está lista y el médico no está, le dan alguna anestesia y la atiende otro médico. Luego viene su doctor, se pone apresuradamente la túnica, se echa encima un poco de sangre y actúa como si acabara de ayudar a nacer a la criatura. Luego sale, felicita al padre y le dice: «Es un varón.» Yo lo he visto hacer.

No pienso bien de un médico que obra de esta manera, pero tampoco puedo salir y decirles a los padres: «¡Qué gracioso!, en realidad no estaba.» Los médicos son personas, y entre todos nosotros hay ladrones. Lo normal es que uno quiera estar presente. Ésta es mi paciente, ella requirió mis servicios y paga por mis cuidados, y las veces en que me ha ocurrido no llegar, siempre me

han dolido y enfurecido. Algunas madres han sido comprensivas, otras se enojaron, y no les reprocho su actitud. Pero en un año, que significa probablemente unos ciento setenta partos, no ocurre más que una o dos veces.

Ese mismo día, más tarde, Mrs. Garfinkel me telefoneó:

—Doctor Sweeney, me he enterado de que Bonnie fue a verle hoy. No puedo comprender por qué fue sola, pero de todas maneras quiero saber cómo se encuentra.

—Mrs. Garfinkel —le respondí—. Su hija es una persona adulta, y no tengo secretos para ella. Si quiere usted saber la historia completa, llame a Bonnie y pregúntesela.

Estaba vengado.

XII. EL CIRCO DE TRES PISTAS

Para el 30 de junio, Bonnie Levy estaba retrasada en dos semanas y media. Muchas mujeres se tornan nerviosas o enfadadas cuando esto ocurre. Es, en cierto modo, una injusticia: una mujer ha hecho un trato con la naturaleza y después de llevar durante cuarenta semanas el gran bulto está realmente dispuesta a librarse de él. Todos le preguntan: «¿Para cuándo?», y ella responde: «En cualquier momento» o «Para ayer», y no pasa nada. La familia y los amigos, que no han sabido nada durante unos días, vuelven a llamar, pensando que se han pasado por alto el acontecimiento. Y allí está la mujer, en su casa, todavía grande y gruesa; y cuando atiende el teléfono, oye que alguien le dice:

—¡Dios mío!, no pensé que ya estuvieras de vuelta en tu casa... ¿Qué tuviste?

—Todavía nada —responde, y piensa que su niño nacerá bastante grande para ir directamente a la guardería.

Y finalmente su marido, o en el caso de Bonnie, su madre, le dirá:

—¿No sería hora de pensar en un parto inducido?

Dos semanas y media son bastante tiempo para considerar la inducción, pero Bonnie no parecía demasiado preocupada. Como me hablaba cada dos días, me contaba lo que estaba haciendo en ese tiempo extra. Durante la última semana del embarazo muchas mujeres encuentran repugnante la sola idea de comer; pero Bonnie, que nunca había sido una gran cocinera, estaba ensayando nuevas recetas y, cuando venía al hospital, dejaba la cena a enfriar en el congelador de su nevera.

—El único problema que tengo es que a causa del vientre sólo alcanzo a cocinar en las hornillas del frente —me dijo.

Le pedí que si estaba cocinando cuando empezaran las contracciones, interrumpiera la tarca y viniera al hospital. He tenido pacientes que terminaban de asar una carne, o limpiaban la casa y ordenaban las provisiones de la semana antes de venir. Y yo esperaba a una paciente que revisaba una lista de compras, y a veces iba a la peluquería cuando ya había empezado el trabajo del parto.

Finalmente, Bonnie me telefoneó a la media tarde del último día de junio para decirme que había tenido una pérdida sanguinolenta. Se trata de una sustancia mucosa teñida de sangre que es desalojada del cuello uterino cuando éste empieza a dilatarse y típicamente anuncia el comienzo de las contracciones, aunque pueden pasar aún varias horas hasta que éstas se normalizan. Bonnie dijo que no sentía nada más.

—¿Qué está haciendo? —le pregunté.

—Estoy haciendo pastelitos de chocolate —respondió.

—¡Con este calor!

—A Sydney le gustan mucho, y si tengo que ir al hospital me gustaría dejárselos preparados.

Le dije que se acostara y me llamara un par de horas más tarde.

—Muy bien —aceptó—. De cualquier forma ésta era la última bandeja.

A las cinco volvió a llamarme. Yo ya estaba en el hospital con otra paciente obstétrica, Polly Andrews, y me pasaron allí la llamada. Bonnie dijo que sentía un suave dolor de estómago y que debía ir al lavabo cada pocos minutos.

—¿Se le ha roto la bolsa de aguas? —pregunté—. ¿Cree que es eso?

—No sé. Simplemente voy todo el tiempo al lavabo.

—¿De qué color es? Si es amarillo, es orina. Si es un líquido incoloro, entonces se le ha roto la membrana y debería venir aquí.

—No sé de qué color es. Tenemos en el inodoro esas cosas Daisy y como tiñen el agua de azul no puedo ver nada.

Me reí.

—Busque un bol transparente y úselo la próxima vez. Luego llámeme.

Le di a Bonnie el número del hospital y le dije que pidiera por la sala de partos.

A las 5,30 me volvió a llamar.

—He recogido algo en el bol, doctor Sweeney, y no me parece orina.

—Muy bien...

Y oí la voz de Sydney más lejos. Decía:

—A mí tampoco.

—Así que Sydney ya está ahí, ¿eh? Bueno, no pierdan más tiempo en mirar el bol y vengan los dos.

Cuando se rompe la bolsa amniótica, el bebé pierde la almohada protectora formada por dos litros de líquido. Además, cuando se

rompe la membrana, el cordón umbilical puede caer hacia afuera o sufrir un prolapso, y en ambos casos el bebé deja de estar efectivamente separado del mundo exterior. Yo quería que Bonnie estuviese lo antes posible en el hospital, donde podríamos resguardarla contra una infección uterina, y donde era posible vigilarla e inducirla si no iniciaba pronto un trabajo de parto espontáneo.

Los Levy llegaron una hora más tarde, a las 6,30. Yo estaba con Polly Andrews, cuando una enfermera me dijo que Mrs. Levy acababa de registrarse. No podía abandonar a Polly en ese momento, así que dije apenas:

—Que el residente examine a Bonnie y le diga que estaré con ella dentro de un rato. —Pero no pude dejar de murmurar—: ¿Qué hicieron? ¿Vinieron caminando?

No esperaba una respuesta, pero la enfermera la sabía:

—No. Mrs. Levy comentó que Sydney no había cenado y le dio algo de comer antes de venir porque se sentía muy bien. Ella misma no comió nada, pero dice que ahora tiene hambre.

—Nada de comida —ordené—. Y que el médico que la examine venga a hablar conmigo.

Unos minutos más tarde, la enfermera regresó y me avisó que Mrs. Garfinkel estaba en el teléfono.

—¿Le parece que puedo hablar con Mrs. Garfinkel? —pregunté. Tenía la mano en el interior de la vagina de Polly en ese

momento—. Dígale que no hablo con madres, a menos que las esté ayudando a dar a luz.

La enfermera salió de prisa; yo sabía que le diría algo más decoroso a Mrs. Garfinkel.

A las siete menos cuarto, el residente entró y me contó que había examinado a Bonnie. Tenía dos centímetros de dilatación y sus membranas, efectivamente, se habían roto. Bajé a la sala a verla, y

dejé al residente con Polly. Bonnie estaba sentada en la cama, leyendo.

—¿Cómo está, doctor Sweeney?

—Muy bien, Bonnie. ¿Y usted?

—Creo que tengo hambre. Al menos, tenía hambre hace unos minutos. Ahora no estoy segura.

—¿Dónde está Sydney?

—Fue a ver si podía conseguir un cuarto privado. Realmente me gustaría tener al niño conmigo en el hospital, pero no sabían si quedaba una cama libre.

—Un cuarto privado es más trabajo.

Me miró frustrada.

—Ésas son las cosas que me dice mamá.

—¿Le parece bonito hablarle así a su tocólogo?

Se rió.

—Tuve un dolor —anunció—. Y me asusté un poco. Era como si me estuvieran rascando con las uñas dentro del vientre. Pero el resto del tiempo no siento prácticamente nada.

—Está bien, Bonnie. Todavía es muy temprano. Está justamente al principio del trabajo. La enfermera, o alguno de los médicos la verán todo el tiempo, y yo pasaré esta noche, más tarde. Tengo aquí a unos pasos a una embarazada que alumbrará antes que usted.

—¡Cómo me gustaría verlo! —dijo Bonnie, irguiéndose en la cama.

—Me lo imagino, pero se quedará aquí. Lea su revista y la veré luego.

Volví al lado de Polly Andrews, dos salas más allá. Yo había sentido creciente preocupación por Polly a medida que se acercaba a su término. Su pelvis era estrecha y no sabíamos si la cabeza del bebé —de buen tamaño— podría abrirse paso, o si deberíamos

hacer una cesárea. La última vez que examiné a Polly la cabeza del bebé todavía no se encontraba entre los huesos pelvianos; ordené una serie de radiografías de la pelvis en diversos planos. Si bien no nos gusta aplicar rayos X a las embarazadas innecesariamente, en ese caso no había opción. Era indispensable conocer el tamaño de la cabeza en relación con el tamaño y la forma de la pelvis. El especialista que examinó la complicada serie me envió de vuelta las radiografías con una nota: «El tamaño de la pelvis está en el límite. Con un buen trabajo, la cabeza podría pasar, pero con dificultad.»

Polly había empezado el trabajo de parto por la mañana temprano y fue inmediatamente al hospital. Comprendía la situación: tendríamos que esperar y ver el progreso del bebé, y luego decidir la forma del nacimiento. Sólo una cosa me molestaba, y era que el marido de Polly no se quedó con ella. Cuando la acompañó al hospital por la mañana me preguntó si había una razón especial para que se quedara. Me figuré que si no lo sabía, no debía explicárselo precisamente yo, pero de todos modos le dije:

—Polly tiene por delante una larga espera, y quizá le gustaría estar acompañada.

Ese individuo —su nombre es Michael, pero yo le llamaba Mr. Andrews— se dirigió a Polly e inquirió:

—¿De veras prefieres que me quede, cariño?

Ahora bien: ella estaba muy asustada, pero seguramente conocía a su marido.

—No, Mike —le respondió—. Ve a la oficina. Si ocurre algo, te llamaré.

Vi a las pacientes de mi consultorio hasta las dos y cuarto y me llamaron del hospital: Polly había empezado el trabajo verdadero. Caminé las siete calles hasta la unidad de espera, vi a Polly y le dije que volvería a verla algo más tarde.

A las 4 regresé. La dilatación era de tres centímetros. Tenía una infusión en el brazo, y ya habíamos analizado su tipo sanguíneo, y

había disponible una provisión para una posible transfusión. Todavía era muy pronto para saber si podría dar a luz por vía vaginal.

Le sugerí a Polly que yo telefoneara a Mike, porque no hay teléfonos en los cuartos de trabajo. Aceptó, con gusto, y seguramente hacía rato que deseaba su presencia. Mike Andrews llegó a las 5,15 y a las 5,45 la dilatación pasaba de cinco centímetros. Las contracciones eran vigorosas. La cabeza del bebé estaba encajada en la pelvis, pero no descendía. Rompí la membrana con un instrumento especial, una especie de larga aguja de crochet que se adapta, curvada, al cuello del útero. Al bajarlo, rompió la bolsa y parte del líquido amniótico se derramó.

Polly siguió trabajando bien, pero cuando la examiné a las 6,15 la cabeza del bebé no había comenzado aún a descender aunque la dilatación era de seis centímetros.

Entonces, a la 6,50, estudié las radiografías en la caja luminosa, fuera de la habitación de Polly. Mike Andrews estaba a mi lado.

— Examinaré a Polly una vez más —le avisé—. Si la cabeza no desciende, no esperaré más. Ya le hemos dado bastante tiempo.

Mrs. Ames, la enfermera, y yo, revisamos a Polly. Afuera, en el pasillo, le dijo a Mrs. Ames en presencia de Mike:

—El bebé no pasa por la pelvis. Operaré apenas esté usted lista.

Mrs. Ames avisó al residente, que haría todas las llamadas necesarias para reunir el equipo del quirófano que debía asistirme. No tardaría mucho: de día o de noche, podemos empezar a operar dentro de los diez minutos de hacer la llamada de emergencia.

Cuando Mike y yo entramos en la habitación, Polly sólo necesitó mirarnos para saber. Tenía los ojos llenos de lágrimas.

—Será una cesárea —dijo.

Asentí.

—No es ningún problema tener un hijo por el vientre y no por la vagina, Polly. Tanto usted como el bebé están bien. Hemos tratado,

pero el bebé no podrá pasar por la pelvis.

—Y después, ¿tendré que tener siempre cesáreas? —preguntó.

— No se puede saber. Su pelvis no se va a agrandar, pero si el bebé es menor probablemente podría tener un parto vaginal. Y aun si no puede, no hay límite para la cantidad de cesáreas.

Dejé solos a Polly y a Mike por unos minutos. Polly firmó la autorización de su cesárea, y Mrs. Ames le dio una inyección de atropina para secar las secreciones de sus vías respiratorias. Dos enfermeras trajeron una camilla con ruedas, transfirieron a Polly, y la llevaron al quirófano. Mike se despidió de Polly y le dije que esperara abajo, en el cuarto que ella tenía reservado.

Cuando entré al quirófano, ya lavado y listo para mi túnica y mis guantes estériles, Polly estaba en la mesa. La montaña blanca de su vientre estaba afeitada y lavada con desinfectante; tenía los brazos abiertos, en ángulo recto con su cuerpo, para que tuviéramos inmediato acceso a sus venas si era necesario. En una emergencia no nos convendría que los brazos de Polly estuviesen ocultos debajo de varias capas de ropas esterilizadas. Polly tenía una infusión en la mano izquierda, pero estaba despierta porque no queríamos sedar al bebé: una vez que la durmiéramos, no tendríamos mucho tiempo para extraer el bebé.

Dos médicos me asistían, la doctora Susan Perry, residente de Ginecología de cuarto año, y un interno con quien no había trabajo antes. El anestesista era el doctor Marcham, un hombre muy capaz. Había además enfermeras asistentes y una pequeña fuerza que se ocuparía inmediatamente del bebé, consistente en un médico y dos enfermeras.

—¿Cuánto tiempo llevará? —preguntó Polly.

Yo estaba a su izquierda.

—¿Qué quiere decir? ¿Hasta que tengamos el bebé o hasta que usted se despierte?

—Hasta que saquen el bebé —dijo Polly.

—A partir del instante en que se duerma, dos minutos.

—¿Dos minutos? —exclamó ella—. ¡Es imposible!

—Si un obstetra no puede sacar un bebé en dos minutos, debería.

El interno hizo un ruido disimulado detrás de su máscara. Le miré y bajó la vista. Polly sonreía.

—¿Y cuánto tiempo hasta que me despierte?

—Un poco más de una hora —contesté.

La enfermera me ayudó a cubrir a Polly con una sábana verde esterilizada, que tenía cortada una estrecha ventana rectangular. Pusimos esta abertura sobre el abdomen y en el lugar donde haría la incisión. La parte superior de la sábana descansaba en un marco cuadrado sobre la cabeza de Polly, que apartaba la tela de su cara y le bloqueaba la vista.

—¿Le dirán a Mike si todo marcha bien? —preguntó Polly.

—Por supuesto —respondí.

El doctor Marcham inyectó Pentotal directamente en el tubo de la infusión.

—¿Cómo está, Polly?

—Despierta. —Unos segundos más tarde, agregó—: Todavía estoy aquí.

Luego dejó de hablar. El doctor Marcham le pasó un dedo por las pestañas y preguntó:

—¿Está dormida?

No hubo respuesta. Le puso la máscara negra de oxígeno sobre la nariz y la boca. Yo miré el reloj. Eran las 7,25 y quince segundos. El doctor Marcham volvió a pasar el dedo sobre las pestañas de la muchacha y dijo:

—Ya está.

La enfermera me alcanzó un escalpelo y tracé una incisión desde al sínfisis, el hueso inferior de la pelvis, hasta casi el ombligo. El cuchillo usado resonó sobre una caja mientras la enfermera me tendía otro. Atravesé rápidamente las cubiertas abdominales, suturando unos pocos vasos sanguíneos hasta que llegué al útero. Coloqué un retractor de Balfour en la parte inferior de la incisión, para ampliarla, y tras un nuevo corte transversal, desplacé la vejiga, y la dejé apartada. Hice una pequeña incisión en el útero, y la doctora Perry me ayudó a aspirar el líquido amniótico y la sangre que se acumulaba frente al retractor. Metí dos dedos en la incisión uterina, estirando y tironeándola en lugar de cortar: de esa manera no cortaría ningún gran vaso sanguíneo.

Puse mi mano izquierda en el útero, sentí la cálida humedad y la forma redondeada de la cabeza del bebé. Estaba boca abajo. Busqué el mentón y giré la cabecita para que el bebé no aspirara ningún fluido. Además, si le ponía la cara hacia arriba, podríamos limpiarle más rápidamente la boca y la nariz. La doctora Perry presionaba hacia abajo la parte superior del útero para permitirme maniobrar con mayor facilidad. Deslicé mi mano debajo de la cabeza del bebé, sintiendo la nuca, y la alcé. La cabeza salió lentamente, coronada por un mechón de pelo castaño. Lo habíamos logrado. Aunque llevara un momento extraer el resto del cuerpo, no habría problemas porque el bebé ya podía respirar.

La doctora Perry insertó inmediatamente la jeringa de goma rojiza en la boca del bebé, y succionó mucosidades. Yo deslicé la mano derecha a lo largo de la espalda, sosteniendo los hombros mientras los sacaba de costado. El resto del cuerpo se deslizó afuera; era una niña y ya la tenía casi sentada, con la mano izquierda detrás de la cabeza y el cuello y la derecha debajo de sus nalgas. Se veían trazos de sangre, de color rojo brillante, sobre el viscoso vérnix blanco que cubría el cuerpecito.

La doctora Perry apenas había insertado la jeringa en la nariz de la niña cuando el primer breve chillido rompió el silencio de la habitación, seguido por más breves y agudos llantos.

—Dos minutos, maldito sea —exclamó el interno mirando su reloj.

Tragó saliva al comprender que había formulado tan espontáneo cumplido en voz alta.

—Sutura —dije.

La doctora Perry suturó en dos puntos y cortó el grueso cordón umbilical azulado, y dejó un gran pedazo colgando del bebé. Inmediatamente el otro médico tomó de mis manos a la niñita y se la llevó al cuarto contiguo, donde volverían a cortarle el cordón, y sería examinada, pesada y lavada. También se le tomarían las impresiones de los pies.

—Parece una niñita buena —le dije a la doctora Perry, sonriendo.

Ella asintió y me sonrió. El interno buscó el tubo aspirador.

—Pitocin —dije.

El doctor Marcham inyectó una cantidad cuidadosamente controlada de Pitocin en la infusión para ayudar al útero a contraerse. Así fue, y los músculos se estiraron sobre los vasos san-4 guineos que van de la pared uterina a la placenta. Esto no sólo interrumpió la afluencia de sangre, sino que disminuyó la zona de agarre de la placenta dentro del útero. Al no poder reducir su tamaño, se separó y fue empujada hacia afuera. Era una masa de color gris blancuzco, con gruesas venas azules, que pusimos en una bandeja y enviamos al Laboratorio de Patología.

Traje hacia arriba el útero, masajeándolo suavemente primero con las palmas de las manos y luego con los pulgares. Parecía una pelota de color rosa oscuro, y era difícil creer que hubiese albergado hasta un momento antes un bebé de casi tres kilos y medio.

A las 7,29 empezamos el largo proceso de limpiar y reparar el útero y la cavidad abdominal. En dos minutos era posible tener afuera al bebé, pero se necesitaba más de una hora de trabajo antes que Polly estuviese lista para descender a la sala de recuperación. Cuando el pediatra vino a avisar que la niña estaba perfectamente,

le pedí que se lo dijera a Mike Andrews: no me parecía bien hacerle esperar hasta que yo terminara.

A las ocho en punto Mrs. Ames entró en la sala de operaciones. Mrs. Lincoln, una paciente mía que debía llegar a término la semana próxima, había telefoneado: pensaba que tenía contracciones.

—Dígale que venga al hospital —respondí.

Judy Lincoln había dado a luz sus primeros dos hijos con el método del parto natural, y debían ser los dos casos más fáciles que yo había atendido: si pensaba que tema contracciones, lo mejor sería examinarla.

Todavía estábamos atareados con la sutura, casi a punto de cerrar la herida abdominal de Polly, cuando Mrs. Ames regresó. Los Lincoln habían llegado, y el residente, después de examinar a Judy, afirmaba que estaba lista para el parto.

—Lista para el parto... —repetí incrédulo—. ¡Si ni siquiera sabía si eran contracciones!

Le pedí a la doctora Perry que terminara la sutura. Luego me quité la bata y los guantes, le di las gracias a todas las personas presentes en el quirófano y seguí a Mrs. Ames.

—¿Cómo está Bonnie Levy? —pregunté.

—Está bien —repuso Mrs. Ames, con una mirada especial—. Su madre subió a las salas de partos mientras estaba usted operando y tuvimos que echarla.

—Lamento habérmelo perdido —contesté, bendiciendo en silencio a la firme y profesional Mrs. Ames, capaz de hacerse cargo de una emergencia o de una madre inoportuna.

A las ocho y media examine a Judy Lincoln. Es una mujer hermosa y alta, de pelo rubio rojizo. Tenía ocho centímetros de dilatación.

—Y yo que pensaba que tenía el virus de las veinticuatro horas —me dijo—. Casi ni traigo mi bolso.

Cuarenta minutos más tarde, después de tres contracciones y una inyección de novocaína. Judy daba a luz a una niña de tres kilos trescientos. El marido estaba presente, y juntos, mientras la sostenían, decidieron llamarla Jennifer. Todos se quedaron descansando un rato en la sala de partos.

Mrs. Ames comentó:

—Si hubiéramos sabido esto habríamos establecido un turno doble, doctor.

—Está muy bien así, Mrs. Ames —le respondí.

Me dirigía por el pasillo hasta la habitación de Bonnie Levy cuando oí un grito. Un grito fuerte y agudo. Sydney vino corriendo y casi chocamos. Grité «Enfermera», y ambos entramos.

—Por favor. Necesito algo. Me duele —suspiró Bonnie.

La contracción que acababa de sufrir la había dejado de color ceniza.

—Deme cien miligramos de Demerol —le pedí a la enfermera. Le tendí la planilla de Bonnie—Un minuto, ¿dónde está la infusión?

—No se ha ordenado, doctor.

—Bueno. Quiero una. Siempre quiero una.

La enfermera salió.

Bonnie se había recobrado.

—¿La otra embarazada tuvo su bebé? —preguntó.

—Las dos embarazadas tuvieron sus bebés —corregí.

—¡Las dos!

Asentí, sonriendo.

—Dos madres, dos encantadoras niñas.

—Yo también querría ir de prisa —dijo Bonnie—. No me importa que sea varón o niña si está bien.

—Estoy seguro de eso, Bonnie. Pero ahora me gustaría que descansara un poco.

Regresó la enfermera con el Demerol y yo fui a controlar a Polly Andrews. Acababan de trasladarse a su habitación privada, de modo que bajé las escaleras. Polly dormitaba y Mike salió del cuarto para hablar conmigo.

—Felicitaciones —le dije.

—Gracias, doctor Sweeney. Polly tenía mucho miedo. —Vaciló—. Me alegro de que nuestra niña esté bien. No es... No es muy linda, me figuro, pero por suerte todo marchó bien.

Entonces me enfurecí. Cogí del brazo a Mike Andrews que mide treinta centímetros más que yo, y es delgado y pulcro como un político atractivo, y le dije:

—Vamos, hay algo que debería ver.

Le llevé por las escaleras hacia la división de Pediatría, y luego por el corredor, hasta más allá de las habitaciones de los pacientes. Atravesamos las puertas de la nursery y me detuve ante una pequeña habitación que llevaba el nombre de Cuidado Intensivo. Por la ventana se veían tres niños, cada uno en una incubadora con el nivel de oxígeno regulado. Señalé la más próxima: era una niña inmóvil de color púrpura, con dos tubitos en el cuello.

—Esa niña nació la semana pasada con un defecto cardíaco. Tiene ese color porque el oxígeno de su sangre no es suficiente. No se puede operar, y su estado empeorará progresivamente hasta que muera. Eso es lo que usted podría definir como un niño que no es lindo, es decir, si piensa que la muerte y las anormalidades de nacimiento son feas.

Mike Andrews se alejó de la ventana y empezó a llorar.

—Creo que le comprendo, doctor Sweeney.

Le dejé en el cuarto de Polly y volví al octavo piso; desde allí telefoneé a mi mujer.

—Sí, yo te recuerdo —me contestó—. Pero no sé si los Feinberg te recuerdan.

—¡Oh, Dios mío, los Feinberg...! —De pronto comprendí que estaban invitados a cenar. Mi reloj estaba con el resto de mis ropas, de modo que estiré el cuello para ver la hora: eran las 10,15—. Diles que lo siento.

—¿Dónde estás? ¿En el hospital?

—Esto no es un hospital, es un circo de tres pistas. No sé cuándo lograré volver a casa.

—¿Por qué esta noche habría de ser distinta? Nuevamente has perdido un buen bistec.

De pronto sentí un hambre feroz. Me despedí, bajé al *Solarium*, donde pedí dos tazas de café y un par de bocadillos. Me quedé allí, y registré en el dictáfono mis notas sobre la operación y el parto.

Poco después de las 11 de la noche fui a ver a Bonnie. Había recibido otra inyección de Demerol, pero aún se sentía dolorida y aprensiva.

—No para el dolor, doctor Sweeney —dijo. Aparentemente, tenía la boca un poco seca a causa del remedio—. Siento quejarme, pero el dolor está allí, aunque parezca en medio de la bruma.

Llamé a Mrs. Ames y examinamos a Bonnie. Tenía seis centímetros de dilatación y contracciones cada cuatro minutos. No quería darle más Demerol.

—¿El doctor Marcham ya se habrá ido? —le pregunté a Mrs. Ames.

—Todavía no —respondió—. Está terminando con el doctor Abrams una ectopia de emergencia. El doctor Abrams debía operar mañana, pero se produjo una ruptura. Le íbamos a llamar a usted si el doctor Abrams no llegaba a tiempo.

Un embarazo tubario o ectópico es aquel en que el óvulo fertilizado empieza a crecer en la trompa de Falopio. Ésta no puede

expandirse y suele romperse antes de ser eliminada, lo que produce hemorragia interna y shock.

Evalué la situación de Bonnie. Probablemente tenía para cuatro horas más de trabajo. Su principal problema era el dolor. Le pedí a Mrs. Ames que advirtiera al doctor Marcham para realizar una epidural cuando terminara su operación. Después volví al lado de Bonnie.

—Le vamos a aplicar una epidural dentro de unos momentos —le dije—. Después se sentirá mucho mejor. Es una anestesia excelente. Pero tendrá que quedarse completamente quieta y hacer con exactitud lo que le pida el doctor Marcham.

—No moveré un músculo —prometió Bonnie—, si lo hace entre dos contracciones.

Llegó el doctor Marcham.

—Tiene seis centímetros de dilatación —le dije—. Está trabajando bastante rápido para una primípara, de modo que me parece que conviene hacer esto ahora.

Como la anestesia epidural suprime el dolor de las contracciones y reduce la energía muscular, tiende también a hacer algo más lento el trabajo.

Bonnie me miró.

—¿De veras piensa que estoy trabajando rápido? —preguntó.

—Hace dos semanas tuve una paciente que trabajó durante diecinueve horas.

A Bonnie se le agrandaron los ojos. Luego preguntó:

—Esto no me dormirá, ¿verdad?

El doctor Marcham se lo aseguró y le pedimos a Sydney que aguardara afuera. Mrs. Ames volvió a Bonnie de lado en posición fetal y el doctor Marcham le puso un desinfectante en la piel y luego una inyección adormecedora al nivel de la cintura, sobre la columna vertebral. Luego insertó cuidadosamente una aguja de Tuohy, que es

curva y roma, a bastante profundidad para alcanzar pero no penetrar el sólido ligamento que corre a lo largo de la espalda. Uniendo una jeringa a la aguja, inyectó suavemente un centímetro cúbico de anestésico local en el espacio epidural que rodea al fluido espinal. Luego giró la aguja, hasta que el extremo curvo se inclinó hacia abajo, pasó por su interior un tubo estrecho y flexible y agregó quince centímetros cúbicos de anestesia. Esto duraría una hora, pero al retirar la aguja dejó el catéter en su lugar, de modo que podría renovar el anestésico cuando Bonnie lo necesitara.

La epidural actúa rápidamente. El doctor Marcham aguardó con la mano en el estómago de Bonnie hasta que ella experimentó una contracción.

—Ahora —dijo—, ¿siente algo?

—Siento como una presión, pero no duele. —Nos miró, sonriente, aliviada—. Tenía miedo de que el dolor fuese cada vez peor.

Le di las gracias al doctor Marcham, que se retiró.

—Sydney me consiguió un lugar en las salas de cuatro —dijo Bonnie, contenta.

—Son grupos muy alegres —dije—. Se trata de habitaciones de cuatro camas, donde cada bebé está en una cunita junto a la cama de la madre: las madres bañan, alimentan y cambian a sus bebés bajo la supervisión de una enfermera.

—¿Y yo también lo haré? —dijo Bonnie.

—Naturalmente —repuse complacido de que se sintiese mejor.

—¿Los bebés se quedan toda la noche?

—No, los colocan en una nursery separada —respondió Sydney.

—¿Y si una misma los alimenta?

Miré con asombro a Bonnie. Planeaba alimentar a su bebé con biberones, por lo que sabía.

—Traen el bebé junto a su madre —expliqué—. Eso no se puede hacer a larga distancia, sabe.

—Porque yo alimentaré al mío con mi pecho —anunció Bonnie.

—¿Cuándo cambió de idea? —pregunté.

—Cuando Sydney fue a cambiar mi habitación. ¿Piensa que podré hacerlo?

—Por supuesto. Para eso están hechos sus senos.

—¿Durante cuánto tiempo se hace? —preguntó.

—Tanto como convenga, si funciona bien. Pero más tarde o más temprano a los chicos les crecen dientes, y después la lactancia duele.

Bonnie sonrió.

—Hablo en serio —insistí—. Es agradable que los niños presionen con las encías, pero no con los dientes. Y no hay por qué amamantar los niños hasta su *bar mitzvah*. La mayoría de la gente se cansa después de tres o cuatro meses.

—También pienso que eso será suficiente —agregó Bonnie.

—Tampoco tiene nada de malo amamantar a la criatura algunas veces y complementar con biberones; de esa manera cuando salga no tendrá que regresar corriendo a alimentar al niño. La decisión es suya, pero quizá convenga que el marido se levante a las dos de la mañana a darle el biberón a su niño: también es hijo suyo. El único problema es que usted deberá despertarse igualmente porque tendrá los pechos llenos de leche.

Sydney comentó:

—Tiene una forma peculiar de ayudar a que las personas tomen su decisión, doctor Sweeney, ¿no le parece?

—Bueno —me reí—, simplemente quería que vieran todo el cuadro.

—Estoy completamente despierta —declaró Bonnie.

—Ya lo veo. Pero quizá, si me marcho, descansará un poco.

Salí, y le dije a Mrs. Ames que dormiría un rato y me despertara en dos horas, o antes si era necesario: hay camas para los miembros del equipo, y como estaba a punto de coger un resfriado y debía operar por la mañana, pensé que dormir un poco me haría bien. Y no era probable que pudiese regresar a casa, de cualquier modo.

A las dos de la madrugada golpearon a la puerta, y me desperté de un salto.

—Mrs. Ames nos pidió que le despertáramos —dijo una joven enfermera; el turno había cambiado a medianoche.

Bonnie estaba fatigada. Hablaba poco. La examiné y le dije que la llevaría a la sala de partos más o menos una hora más tarde.

—Una hora —dijo—. No puedo esperar. ¿Cómo esperan las otras?

—No hay opción, a menos que tengas una cremallera escondida —respondió Sydney, a quien la tensión y la fatiga afectaban en forma opuesta.

—Mamá le dijo a Syd que mi bebé va a nacer a las cinco. Yo nací a esa hora —respondió Bonnie. Luego me miró—. Mamá cree que todavía soy una niñita, no se ha acostumbrado aún a la idea de que me he casado.

—Sería bueno que se apresurara —manifestó Sydney—. Tú sabes que eso no le hará bien al bebé.

—No hagas bromas antes de que nazca —dijo Bonnie—. Sólo después.

—¿Ayudó usted al nacimiento de sus propios hijos, doctor Sweeney?

—No —respondí—. Conozco tocólogos que lo han hecho, pero yo no quise. En ese momento no era un médico, estaba demasiado comprometido emocionalmente para pensar como hubiera debido. Jamás atiendo a nadie de mi familia.

—Pero sin duda vio nacer a los niños —insistió Sydney.

—Estuve presente durante el trabajo de parto, pero no en el parto mismo —Bonnie y Sydney parecían sorprendidos—. Es distinto si Sydney viene con usted, porque él no es médico. Pero un marido que sea a la vez un médico pone una tremenda presión sobre el doctor que se ocupa del nacimiento. Y eso tampoco habría sido bueno para mi mujer. Ya sufría demasiada presión por el mero hecho de ser la mujer del doctor Sweeney; y de haber estado yo presente, habría debido actuar como una madre ejemplar.

Y pensé, silenciosamente: «Y, además, ¿cómo habría podido quedarme allí si algo andaba mal? Sabiendo todo lo que sé, no podía de ninguna manera quedarme.»

Ahora las contracciones eran cada dos minutos, y la conversación se hacía esporádica. Después de una de ellas me referí a otro asunto:

—Saben ambos que el bebé tiene dos semanas de retraso. No deben sorprenderse si parece un poco un pequeño anciano. Tendrá arrugas, y la piel será al principio más áspera, y has-u un poco escamosa. Es como si uno se quedara en una bañera de agua salada demasiado tiempo.

Bonnie reflexionó.

—Y eso ¿desaparece pronto?

Le expliqué que el bebé ganaría peso y que así desaparecerían las arrugas. Éstas se deben simplemente a que el niño no añade grasas durante las dos últimas semanas de permanencia en el útero.

—Gracias por avisarnos a tiempo -—repuso Bonnie, y reposó un instante.

A las 2,45 la llevamos a la sala de partos. Sydney caminaba junto a la camilla. La excitación casi hacía desparecer el cansancio de Bonnie. Cuando la pasamos a la mesa, lo primero que pidió es que ajustáramos el espejo para que ella pudiese verlo todo.

—Debería ser más grande —objetó, después de examinar la imagen—. Si estuvieran donde yo, verían que el espejo es muy

chico.

Bonnie parecía tan fuerte y de tan buen ánimo que con toda justicia debí atribuirle alguna buena influencia a Mn, Garfinkel.

Esperamos un rato en la sala de partos, lo que es inusitado. Pero habíamos llevado más bien temprano a Bonnie, porque todo el piso estaba en silencio. Generalmente las cosas van más rápido allí. A veces una mujer me pregunta: «¿Por qué después de haber estado dos horas a una la llevan de pronto a la sala de partos y allí todo el mundo corre y se mueve como si no supieran lo que pasaba?» Se me ocurre que así parece, pero la verdad es que no nos gusta ocupar la sala hasta que la mujer está realmente lista para alumbrar, pues otra persona podría necesitarla.

Todavía esperaba tener caput, y trataba de conseguir que Bonnie pujara con cada contracción. Un inconveniente de la epidural es que como la mujer apenas siente dolor, no puja. Y como la fuerza muscular se reduce grandemente, aumenta la incidencia del uso de fórceps inferiores. Muchas veces hay que extraer el bebé, pero ésta es una operación pequeña y simple porque todo es tranquilo y relajado.

Finalmente tuvimos caput. La enfermera lavó y desinfectó a Bonnie, mientras el doctor Richards, el residente, y yo, nos lavábamos a nuestra vez.

—Tiene una epidural —le dije—, pero las contracciones son muy buenas.

Volvimos. Bonnie estaba tensa y excitada. La cabeza del bebé estaba apretada contra la abertura de la vagina. La enfermera sintió contraerse el útero y me hizo un gesto. Yo dije:

—Empuja ahora, Bonnie, trata de empujar hacia abajo.

Ella trató de hacerlo.

—Siento una gran presión —susurró.

—No levantes las caderas.

—-¡Aaaaahhhhh! —suspiró Bonnie—. Siento que me parto en dos... No es dolor, pero la presión es increíble.

—Empuja de nuevo, querida, tan fuerte como puedas.

Lo hizo, con los ojos fijos en el espejo.

—¡Dios mío, creo que vi la punta de la cabecita! ¿Era eso la cabeza del bebé?

—Sí.

—¡Pero se metió adentro de nuevo!

—Lo sé. Es perfectamente normal.

—Tengo miedo, doctor Sweeney.

—Todo va bien, Bonnie. Perfectamente.

Se quedó quieta, asustada. Trató de pujar cuando se lo dije, pero el bebé no se movió. La parte más ancha de la cabeza no se movía.

—Aplicaré fórceps para ayudar a salir la cabeza del bebé, Bonnie. —Me pregunté si el espejo, era, después de todo, una buena idea—. ¿Por qué no dejas de mirar un minuto?

—Está bien —susurró—. Quiero ver.

La cabeza del bebé estaba bien baja, y los fórceps penetraron fácilmente. Los cerré y me senté. La mayoría de la gente se queda de pie, y eso es lo que me enseñaron, pero yo siento que controlo mejor la situación sentado. Y además, así no se me puede caer el bebé, que a veces es muy resbaloso y movedizo. Si estoy sentado, sé que en el peor de los casos el niño caerá en mi regazo.

Tiré suavemente: la cabeza se movió hacia abajo, y dejé de tirar. Y tiré de nuevo, sosteniendo la cabeza contra la vagina, que se estiró enormemente, como suele hacer.

—Bonnie —dije—. Voy a cortar para hacer una episiotomía, y eso no es nada bonito. ¿Podrías cerrar los ojos un minuto?

—Quiero ver —dijo obstinadamente.

La epidural hacía innecesaria una anestesia local. Sostuve los fórceps con la mano izquierda, y cuando el doctor Richards me alcanzó las tijeras, corté la episiotomía. La sangre corrió sobre las ropas, debajo de las nalgas de Bonnie, que suspiró. Aumenté la tracción sobre los fórceps. La presión alivió la hemorragia, y la cabeza del bebé se movió hacia abajo. Tiré de nuevo, y luego dejé de lado los fórceps y tuve en la mano la cara del bebé. Proseguimos tirando del niño mientras Bonnie y Sydney miraban y reinaba momentáneamente el silencio en la habitación.

—Ya está afuera, ya está afuera —dijo Bonnie, mientras yo recibía el tronco y le asía por las piernas.

—¿Está bien? ¡No puedo ver nada!

—Está en mi regazo —dije» mientras aspiraba mucosidades con una jeringuilla—, y es un varón.

Sydney estaba de pie a mi lado y dijo:

—Es hermoso, querida.

Bonnie se echó a llorar un segundo antes que su hijito.

—¿Está realmente bien? —sollozó.

—Espléndido, Bonnie. Felicitaciones para ambos.

Yo sostenía el bebé en el regazo, debajo del nivel, de la placenta, para que absorbiera toda la sangre posible antes de cortar el cordón umbilical.

Bonnie todavía lloriqueaba y miraba por el espejo cuando le dije, con su hijito en mis brazos:

—Puedes dejar de mirar allí, ¡lo tienes aquí!

El bebé aullaba.

—Míralo, Sydney, ¿no es precioso?

Estaba todo arrugado y parecía un ancianito, pero estaba bien, y para los Levy era el niño más hermoso del mundo.

—Mírale los deditos, tan chiquitos y perfectos.

Bonnie sonreía entre sus lágrimas, con esa peculiar felicidad que suelen sentir las madres.

Coloqué el niñito sobre el estómago de Bonnie.

—¡Oh! —dijo ella.

Sydney tocó el hombro del bebé y besó a Bonnie.

—Te quiero —le dijo Bonnie.

Él se echó a llorar, y Bonnie le hizo coro.

—Gracias, doctor Sweeney —agregó Bonnie—. Todo ha sido perfecto, habría querido sacar fotos.

Sydney la besó en la frente.

—Eres hermosa, y estás loca, y te quiero.

—Estoy tan feliz —sollozó Bonnie—. Quiero a todo el mundo. Lo único malo es que no podré volver a tener un primer hijo.

XIII. OPERACIÓN

Finalmente Mavis Rogers accedió a ser operada. La grande, obstinada y pelirroja Mavis, que durante un año se había negado a que le quitáramos los ovarios, había cambiado bruscamente de idea. Un día el correo me trajo un gran sobre con un dibujo que había hecho Nina, su hija mayor. Era un gran corazón pintado al pastel y rodeado de flores de papel recortadas y pegadas. En el centro decía «A papá y mamá con amor». Traía una nota de Mavis:

Querido doctor S.

Hoy, después del festejo de su décimo cumpleaños, Nina nos dio esto. Dijo: También los padres deben recibir regalos, porque sin ellos los chicos no tendrían cumpleaños.»

¿Cuándo quiere operar?

Mavis.

Determinamos que fuera dos semanas después, el 1 de julio. El hospital me cedió el turno de las 8 horas, es decir, que nuestra operación no vendría después de otra. En este último caso nunca se puede saber con certeza cuánto tiempo se tomará el cirujano precedente. Pero la víspera de la operación de Mavis yo había estado en pie hasta las cuatro de la madrugada por el parto de Bonnie Levy, y me dije otra vez que no podía seguir así, y que no debía llegar a la sala de operaciones sin haber dormido suficiente, aunque normalmente olvido esto una vez que estoy allí. Y para peor, tenía un resfriado de verano, los más difíciles de curar.

Debía practicar en el cuerpo de Mavis una ooforectomía bilateral. La expresión médica suena impersonal y bonita, pero no suena tan bien hablar de una castración bilateral, y de eso precisamente se trataba.

No creo que muchos ginecólogos de sexo masculino querrían ser castrados a los treinta y cinco años de edad. El hecho de que los testículos cuelguen afuera del cuerpo no los hace distintos de los ovarios. Yo tengo que hacer una incisión para alcanzar los ovarios, pero lo mismo se trata de castrar a alguien, en este caso una mujer. Pienso que la única razón por la cual se considera menos grave psicológicamente eliminar los ovarios de una mujer que los testículos de un hombre es el chauvinismo de los varones. No hay muchas diferencias, aparte de ésa. Para tener relaciones sexuales no es necesario tener testículos, y tampoco ovarios. Por ejemplo, un eunuco puede tener relaciones; lo que no puede es fecundar a una mujer. Por eso lo ponen a cuidar del harén. Nadie se preocupaba porque la gente hiciera o no el amor; lo que les molestaba era que alguien le obsequiara al sultán un hijo ilegítimo. Y los niños pequeños tienen erecciones, y podrían utilizarlas si supieran cómo, pero no producen testosterona, la hormona masculina.

Una ooforectomía es traumática para cualquier mujer, sobre todo si es joven. Mavis tenía miedo de lo que le podía hacer, de los cambios fisiológicos que le podía provocar. Podemos controlar la

mayoría de esos cambios con hormonas, pero, psicológicamente, la operación significaba la pérdida de la femineidad, y esto es terrible. Creo que habría continuado negándose de no haber pensado en primer término en sus hijos. Me preguntó lo que preguntan la mayoría de las mujeres: si la extirpación de los ovarios disminuiría su impulso sexual. No es así. Al menos, fisiológicamente. Pero sí podría hacerlo psicológicamente, si no recibiera alguna ayuda, del mismo modo que la pérdida de los testículos podría dañar la confianza de un hombre en su propia masculinidad, y afectar así su libido.

En términos de medicina siempre es un problema la elección del momento en que conviene hacer una operación semejante. En el caso de Mavis, en que la conveniencia de operar se daba tan claramente, la respuesta era obvia. Si, por ejemplo, le hacemos una histerectomía a una mujer de sesenta y cinco años cuyos ovarios no funcionan y que tiene una elevada posibilidad de sufrir un cáncer en ellos, los eliminamos sin vacilar. Pero ¿qué hacer con una mujer de cuarenta que ha tenido un tumor benigno en el útero? Extirparemos el útero, porque no queremos dejar un foco potencial de cáncer, y la paciente no se propone tener más hijos. Pero ¿qué haremos con sus ovarios, que son normales y pueden funcionar todavía diez o quince años más?

Si no estableciéramos algún tipo de parámetro, enloqueceríamos y volveríamos locas a nuestras pacientes. Cuando yo era residente del hospital, la política habitual era la siguiente: en mujeres de cuarenta a cuarenta y cinco años, dejar los ovarios; en las de cuarenta y cinco a cincuenta, quitar uno sólo, y en las de cincuenta o más, eliminar ambos. Una vez un estudiante me preguntó: «¿Por qué? ¿Por qué dejar uno? Eso no tiene sentido.»

No lo tiene. Eliminar un ovario no reduce las posibilidades de un cáncer a la mitad. Supongamos que pienso: «Como he tenido cuatro mujeres que han sufrido un cáncer del ovario izquierdo, eliminaré el ovario izquierdo de los próximos cuatro casos.» Muy bien puede ocurrir que esas cuatro pacientes tengan cáncer en el ovario derecho. O tenemos algún indicio de que hay que eliminar los dos, o

debemos dejarlos. Yo pienso que después de los cincuenta años, si se hace por otro motivo una operación abdominal mayor, se deben eliminar los ovarios. Y antes de los cincuenta, no se deberían eliminar. Si otro cirujano elige como límite la edad de cuarenta y cinco, no puedo objetar su criterio. Sea cual sea el límite de edad que pongamos, todos vemos alguna vez una paciente que sufre un cáncer en un ovario que no hemos eliminado. Y entonces nos acusamos por no haber intervenido, y por no haber logrado salvar esa vida.

Cuando Mavis finalmente aceptó someterse a la operación, sabía que involucraba también una histerectomía: no había motivo para dejar el útero, que es un órgano posible de contraer un cáncer. Yo esperaba no encontrar nada, ni siquiera en sus etapas iniciales. Cuando visité a Mavis la noche previa a la operación, me dijo:

— Creo que tengo síntomas psicosomáticos, doctor. Durante los últimos dos días he tenido un poco de dolor de estómago.

Era la primera vez que lo mencionaba, y me asustó. Me dije: «Es preciso que sean psicosomáticos: si realmente sintiera algo, ya sería tarde.»

Pocos minutos antes de las 8 de la mañana, estaba en el cuarto de vestir, poniéndome un traje verde sobre la ropa interior. Se trata de un par de pantalones y una chaqueta de manga corta que han sido lavados pero no planchados, de modo que tienen un aspecto arrugado. La gente que nos ve con esa ropa en el hospital suele pensar que somos empleados de limpieza. Luego me calcé las cubiertas de papel que usamos sobre nuestros zapatos de calle: las cubiertas están limpias y disponen de una bajada a tierra en forma de una tira de metal envuelta en goma que se apoya, dentro del zapato, contra nuestros pies. En la anestesia usamos gases explosivos y una sola chispa podría volar toda la sala de operaciones. Ha ocurrido.

Mientras estaba aún fuera de la sala de operaciones, me puse el gorro y la máscara. Tenemos gorros especiales que parecen más bien caperuzas para los médicos que tienen barba o pelo largo, pero

yo no necesito uno así. Nuestras máscaras tienen una banda de plástico plegable en la parte superior: es posible ajustarla perfectamente al puente de la nariz. Como uso gafas para operar, suelo ser muy cuidadoso para que mi mascara ajuste bien y no me oscurezca la visión.

Entré en la sala de operaciones y examiné las radiografías pelvianas de Mavis suspendidas en el tablero iluminado por detrás. El doctor Davis, el residente sénior que me asistía, ya estaba listo. Mavis se encontraba en la mesa de operaciones y todo el equipo estaba reunido. Aparte del doctor Davis y de mí mismo, había cinco personas. El anestesista, que conversaba con uno de los internos en la cabecera; otro interno, ya listo para comenzar, una enfermera instrumentista, estéril, y una enfermera circulante, que no estaba esterilizada: llevaba máscara y gorro, pero no túnica ni guantes y sólo podía tocar elementos no esterilizados. Si dejábamos caer unas tijeras que no volveríamos a usar, ella podía cogerlas y llevarlas a esterilizar. Si necesitábamos, por ejemplo, sangre, ella saldría en su busca. O podía llamar a mi consultorio privado y avisar que —otra vez— llegaría tarde.

Yo conocía a este equipo de enfermeras —estaban específicamente asignadas a la sala de operaciones de ginecología— y eran amables y eficaces. Lo habitual es que las enfermeras quirúrgicas se turnen en sus tareas. Esta mañana, Miss Snow, que estaba esterilizada, se ocupaba de cortar las suturas al largo exacto, y luego las enhebraba en las agujas curvas y las colocaba cuidadosamente entre toallas estériles. Y junto con la enfermera circulante hicieron el recuento de todos los elementos. Al concluir, las enfermeras deben tener la misma cantidad de instrumentos, esponjas y telas estériles absorbentes que al comienzo. Nadie se imagina el tumulto que puede producirse cuando estamos a punto de cerrar la herida y una enfermera dice: «Nos falta una grapa de Kelly.» Hay que encontrarla. La mayoría de las veces, gracias a Dios, se trata de un error en el recuento. O también cuando se rompe una aguja. Usamos una aguja nueva, con su hilo de sutura, para cada punto, de modo que si le devuelvo una aguja usada a la enfermera y

ella me dice: «Sólo está la mitad, ¿dónde quedó el resto?», es preciso buscarlo, así como si se pierde una esponja. Pueden estar dentro del paciente. Usualmente no ocurre, pero hay ocasiones en que las enfermeras deben registrar todo el piso, la mesa de operaciones y cada pliegue de las telas estériles que cubren parcialmente al paciente. Es realmente posible olvidar algún elemento en el paciente, v esto supone una inmediata acusación de imprudencia. Y al diablo con la acusación: piense usted en el daño que eso puede hacerle al paciente.

Fui a lavarme al lado de la sala de operaciones. La pileta es como una pequeña bañera suspendida en la pared, y el agua caliente y fría se mezclan y controlan con pedales. Yo aprendí a lavarme durante la sequía del 49, de modo que no hago correr el agua todo el tiempo. Hoy el lavado sólo lleva de tres a cinco minutos, pero se hace muy cuidadosamente, y todos los cirujanos tienen las manos enrojecidas. Nos frotamos con cepillos o bayetas descartables, así como palillos de madera para limpiarnos debajo de las uñas, y algún desinfectante poderoso. La técnica del lavado es invariable, y cuando se ve a los médicos de la televisión caminando con las manos alzadas ante su cara, eso no es mentira. Nos frotamos hasta muy arriba, y por esto usamos uniformes de manga corta, y después dejamos escurrir el agua y el desinfectante con los brazos en alto; si los bajáramos, el agua sucia volvería a caer.

Una vez que el cirujano está lavado, no toca nada. Entré a la sala de operaciones con las manos en alto, empujando las puertas batientes con el hombro. La enfermera me ofreció una toalla estéril con unas pinzas, y me sequé. También el secado se realiza de manera especial, para no contaminar nada. Después, me tendió una túnica verde estéril y pasé los brazos por las mangas, que aprietan las muñecas como una chaqueta de esquiador. La enfermera circulante me ató la chaqueta a la espalda, y desde ese momento en adelante nadie podía tocar la parte delantera que estaba estéril. A veces, mientras operamos, sufrimos algún escozor que nos enloquece. No podemos rascarnos. Si es un lugar como la espalda, puedo pedirle a la enfermera que me rasque. Si me pica el pecho,

puedo rascarme con guantes estériles a través de la túnica estéril. Pero si me pica en un lugar que no me puedo hacer rascar por una enfermera, sólo puedo sufrir.

Hay dos maneras de ponerse los guantes. El mejor método es con el guante previamente colocado alrededor de la muñeca de la túnica, de modo que la mano pasa al guante a través de la manga sin siquiera exponerse al aire libre. Pero esta técnica «cerrada» es relativamente nueva y algo más difícil, de modo que en muchos lugares no se emplea. Antes de la operación de Mavis utilicé la familiar técnica abierta: metí la mano en el guante que sostenía Miss Snow y fui introduciendo los dedos hasta que quedó bien ajustado. Estos guantes son como una segunda piel: puedo sentirlo todo a través, e incluso ver el vello del dorso de mis manos.

Mavis tenía el cuerpo cubierto con excepción del abdomen, donde haríamos la incisión. La zona estaba lavada y desinfectada. El doctor Davis preguntó:

—Incisión vertical, ¿verdad?

Asentí, y pintó una línea sobre la piel mientras yo me acercaba a la mesa. Arriba, en el cuarto de observación, había dos estudiantes. Como se trataba de un hospital escuela, siempre había espectadores de las operaciones; si llevaban un uniforme estéril y máscara podían incluso estar dentro de la sala de operaciones y mirar todo en tanto no tocaran nada. Yo invito normalmente estudiantes para que observen, aprendan, hagan preguntas y crezcan. Sólo si se presenta una emergencia se les pide que se retiren; e incluso entonces aprenden qué significa ser un cirujano.

Hubo un momento de silencio, mientras todos asumíamos la tremenda concentración que debe reinar en una sala de operaciones. A partir de ese momento, nada en el mundo existiría para nosotros, excepto lo que teníamos delante.

—¿Estamos listos? —pregunté.

Yo me encontraba a la izquierda de Mavis. Miré al anestesista, sentado a la cabecera de la mesa. Asintió, mientras controlaba sus

instrumentos. Mavis estaba anestesiada y paralizada, un estado que se alcanza cuando el paciente tiene sus músculos relajados y se encuentra absolutamente inmóvil. En ese estado no podía respirar, y el anestesista lo hacía por ella, comprimiendo rítmicamente la bolsa negra unida al equipo de anestesia. Los instrumentos medían la presión y también la mezcla de oxígeno y anestesia. Un tubo unido a la boca de Mavis penetraba en su tráquea y llevaba esta mezcla a sus pulmones.

—Muy bien —dije—. Adelante.

Extendí la mano derecha. Miss Snow me puso en ella un escalpelo, con el asa contra mi palma. Hice la incisión inicial, sobre la línea pintada en la piel del abdomen. No muy profunda, sólo para cortar la piel y la grasa subcutánea. Apareció una fina línea roja. La enfermera me tendió otro cuchillo, porque el empleado para cortar la piel ya no se consideraba estéril. Corté algo más profundamente a lo largo de la incisión inicial. Ahora había que buscar los vasos sanguíneos, sostenerlos con grapas y suturarlos. Mavis era gruesa y tenía abundante grasa abdominal, de modo que la incisión tendía a abrirse.

Gradualmente fui cortando a mayor profundidad, sobre la misma línea, mientras cerraba los vasos. El doctor Davis me ayudaba en esta última tarea, ocupándose de los que tenía más cerca. El interno recogía el exceso de sangre con una esponja. La enfermera nos alcanzaba grapas, suturas, esponjas, lo que necesitábamos. Yo no levantaba la vista; un buen cirujano nunca debe apartarse del campo operatorio. Simplemente extiende la mano, y la enfermera pone en ella lo necesario. No sería posible trabajar sin enfermeras, y muchas veces he pensado que ellas tienen el trabajo más duro del equipo, porque deben adelantarse a lo que queremos. Normalmente, hacen tan bien esta tarea que no debemos pronunciar una palabra.

Lenta y cuidadosamente atravesamos las capas de grasa. A veces nos preguntamos si lograremos llegar al otro lado, y llegamos a odiar a las personas gordas. La operación es más difícil, la curación

más lenta. Habíamos comenzado a las ocho y cinco. El doctor Davis dijo:

—Las ocho y media y aún no hemos llegado.

Por fin salimos de las capas de grasa y llegamos a un tejido conectivo llamado fascia que sostiene y une los órganos internos. Lo cortamos y al alcanzar el peritoneo, o membrana que rodea la cavidad abdominal. Peritoneo es una palabra griega que significa «estirado alrededor». Después de cortar esta membrana traslúcida nos encontramos en el interior de la cavidad peritoneal.

Miss Snow le alcanzó al interno un retractor de McBurney, un instrumento de metal semejante a una pequeña azada, y luego otro, de modo que ambos bordes de la incisión quedaron sujetos y separados.

Vimos entonces un hueco oscuro con espiras de intestinos, que son rosados y celestes. El útero parecía una pera achatada e invertida, y los ovarios semejaban dos castañas blancuzcas y arrugadas y las trompas de Falopio se veían rosadas o rojizas, abiertas en los extremos. Están unidas a ambos lados del útero y atraviesan horizontalmente la cavidad abdominal, de modo que el útero parece suspendido de ellas.

Por supuesto, lo que se ve en la cavidad abdominal depende del mal que se trate. El útero no se ve color perla si está deformado por tumores, y los ovarios pueden estar escondidos por los quistes. No había olor esa mañana, pero puede ser muy intenso cuando se abre una cavidad infectada.

—Examinemos —dije.

Teóricamente, podría haber hecho todo por la vagina, es decir, eliminar todo a través de la vagina, en lugar de abrir el abdomen. Eso habría hecho que el postoperatorio fuera mucho mejor, pero de ese modo no habría tenido la oportunidad de investigar toda la cavidad abdominal. Si se hubiese tratado de una histerectomía vaginal por causa de un fibroma, no habría necesitado dar un

vistazo; pero Mavis venía de una familia llena de casos de cáncer del ovario.

De pronto, Mavis se contrajo y los intestinos, como un bol de spaghetti rebosante, cubrieron mi incisión.

—Por Dios, Mort, ¡no dejes que se despierte! —le ordené secamente al anestesista.

Ajustó dos diales en su aparato y murmuró algo que no alcancé a oír. Los anestesiólogos son una raza curiosa. Uno les dice, por ejemplo: «¿Por qué esto no te sale bien? ¡Si las enfermeras pueden hacerlo!» Y contestan: «Y los policías ayudan a dar a luz.» Pero la tarea del anestesista es una tarea dura, y una gran responsabilidad. Por eso me gusta elegir tan cuidadosamente el anestesista de mis pacientes como si fuera para un miembro de mi familia. Cada vez que una persona se duerme anestesiada existe el riesgo de que no se despierte. Por eso cuando la gente me pregunta: «¿Es una operación menor?», siempre pienso en eso.

Empecé a examinar la cavidad abdominal, hablando en voz alta con el doctor Davis para poder intercambiar comentarios útiles, que escucharían también todas las personas que se encontraban en la sala y en el observatorio.

—La cavidad abdominal superior está bien: no hay fluido y todo está limpio. —Me incliné, toqué e hice girar el ovario derecho, el que tenía más lejos—. Ovario derecho normal, firme. —Regresé al que tenía más cerca—. Ovario izquierdo... —me interrumpí—. El ovario izquierdo parece más grande de lo debido... y la superficie en la parte inferior es callosa y tiene nódulos.

Sentí un estallido de ira mientras describía lo que habitualmente llamamos implantación neoplásica, el primer signo de un posible cáncer de ovario. Si el carcinoma está más avanzado, los ovarios están cubiertos de protuberancias blancas, pequeñas, un poco como esos antiguos caramelos con pajaritas de maíz.

—Quiero que congelen, hagan un corte, y me den el resultado —dije.

Mi voz debía sonar dura mientras trataba de controlar la ira que me inspiraba esa maldita enfermedad.

La enfermera circulante fue hasta el intercomunicador y llamó al Laboratorio de Patología.

—Laboratorio de Patología —respondió una voz muy alta y clara.

—Aquí el doctor Sweeney en la sala de operaciones de Ginecología —dije, sin moverme de mi puesto junto a la mesa de operaciones: el intercomunicador cogería fácilmente mi voz—. La paciente es una mujer de treinta y cinco años con una historia familiar de numerosos carcinomas de ovario. Su ovario izquierdo me parece sospechoso y quiero un análisis.

—Envíelo de inmediato —respondió la voz del laboratorio, y cortó la comunicación.

—Maldita sea —dije, sin dirigirme a nadie en particular—. Hace un año que venía postergando la operación... no podía convencerla... —Mientras tanto, continuaba mi examen—. Útero bien. —Miré el peritoneo y los intestinos, y palpé el hígado—. Nada. Anoche me dijo que sentía el estómago un poco hinchado, pero no tiene nada que pudiera sentir. Por lo menos todavía.

—Debía estar nerviosa antes de la operación —respondió el doctor Da vis.

Luego miré el *omentum*, que es una especie de gruesa almohadilla, situada en el abdomen, que tiene tendencia a absorber células ováricas y es por eso una de las primeras zonas adonde se transmite el cáncer de ovario.

—Parece limpio, pero si el ovario da resultado positivo, lo sacaremos —murmuré—. Necesito otra máscara, y luego proseguiremos.

Con frecuencia muerdo una máscara hasta inutilizarla por la tensión.

La enfermera circulante trajo una segunda máscara, y me la puse.

—Ha cogido un resfriado, doctor Sweeney.

No le respondí.

—Bueno. Extraeremos los ovarios y el útero.

Cogí los dos ligamentos que sostienen el útero, los corté y ligué el corte con una sutura de catgut. Luego hice una incisión a lo largo del útero para sacar del paso la vejiga. Hay dos ligamentos que contienen los vasos que llevan la provisión de sangre a los ovarios. Puse dos agrafes y corté por el medio el que conducía al ovario derecho y cerré. No se puede eliminar un órgano sin cortar primero la provisión de sangre. Luego cortamos el ligamento del ovario izquierdo. Ahora que habíamos cortado los canales sanguíneos de los dos ovarios ya no era posible volverse atrás.

Hice una nueva incisión, en la parte posterior del útero y empujé el recto hacia atrás. La sangre llega al útero por los vasos uterinos, situados uno a cada lado. Los cortamos. Ahora se había interrumpido también el acceso de sangre al útero. Faltaba aún llegar al cuello uterino, que es parte del mismo órgano: me incliné y corté también los ligamentos que corren junto al cuello; hice una incisión anterior en la vagina, y corté alrededor para liberar el cuello del útero.

—¿Dónde está la bandeja?

Miss Snow estaba ya a mi lado, con una bandeja oblonga. Alcé el conjunto de órganos y los deposité en ella. Los ovarios estaban aún unidos al útero por el ligamento ovárico: tomé otro bisturí, separé el ovario izquierdo y lo coloqué en una bandeja más pequeña, que fue entregada a la enfermera circulante. Ésta lo envolvió en un papel encerado, lo rotuló y se lo entregó a un ordenanza para que lo llevara al Laboratorio de Patología, donde congelarían el tejido y harían un corte que podrían examinar en el acto.

Yo estaba furioso; odiaba la incertidumbre, y más aún la posibilidad de encontrar un cáncer cuando no lo esperaba.

—Muy bien. Mientras esperamos, podemos cerrar la vagina.

La parte superior, donde yo había cortado para liberar el cuello del útero, estaba abierta, y no se podía dejar así. Entonces coloqué los ligamentos cardinales que habían sostenido el útero de vuelta a los lados de la vagina para sostenerla.

No había noticias del Laboratorio de Patología. Sabía que debían estar trabajando tan rápido como era posible, pero cuando uno está en la sala de operaciones, y espera, el tiempo se convierte en eternidades antes que contesten.

—¿Tenemos tubos P-32? —pregunté.

—Voy a buscar —respondió la enfermera circulante, y salió.

—Necesitaré otra máscara —dije.

Maldito resfriado. Dios me libre de estornudar durante una operación delicada.

Todos los presentes se pusieron en tensión cuando la voz del patólogo llegó por el intercomunicador.

—¿Doctor Sweeney?

—Sí.

—El ovario parece sospechoso, pero necesitamos más cortes y un teñido especial para darle un diagnóstico definitivo. Hoy no podremos darle una respuesta.

—Muy bien. Gracias.

Bruscamente, la furia había desaparecido.

Pedí agrafes para continuar la eliminación del omentum. Mientras trabajábamos, el doctor Davis preguntó:

—¿Utilizará los tubos?

—Sí. Sólo por precaución. Se asustará cuando se despierte y los vea, pero es lo más seguro.

Los tubos P-32 se dejan en el interior del cuerpo del paciente. Sobresalen de la herida, de modo que después de terminar podemos instilar fósforo radiactivo en la cavidad peritoneal. Lo hacemos

solamente cuando existe un carcinoma de ovario, aunque sea mínimo. El fósforo emite rayos beta, diferentes del radio y de los rayos X, que producen rayos gamma. El efecto de la radiación del fósforo se limita a una profundidad de uno o dos milímetros. Si la enfermedad está demasiado difundida, o alcanza cierto espesor, este procedimiento es insuficiente. Pero en un caso como el de Mavis, era posible poner el fósforo durante el postoperatorio, mezclado con algún fluido que bañara el interior del abdomen y llevara la radiación a todas partes.

Estábamos ya listos para cerrar la incisión, lo que significaba reparar todas las capas que habíamos abierto. Después de trabajar un rato, le pedí al doctor Davis que hiciera parte de las suturas: es ya un excelente cirujano. En una oportunidad le advertí:

—Mejor sería dar allí dos puntos más —y el resto del tiempo me limité a mirar.

Habitualmente, cuando cerramos, parte de la tensión desaparece. No nos relajamos del todo. Aún la paciente está bajo los efectos de la anestesia, y falta terminar y llevarla a la sala de recuperación. Pero si todo ha marchado bien, hablamos de otras cosas. Mientras terminábamos con Mavis, hubo alguna conversación sobre el próximo fin de semana —era el 4 de julio— y lo que nos proponíamos hacer, pero no hablé. Los demás, sin duda, advirtieron mi reserva, y la operación concluyó en silencio.

Dos días más tarde pasé por el Laboratorio de Patología. Ya tenían listo el análisis de Mavis. En mayúsculas, después de la palabra Diagnóstico, había un título que saltó hacia mí: ADE-NOCARCINOMA INICIAL DE OVARIO. Miré el corte. Estaba seguro de que habíamos operado a Mavis a tiempo, pero al mirar los significativos cambios celulares que indican la malignidad del tumor, temblé y pensé: «Con Mavis tuvimos realmente suerte: dos meses después, habríamos tenido que extirpar todo.»

XIV. DOCTOR SWEENEY

Después de terminar la operación de Mavis, que había llevado dos horas y media, hablé con su marido, que me esperaba en su habitación. Luego dicté el informe de la operación en la central de registros del hospital, donde alguien se ocuparía luego de transcribir dactilográficamente el registro. Me gusta hacerlo en seguida, para no olvidar ningún detalle; pero si no tengo tiempo de ir allí, siempre puedo dictarlo desde mi despacho, por teléfono, mediante una línea directa a la central. Antes de salir del hospital hice una breve ronda.

Siempre estoy muy excitado después de una operación, como me ocurría en otros tiempos después de un partido de rugby. Y un caso de cáncer me afecta más, de modo que cuando llegué a mi consultorio, a eso de las 11,15 de la mañana, aún no me sentía fatigado. Se supone que los jueves tengo la mañana libre: si no tengo que operar, examino los análisis del laboratorio, dicto cartas, leo los periódicos y revistas, o preparo alguna conferencia. Los pacientes sólo empiezan a llegar a mediodía. Yo creía que me había ocupado de todo, incluso las llamadas de la noche anterior, y que me quedaba tiempo para cambiarme de ropa; pero no fue así como transcurrieron los cuarenta y cinco minutos siguientes.

Primero, me dejé engañar y devolví la llamada de un agente de seguros. A veces telefonean y no le dicen a Mrs. Donohue lo que quieren, porque saben que no me pasará la comunicación. Entonces se limitan a dejar el mensaje de que el doctor Sweeney llame a Mr. Blankety Blank a tal y tal número. Como no sabía quién era Mr. Blankety Blank, le llamé y un segundo después estaba tratando de venderme más seguros para el instrumental de mi consultorio. No fue una conversación larga, porque ya tengo suficientes seguros. Dos minutos después, sonó la campanilla de la puerta. El consultorio queda cerrado cuando estoy solo, y ciertamente no esperaba a ningún paciente, pero podría haber sido un caso de emergencia, de modo que salí y dije:

—¿Quién es?

Una voz de mujer dio un nombre y repuso:

—Vengo a ver al doctor Sweeney.

Pensé: «Debe ser una paciente que se ha equivocado de hora.»

Abrí la puerta, y era una mujer con una maleta de muestras. Entró, depositó la maleta en el escritorio de Katey, y me dije: «Dios mío, acabo de ser emboscado por un visitador, sólo que femenino.»

Y así era. Pertenecía a una compañía farmacéutica. Supongo que ésta es una de las plazas conquistadas por el movimiento de liberación femenino. Todas las compañías farmacéuticas envían visitadores para tratar de vender a los médicos los productos nuevos: no me gusta no recibirles. Ellos también están haciendo su trabajo, y hasta podrían hablarme de algo nuevo e interesante. Pero no tengo tiempo material de verles a todos, de modo que Katey les permite entrar en algunos momentos, tal vez durante la comida, mientras tomo un bol de sopa, o bien se limita a traerme una muestra o un folleto.

Escuché a esa mujer por espacio de un minuto, cogí algo que me dio, lo agradecí y se marchó.

Cuando puse la muestra encima de la pila de la correspondencia, advertí un sobre de papel azul que ponía «Personal» sobre mi nombre. Lo abrí y miré la firma primero. Elise Fremont. En un momento identifiqué el nombre: la mujer francesa bronceada por el sol. La caligrafía era elegante y la nota breve y directa: le había agradado conocerme, y deseaba verme fuera del consultorio. Podía encontrarla en el «Regency Hotel» hasta el 23 de julio, y si no recibía respuesta, entendería que no me interesaba y no volvería a importunarme.

Para ser honesto, este tipo de cosas es muy halagador. Además, si bien varias veces había pensado que una mujer me hablaba de sus intimidades con la intención de agregarme a su lista, pero nunca nadie me había solicitado por carta. De ningún modo la tenía en

menos por haberlo hecho, aunque todavía suelo asombrarme de la cantidad de infidelidad que hay en el mundo. Me habría gustado enterarme de esto cuando estaba en la escuela: las cosas podrían haber sido diferentes. Pero no me interesaba la cosa, de modo que rompí la carta de Mrs. Fremont en pedacitos y los arrojé al cesto.

Regresé al despacho y respondí algunas otras llamadas. A mitad de la lista vi otro nombre masculino, y me dije: «Ya he caído en las trampas de hoy. Esta llamada ha de ser auténtica.» Llamé, y era un hombre que deseaba venderme alarmas que se podían esconder debajo de los escritorios. Le contesté que ya teníamos, lo que era verdad: teníamos un sistema general de alarma por si alguien intentaba entrar a robar, y otro que se podía accionar secretamente si alguien aparecía en ese lugar Heno de mujeres con cualquier tipo de intenciones aviesas. Y después de esto, abandoné. Cerré el consultorio, fui al restaurante a la vuelta, y teniendo en cuenta mi resfriado pedí un zumo de naranja y una hamburguesa. Cuando regresé, las chicas estaban trabajando y acababa de comenzar la consulta.

Betsy Merrill, mi muchacha de brillante pelo castaño, que había sido inseminada artificialmente con esperma de su marido, estaba embarazada. El tratamiento iniciado en mayo había dado buenos resultados, y ella era la mujer más feliz del mundo. No cesaba de bromear: siempre había estado segura; yo podía ser el mejor ginecólogo del mundo, pero no sabía una palabra acerca de la forma en que una mujer puede sentirse embarazada.

Cuando Katey me trajo la lista de pacientes del día, y vi el nombre de Betsy al comienzo, sonreí.

—Buen comienzo del día.

Katey me miró con severidad profesional.

—Doctor Sweeney, creo conveniente recordarle que ha tomado la decisión de no atender más partos. Nos ha llevado un año disminuir la cantidad de pacientes hasta la cifra actual, y Mrs. Merrill no tendrá un niño hasta febrero.

—Sí, ya sé. Sólo que me gustaría asistir particularmente a ese nacimiento.

—Le gustaría asistir a los nacimientos de todas las pacientes, si pudiera —comentó Katey.

—Está bien. Y no me dé más indicaciones. Después de todo, éste es mi consultorio. ¿O no lo es?

Katey asintió tranquilamente.

—¿Cuánto tiempo vamos a atender a Mrs. Merrill antes de enviarla a otro tocólogo?

—-Hasta el quinto mes.

Si, no lo quisiera Dios, esa muchacha tenía algún problema, o un aborto natural durante la primera parte de su embarazo, lo justo era que yo la atendiera.

Katey se marchó y yo fui a ver a Betsy. Laura ya había tomado su tensión sanguínea, y Betsy estaba sentada en el borde de la camilla, sonriendo de oreja a oreja.

—No me parece necesario preguntarle cómo está —dije.

—Doctor Sweeney, ¿me creerá si le digo que lo siento crecer?

—Naturalmente. ¿Quiere que pasemos por alto la revisión?

Betsy se acostó tan rápido que Laura se rió.

—Por nada del mundo —respondió—. Y mire bien, porque quiero saber todo lo que Alex y yo podemos hacer durante las vacaciones.

La examiné, y vi que todo marchaba bien. Unos minutos después, en el despacho, le dije que podía hacer todo lo que quisiera, excepto hacer esfuerzos si se sentía fatigada.

—Betsy —le dije entonces—. Ya se lo he dicho, pero quiero recordárselo. No seré yo quien atienda su parto.

Su rostro se ensombreció.

—Ya lo sé. He estado tratando de no pensar en eso. Pensé que tal vez... cambiaría de idea.

—Lo siento, querida. Si atendiera a alguien, sería a usted, pero simplemente no me ocuparé más de partos a partir de diciembre.

—Comprendo. Y además me alegro de que haga lo que ha elegido hacer. Sólo que... —Mientras me miraba, sus grandes ojos castaños se llenaron de lágrimas.

—Vamos, Betsy —le dije—. Me ocuparé de atenderle durante los cuatro meses que vienen...

Asintió y parpadeó.

—Si quiere, le puedo sugerir el nombre de otro tocólogo para cuando llegue el momento. Es un hombre de gran capacidad, y muy amable, y estoy seguro de que le gustará.

—Le creo —respondió, susurrando—, pero no será usted. Y este bebé... Es usted el que nos ha dado nuestro bebé a Alex y a mí —las lágrimas corrieron por sus mejillas—. No puedo imaginar que me atienda otro médico. —Se secó la cara con el dorso de la mano.

—No se preocupe, Betsy. Todo saldrá bien. Y ahora, felices vacaciones.

—Muchas gracias, doctor Sweeney. Estoy segura de que van a ser espléndidas... Somos muy felices.

Me levanté y la rodeé con el brazo por los hombros mientras la acompañaba hasta la puerta.

—¿Se siente bien ahora?

—Por supuesto. —Tenía los ojos muy brillantes.

Katey me dijo más tarde que había llorado hasta desahogarse. Luego apareció muy serena y arregló su próxima cita.

Siete meses y medio después, cuando ya no me ocupaba más de tocología, fui una mañana de febrero al hospital. No tenía que operar, pero cuando miré el programa mural vi el nombre de Mrs. Alex Merrill: Betsy estaba ya en la sala de partos.

No la había visto desde que comenzó a atenderse con el doctor Abrams, pero había recibido una tarjeta de Navidad, donde me contaba que todo estaba bien. De modo que fui a la sala aún con mis ropas de calle, metí la cabeza por la puerta entreabierta y dije:

—Le prometí que no faltaría.

Betsy estaba en la mesa de operaciones, de espaldas a mí; también se encontraba allí Alex.

—¡El doctor Sweeney, el doctor Sweeney —dijo Betsy, sin necesidad de darse vuelta.

De modo que entré y me puse mi ropa de trabajo, y regresé a la sala de partos.

—¿Quiere asistirla usted? —dijo Ben Abrams.

—Claro que quiero —dije—. Pero es su paciente, yo se la envié. Siga adelante.

Y allí me quedé durante el alumbramiento. Era una niñita, y Betsy lloraba y gritaba «¡Gracias, Dios mío!», y Alex también notaba y yo me contenía. Reencontraba el viejo sentimiento de tantas ocasiones. La práctica de la tocología es una tarea más feliz que cualquier otra. Y mientras miraba a esa pareja de jóvenes que por fin tenían su bebé, me dije: «Es mejor que me vaya, o terminaré por volver a la profesión.»

Fue muy duro abandonar la tocología. El problema residía en que mi especialidad ginecológica involucraba una gran cantidad de operaciones de cáncer, y no podía operar durante quizá cuatro u ocho horas, y luego pasarme la noche en vela para ayudar a nacer a un bebé. Esto no hubiera sido justo tampoco para la paciente. De modo que cuando la tarea quirúrgica alcanzó un nivel en que se me hacía imposible atender las dos cosas, era evidente que debía abandonar una.

Al comienzo pensé: «Limitaré el trabajo obstétrico, sin dejarlo del todo. Me quedaré, digamos, con diez pacientes obstétricas.» Pero no era posible hacer esto, porque la undécima paciente podía ser una

antigua paciente con tres nacimientos en su haber y no era posible decirle que no; y la duodécima podía decir: «Si está atendiendo a mi hermana, ¿por qué no me atiende a mí?» Y entonces nunca se podría terminar.

Luego pensé: «Limitaré la clientela cobrando más caro. Eso es un buen recurso. Si no pueden pagar, no vendrán.» Entonces doblé la cifra de mis honorarios. Seis meses más tarde Katey me dijo:

-—Sólo ha perdido una paciente.

Entonces volvimos a aumentar el precio, pero aún había demasiadas embarazadas en la lista. Y me dije: «Esto no es lo que quiero hacer. Lo que deseo es disminuir la cantidad de pacientes, y no conservar la misma cantidad y ganar el doble de dinero.» Así que finalmente le dije que no a todo el mundo. Y fue terriblemente difícil. Todas me respondían lo mismo:

—Me alegro mucho de que abandone al obstetricia... Debe estar muy fatigado con tanto trabajo... Pero me atenderá a mí, ¿verdad?

Cuando somos jóvenes, casi todos los ginecólogos hacemos mucho trabajo de obstetricia. A las mujeres no les gusta que las opere un médico que parece acabar de dejar los boy-scouts; pero no tienen inconveniente en que sus partos los atiendan médicos de menor edad. Y además, a pesar del descenso de la tasa de natalidad, hay más nacimientos que operaciones. De modo que, al principio, la práctica profesional es predominantemente obstétrica. Y son los pacientes quienes uno a uno van llamando a la clientela: una mujer se siente bien atendida, y se lo dice a la primera embarazada que conoce.

Así vamos avanzando en edad, junto con nuestras pacientes. Un viejo proverbio, muy conocido, dice que el tocóloco ayuda a nacer a los bebés, y que luego se convierte en un ginecólogo y repara los errores que cometió cuando obstetra. Eventualmente, la mayoría de nosotros debe asumir una u otra especialización. Además, adquirimos una reputación por la tarea que se cumple con mayor ahínco, y entonces, la práctica en ese campo aumenta con más

rapidez. Y finalmente, cuando uno es un cirujano ginecológico y siente que su profesión entra en conflicto, es preciso tomar una decisión.

Fran estaba contenta de que abandonara la obstetricia. Sus sentimientos fueron uno de los factores que tuve en cuenta, ciertamente, antes de tomar esa decisión. Una mujer, en su hogar, puede hacer o deshacer a un hombre. Si es comprensiva, todo funciona bien. ¿Pero hasta qué punto puede uno pedirle comprensión a alguien? Un marido ginecólogo plantea a su mujer una situación terrible. Uno llega a una fiesta, y encuentra una cantidad de gente que ríe, habla y bebe. Y suena el teléfono, y si cuatro o cinco cabezas se levantan, uno puede asegurar que se trata de los cuatro o cinco médicos asistentes: casi ninguna otra persona se preocupa por el teléfono. Nosotros sí lo hacemos, y sabemos que llaman a uno de nosotros. Y también es interesante mirar las caras de sus esposas, porque saben que una de ellas también regresará temprano a su casa.

Vivimos junto al teléfono y al llamador, y llegamos a odiarlos. Y nuestras mujeres también. Cuando estoy en casa, doy un salto cada vez que suena el teléfono, aunque sea el de un programa de televisión. Y cuando salgo de vacaciones, aunque esté en una isla del Caribe, sigo saltando al oír el teléfono durante toda la primera semana.

¿Quién sabe cuántos teléfonos hay en los teatros de Broadway? Nadie lo sabe, pero nosotros sí. Hay un teléfono en cada uno. Pero yo no sabía que las obras de teatro de Broadway tienen tres actos hasta que empecé a alejarme de la obstetricia. ¡Tres actos enteros! La gente sale después en multitud, y es maravilloso a veces ser parte de esa multitud. Un tocólogo no pierde el tercer acto porque le llaman: pierde el final de todos los actos, porque si esperara hasta el intervalo para llamar a su servicio de secretaría telefónica o al hospital, no llegaría jamás al teléfono. Terminaría aguardando fuera de la cabina, mientras alguien comenta la obra con un amigo, o algún padre llama a su casa para ver si la baby-sitter está despierta.

Cuando mi mujer y yo vamos al cine no me gusta llevar el llamador porque hace demasiado ruido. Le digo al servicio de secretaría a qué cine vamos, y le digo al administrador, mientras le tiendo mi tarjeta:

—Éste es mi nombre, por si alguien me llama.

Y él nos hace sentar donde más le conviene: sobre el pasillo, para poder avisar discretamente. Y lo mismo hago en el restaurante; y si el *maître* se acerca para controlar que todo esté bien, Fran y yo pensamos que puede ser una llamada. La mayor parte de la gente fuera de la profesión no sabe estas cosas, pero la mujer y los hijos del médico no- pueden ignorarlas. Cuando mis hijos eran chicos y yo les llevaba a los partidos de rugby, debía necesariamente hacer que otro adulto me acompañara, para quedarse con ellos si yo debía irme, o bien arrastrarlos conmigo quejándose por no haber visto el final del juego.

Por supuesto, abandonar la obstetricia no significaba eliminar las llamadas de emergencia. Siempre hay casos urgentes como un aborto espontáneo, un quiste ovárico roto, un embarazo tubario. Es difícil que un médico no encuentre nunca estos casos Pero es parte del trabajo, y si uno tiene suerte, su mujer lo comprenderá y se ajustará. Y ciertamente que cambiará después de unos pocos años de matrimonio.

Lo primero que todos piensan es que, como su marido es médico, ella también es una especialista en medicina. Los pacientes llamarán a casa y le harán preguntas, y es corriente que se convierta en una persona bastante autorizada.

En cuanto a otros aspectos de la vida conyugal, creo que la mujer del médico puede ser más resignada en algunos sentidos y más resentida en otros. Quizá cuando se casó tenía la misma imagen idealizada del médico que suele tener el público. Pero después de estar casada conmigo un tiempo, Fran no me veía seguramente en forma idealizada. Sin embargo, si íbamos a una reunión, todos le hablaban de lo maravilloso que era su marido; y seguramente le habría gustado oír que ella era maravillosa. Pero lo mismo me

encontraba rodeado de otros médicos, y hablando de cosas de la profesión, o bien rodeado de mujeres, y aun así, hablando de trabajo.

Cuando nos invitan a una reunión cuyos participantes no me conocen, siempre pido que no me presenten como un médico, por favor. Prefiero decir que soy plomero o aficionado al golf. La próxima vez que vaya usted a una fiesta, observe lo siguiente: alguien presenta a alguien, y dice:

—Quiero que conozcas a Ed Smith, a John Jones y al doctor Sweeney.

Ed Smith podría ser el ingeniero más importante del mundo, y John Jones podría ser un famoso filósofo; pero nadie los presenta como tales. ¿Por qué entonces nadie dice nunca «Éste es Bill Sweeney»? Pero, invariablemente, todos los dueños de casa me presentan como doctor, y entonces uno se pasa la noche respondiendo preguntas de su profesión. Y si llegan a descubrir que soy obstetra y ginecólogo...

No hace mucho concurrí a una reunión de ex alumnos de la escuela secundaria. Ahora bien, cuando yo estudiaba, ninguna de mis compañeras de clase hubiera admitido siquiera que poseía una vagina, y mucho menos me habría dejado hablar de ella. Pero en esa reunión todos bebían y se divertían, y yo estaba en un rincón, rodeado por todas mis antiguas compañeras, que me informaban detalladamente sobre sus problemas menstruales, o los dolores reumáticos de sus amigas. Y esto ocurre adondequiera que vaya.

Dios mío, estaba una vez en Roma, en lo alto de las escalinatas de la Plaza de España, cuando de pronto oigo un chillido:

—¡Doctor Sweeney!

«Me descubrieron», pensé.

Esa mujer subió por los escalones y me dijo:

—¡Qué suerte, estoy encantada! Querría hacerle unas preguntas...

De modo que yo estaba allí, en lo alto —y podría haberla empujado escalera abajo— y ella seguía y seguía con sus preguntas. ¡En mis vacaciones! Con todo, es divertido. Y por nada del mundo cambiaría de profesión.

XV. ABORTO

El l.° de julio de 1970 entró en vigencia la reforma a la ley de aborto del Estado de Nueva York, y mi vida se complicó a partir de ese momento. Tengo sentimientos conflictivos acerca de este tema. Por una parte, pienso que toda mujer tiene el derecho de decidir si quiere estar embarazada y también de abortar legalmente y con buena atención médica. Por otra parte, no me gusta hacer abortos, si bien los he hecho. Hace poco una paciente me dijo:

—Probablemente ha pasado tanto tiempo trayendo vidas al mundo que no le gusta impedirlo.

Suena bonito, pero no es verdad. El aborto no constituye para mí un problema moral, excepto en el caso de una preñez muy avanzada. Cuando digo que no me gusta hacer abortos, me refiero al procedimiento concreto. Por el contrario, soy un cirujano y me gusta operar.

La primera razón de que no me gusten los abortos es que el procedimiento empleado es muy ciego: no se puede ver ni sentir lo que se está haciendo. El aborto no es ese proceso sencillo y obvio que la gente piensa que es. Recuerdo que en la primavera de 1970, justamente después de que la legislatura de Nueva York aprobara la nueva ley por sólo un voto, le dije en el hospital al doctor Abrams:

—Me da miedo esto. Lo que quiero decir es: ¿qué sabe usted de abortos? ¿Cuántos ha hecho?

—Creo que cinco —respondió—. Lo usual: aborto terapéutico por rubéola durante el embarazo, y también por motivos psiquiátricos.

Asentí. Incluso antes de la sanción de la nueva ley, una mujer podía abortar en la ciudad de Nueva York si tenía bastante dinero. Lo único que necesitaba era que dos psiquiatras de buena reputación escribieran una carta diciendo que si seguía adelante con su embarazo podía llegar a suicidarse. Luego la mujer llevaba esas cartas a un hospital, las presentaba a la Junta de Abortos y le permitían interrumpir su embarazo. Después de todo, ¿qué otra cosa podían hacer? Si las cartas decían que la persona podía suicidarse, ¿cómo podían ellos demostrar lo contrario?

El doctor Abrams prosiguió:

—La otra noche mi mujer me preguntó: «Es igual que un curetaje, ¿no es verdad?» Y le contesté: «Qué diablos, ¡no!»

—Es una buena respuesta —contesté.

Cuando empezamos a hacer curetajes en la época en que éramos internos, dilatábamos el cuello uterino y raspábamos el revestimiento interior del útero. Pero un útero, fuera del embarazo, es un órgano muy firme. Cuando se introduce la cureta se pueden sentir las paredes uterinas. Pero un útero preñado es suave y no se puede sentir. Es como introducir la cureta en una nube: podría uno perforarlo sin darse cuenta, y habría que hacer toda una operación abdominal para reparar el daño.

Muchos de nosotros estábamos asustados por las consecuencias de la ley de aborto. Ciertamente, no era el caso que cualquier médico pudiese perforar un útero sólo porque la legislatura del Estado había dado un voto favorable.

El riesgo ha aumentado desde que la ley se sancionó. Estamos haciendo todos cuatro veces más abortos que antes. En lugar de establecer un tiempo de una hora para un aborto, y percibir los honorarios correspondientes, establecemos ahora de diez a quince minutos, y el precio para la paciente ha descendido en la misma medida. Pero también eso me asusta. Realmente se aplica a este

caso el viejo adagio de que la familiaridad engendra el desprecio: no puede ser que tengamos una actitud de desenfado al respecto. Si perdemos el respeto a la máquina orgánica con que trabajamos, terminaremos por crearnos graves problemas.

Ahora ya no utilizamos más una cureta manual. Cuando la preñez no alcanza las doce semanas, utilizamos una cureta de succión, o aspiración al vacío. Es un tubito de plástico conectado a una bomba de vacío, que se introduce en el útero y extrae material a una presión considerable: 50 a 60 milímetros de vado. Con el extremo del tubo se recorre toda la región. Si hay un embarazo en un lado del útero y no movemos la cureta, podríamos no tocar el feto. Por eso ha ocurrido alguna vez que una persona haya tenido un aborto, y también un hijo seis meses más tarde.

Ahora bien. Mientras estamos dentro del útero, todo está bien. Pero si colocamos el aparato de succión fuera del útero, si perforamos la suave pared uterina, la máquina puede succionar muchas cosas, como los intestinos de la mujer. La Prensa no suele hablar de todos los úteros perforados que han debido ser extraídos. De modo que no me parece conveniente difundir la idea de que el aborto es un procedimiento menor y sencillo: ciertamente no es un medio contraceptivo cualquiera.

Otra razón por la que no me gusta el aborto es que no es una cosa estéticamente agradable. No comprendo cómo las mujeres pueden ir a una clínica u hospital y hacer un aborto despiertas. En algunos hospitales se da solamente anestesia local. La región queda bloqueada, de modo que no hay dolor, pero la paciente no se duerme. Yo no sería capaz de estar oyendo el flup, máquina de succión, y luego el ruido de algo que cae en la botella. Ya es bastante malo que un médico lo oiga, pero, ¿cómo se puede sentir una mujer que sabe que ese ruido es el feto que la succión acaba de arrancar de sus entrañas? Y no sólo eso, sino que en muchos lugares no cambian la botella entre dos abortos. Todos los demás aparatos son estériles y se cambian para cada paciente; pero para ahorrar tiempo, muchas clínicas simplemente esperan a que la

botella se llene. ¿Se imagina usted entrar a una sala donde hay una botella repleta de abortos ajenos?

También me disgusta profundamente el procedimiento a base sal. Esto se hace cuando el útero es muy grande, o cuando la preñez sobrepasa las doce semanas, de modo que no se puede hacer el aborto por vía vaginal. En este caso, el médico extrae unos 50 centímetros cúbicos de fluido amniótico con una larga aguja hueca que inserta a través del abdomen, en el saco amniótico, en un punto apenas por debajo del ombligo. Después de extraer el fluido, inyecta gradualmente de 150 a 200 centímetros cúbicos de solución salina hipertónica. Esta solución es letal, y mata al bebé en la matriz. Luego la mujer que tiene un feto demasiado grande para abortar por medio de la cureta de succión debe hacer todo el trabajo de parto, y veinticuatro o treinta y seis horas más tarde alumbrará, exhausta, un niño muerto.

Antes de las doce semanas, estoy dispuesto a hacer un aborto, si me lo piden. En ese momento, el feto es una masa amorfa. Pero cuando se trata de un feto que ya puedo reconocer como un niño humano, o cuando a las veinte semanas tiene ya un corazón fetal, sólo haré un aborto en circunstancias extraordinarias.

En mi opinión, lo que tiene de malo la ley actual es que permite la realización del aborto en cualquier momento, hasta las veinticuatro semanas, es decir, a los seis meses. Me parece que los legisladores no estaban en su juicio cuando aprobaron esta parte de la ley. La mayoría de los hospitales que conozco ignoran esta autorización legal y se niegan a hacer abortos después de las veinte semanas. Después de todo, a los seis meses un feto es un niño viable: si lo extrajéramos por medio de una cesárea, cuando el médico inyectó la solución salina en uno de los dos bebés no pueden sobrevivir hasta los siete meses, pero es posible a los seis. Ahora bien: la inyección salina mata al niño, que nace muerto. Pero hubo un caso en que una mujer tenía mellizos, y cuando el médico inyectó la solución salina en uno de los dos sacos amnióticos, un niño nació muerto y el otro vivo. Usualmente la sustancia pasa de un saco al otro, pero en esa

ocasión no fue así. ¿Qué puede haber sentido esa mujer? El segundo niño finalmente murió, pero la pregunta —que sigue vigente— es: ¿Qué debe hacer el médico con el niño vivo? ¿Le pide usted, o me pide a mí, que lo tire? No. Si llega a ocurrir que en un aborto nazca un niño vivo, yo lo enviaré a la nursery de niños prematuros.

Otra razón por la que evito el procedimiento salino es que siento que es terriblemente duro para la mujer. Quizás esto sea una racionalización. Después de todo, si ella quiere hacer un aborto, pienso que yo no tengo por qué oponerme a su decisión. Pero prefiero que otro lo haga. Una vez que la llevan a la sala de operaciones donde el médico instila en el útero la solución salina, la mujer es enviada a su habitación, donde se queda en cama hasta que el aborto se produzca. Está vigilada; siempre hay cerca una enfermera, pero no está en una sala de operaciones porque no se puede dejar a nadie en una sala de operaciones durante veinticuatro horas. Y en la habitación donde se encuentra puede haber otras tres mujeres, en distintas etapas del trabajo. Y naturalmente todas han oído hablar de los niños que, muy de vez en cuando, han nacido vivos en similares circunstancias, de modo que temen siempre que su niño se eche a llorar al nacer. Y por fin da a luz esa cosa directamente en la cama donde está. Muchas veces ocurre por la noche. La mujer debe trabajar más que una madre que alumbra un bebé a término porque el cuello uterino no está maduro y nada en su cuerpo está listo para el alumbramiento. Si se inyecta la solución salina a las ocho de la mañana, puede ser que finalmente aborte a las tres o cuatro de la madrugada siguiente. Entonces es atendida por las enfermeras del piso, pero no por un médico, a menos que tenga un problema. Si la placenta ha salido, la cosa está terminada. Si no, es preciso llevarla a la sala de operaciones para que le extraigan la placenta, y luego de vuelta a su cama para que se recobre. No quisiera que una paciente mía pasara por esto.

Cuando una mujer viene a pedirme un aborto, trato de prepararla para lo que le espera. Primero suelo explicarle claramente que no debe mirar atrás. Ha tomado una decisión, y probablemente es la única decisión realista posible. Aunque parece hoy más común que

una muchacha soltera tenga un niño y lo críe, la mayoría no puede realmente cuidar de un hijo. En verdad, no son muchas las chicas jóvenes que vienen a verme por esto. Supongo que van directamente a las clínicas porque es más barato, y además prefieren que el ginecólogo de la familia no sepa que están encinta. La mayoría de las pacientes que me consultan son mujeres casadas, con hijos, que no creen poder ocuparse de uno más. Pero siempre, solteras o casadas, todas sufren tremenda culpabilidad después del aborto. Creo que ya es hora de que todo el mundo comprenda que se trata de una decisión perfectamente válida, y de que las mujeres que abortan sepan que o bien no debieran sentir ninguna culpa, o bien asuman que la culpa es una emoción normal. Hasta hace poco, aborto era una mala palabra. Se refería a una cosa que se hacía en la trastienda, a escondidas. De pronto es legal, y debe aceptarse social y moralmente. Pero una ley no puede cambiar los sentimientos de la gente de la noche a la mañana.

Si pensamos, por ejemplo, en cinco mujeres que van a la sala de operaciones para someterse a una dilatación y curetaje, suele ocurrir que reciban anestesia total, que se realice la operación y regresen a la sala de recuperación en perfecto estado. Cuando, en cambio, se trata de cinco mujeres sometidas en idénticas condiciones a un aborto por medio de la cureta de succión, cuatro de ellas vomitarán mientras se despiertan. Ahora bien: el aborto es un procedimiento técnicamente más delicado que el curetaje; pero desde el punto de vista del proceso en general, ambos son prácticamente iguales: los mismos médicos, las mismas enfermeras, la misma sala de operaciones, igual anestesia. Pero lo cierto es que sólo ocasionalmente una paciente de curetaje siente náuseas, en tanto que cuatro de cada cinco mujeres que abortan tienen vómitos. Pienso que esto ocurre a causa de sentimientos emocionales profundos; quizá tratan así de librarse de la culpa, o se castigan por haber sido «malas». Legal o no, el aborto es todavía una experiencia traumática para la mayoría de las mujeres.

Hay, por supuesto, excepciones. Yo tenía una paciente de infertilidad de treinta y un años, que apareció un día embarazada.

Estaba casada con un hombre que carecía de esperma y conocía su condición azospérmica. No era difícil comprender qué le ocurría: estaba absolutamente desesperada, como una monja preñada. Le espantaba que su marido se enterara de su situación y de que se hubiera librado del bebé. Deseaba abortar sin que su marido lo supiera. En el Estado de Nueva York, esto es posible. Una mujer puede tener un aborto sin el consentimiento del marido, aunque no podría hacer ligar sus trompas sin dicho consentimiento. De cualquier modo, hicimos el aborto; mi posición consiste en no entrometerme. Hace poco tiempo, esa pareja solicitó un permiso de adopción, y después de una larga espera, se les confiaron dos gemelos no idénticos.

Tiempo después, en una ocasión en que esa paciente me visitó para hacer su chequeo periódico, me contó la historia. El hombre que la había embarazado era un amigo de su marido. Las dos parejas solían pasar juntas el fin de semana, y según ella me contó, el otro hombre la «molestaba» todo el tiempo. Mantuvo relación con él, pero la interrumpió después del aborto, porque deseaba que su matrimonio no sufriera problemas durante tres meses, plazo indispensable para que ella y el marido pudiesen adoptar legalmente los mellizos. Después de esto, se proponía reconsiderar la posibilidad de continuar su relación con el otro hombre o de pedir el divorcio.

La paciente que desea abortar con frecuencia se pregunta qué pienso de ella, especialmente si es soltera. En primer lugar, yo no soy un juez. Sólo tengo por misión ayudar. Además —aunque me propusiera juzgar— no haría jamás una crítica moral. Esas mujeres quedaron embarazadas por hacer lo que todas con menos fortuna. Y les explico que es corriente que se sientan como si todo el mundo supiera que están embarazadas, que no están locas por sentir que todo el mundo sabe que van a abortar.

También trato de informar a mis pacientes de aborto qué es lo que ocurre en los hospitales. Primero, es común que una cantidad de mujeres sean «procesadas» a la vez cuando llegan al hospital, habitualmente a las ocho de la mañana. Es difícil para

ellas no sentir que están en una especie de línea de montaje. No todos los hospitales funcionan como el nuestro. Tenemos todo un piso para los casos de aborto, y en ese piso no se atienden casos quirúrgicos. Y ciertamente, no hay allí una sala de maternidad. ¿Qué sentido tendría semejante crueldad? Todas las pacientes que llegan a ese piso están en idéntica situación. Y todo el elenco de médicos y enfermeras ha optado voluntariamente por trabajar allí, de modo que a nadie se le ocurriría señalar a una mujer con el dedo. A mis pacientes les advierto que encontrarán allí a toda clase de personas: una joven de diecisiete años que tuvo mala suerte la primera vez; otra de mala vida de los barrios bajos; una madre de tres hijos que no puede permitirse otro. Algunas no hablan, pero otras están dispuestas a describir con lujo de detalles cómo quedaron embarazadas, y a veces con bastante felicidad. En realidad, los médicos no las vemos hasta que llegan a la sala de operaciones. Me figuro que las más afortunadas tienen a alguien en quien confiar para no pasar solas por esa experiencia.

Físicamente no debería haber mucho dolor después de un aborto, aunque algunas mujeres experimentan malestares abdominales por un breve tiempo. Pero en el caso del aborto, hay mucho más que hechos físicos. Yo no pienso que sea correcto abandonar a la mujer que acaba de sufrir un aborto: lo mejor sería que esa persona pudiera hablar con alguien capaz de aconsejarla. Infortunadamente, esta clase de ayuda es con mucha frecuencia imposible de conseguir. Y suele ocurrir también que a la mujer que acaba de abortar no se le dé información sobre contracepción: esto no tiene sentido. Durante el primer año después de la sanción de la ley, aproximadamente seiscientas mujeres de Nueva York regresaron al hospital para un segundo aborto. No llegaré a decir que las mujeres no deberían poder hacer un aborto si no estuvieran dispuestas a utilizar alguna forma de contracepción en el futuro; pero pienso que debería realizarse un esfuerzo educacional para que conocieran y aceptaran los medios contraceptivos.

Entiendo que el aborto debería ser barato para las personas indigentes. Incluso cincuenta dólares puede ser una suma excesiva

para una persona pobre. Si esa persona puede ir adonde otras mujeres que ella conoce han ido —a la trastienda de un *drugstore*—, donde le cobrarán quince dólares, allí irá, precisamente. Cuando se sancionó el aborto legal en California, la cantidad de abortos ilegales no se redujo, porque la gente todavía prefería pagar menos y que no le hicieran preguntas.

La ley del Estado de Nueva York es más liberal que la californiana, y está acompañada por un excelente programa de educación. Creo que ya hay indicios claros de una gran disminución de los abortos ilegales. Vemos menos casos de aborto espontáneo, quizá porque una cantidad de dichos «abortos espontáneos» ocurren cuando alguien trata de librarse de un embarazo. Quizás una mujer «entendida», o ella misma, haya introducido en el útero algún objeto y haya raspado un poco, hasta provocar una pequeña hemorragia, y luego la mujer fue a tener un aborto en su casa. También vemos menos casos de abortos mal realizados. Por eso me angustié bastante cuando vi la locura de los grupos organizados para oponerse a la ley, que en último análisis ha dado muy buenos resultados. La cantidad de complicaciones médicas es mucho menor en relación con la cantidad de abortos realizados. Y a medida que la campaña de educación continua, las mujeres vienen a abortar, cada vez más, en las etapas iniciales del embarazo, lo que hace mucho más seguro el procedimiento.

Y lo que es tal vez más importante, aborto ya no es una mala palabra. Antes de que se sancionara la ley, una cantidad de mujeres no nos decía la verdad. Les decíamos, por ejemplo: «Su vida depende de que nos esté diciendo la verdad. ¿Ha tenido un aborto? ¿Qué es exactamente lo que le ha ocurrido?» Y he visto mujeres que negaban todo, y morían en semejantes circunstancias.

Recuerdo una mujer casada que evidentemente había estado embarazada hasta muy poco tiempo antes de que yo la examinara. El útero estaba dilatado, el cuello uterino estaba abierto y no cerrado, y perdía sangre. Y se sentía mal. Era esencial saber si había tenido un aborto espontáneo, natural, o si había sufrido alguna

manipulación capaz de provocar daños internos. Le pedimos, por favor, que nos dijera si había tenido un aborto natural, o si alguien le había hecho algún tratamiento, y le explicamos que podía tener el útero perforado. Y nos respondió:

—Nadie me ha hecho nada. Absolutamente nada. Yo no estaba embarazada.

Esa mujer murió negando haber tenido un embarazo. Por supuesto, la operamos, pero cuando llegó ya era demasiado tarde. Tenía una grave perforación en el útero, había perdido muchísima sangre, y además sufría de una generalizada infección abdominal.

Nosotros no sabíamos si su embarazo se debía a un adulterio; pero el día siguiente a su muerte, el marido trajo un feto que había encontrado en un mueble. Era un feto pequeño, y él no sabía que ella estuviese embarazada. Cuando nos lo trajo, repetía:

—¡Yo no lo sabía, no lo sabía!

Es de esperar que este tipo, de tragedia no vuelva a ocurrir. En enero de 1973 la Corte Suprema de los Estados Unidos estableció que los abortos durante los primeros tres meses del embarazo constituían un asunto privado entre la paciente y su médico, absolutamente al margen de las decisiones de los Estados. Apruebo de todo corazón esta resolución.

XVI. LA DIGNIDAD EN LA MUERTE

Eleanor Mays es una paciente mía que trajo a verme a su suegra, de Dayton. En agosto operamos a Mrs. Mays —la mayor— y vimos que tenía un cáncer de cuello uterino que ya se había extendido hasta el hígado. No podíamos hacer nada, excepto cerrar la incisión y decirle a Eleanor que su suegra no viviría mucho tiempo. Tenía setenta y cuatro años.

Seis semanas más tarde, Eleanor llamó a mi despacho. Mrs. Mays se había trasladado a la casa de su hijo y su nuera para no quedarse sola en su casa de Dayton. Eleanor me dijo que la anciana se sentía más débil y peor, y me pidió que fuera a examinarla. Le respondí que era imposible: no hacemos visitas a domicilio en este tipo de casos, porque no se puede hacer un examen pelviano a fondo en una casa.

Eleanor trajo entonces a mi consultorio a su madre política, y era obvio que la mujer se estaba muriendo. Caminaba lentamente, muy agachada, y debía sostenerse del brazo de su nuera. La atendí en el acto, pero ni siquiera le hice un examen pélvico, porque estaba evidentemente en la última etapa.

La mayoría de las veces se puede decir cuándo la gente se está muriendo, y no sólo de cáncer. La piel es pálida. No amarilla, aunque las personas con problemas hepáticos pueden mostrar una tonalidad amarillenta. Si no es así, la piel se presenta blanca, como de cera, y seca. Si uno la coge, la siente sin elasticidad. Y los ojos están generalmente hundidos, y los pómulos son prominentes.

Si se trata de un cáncer avanzado, podemos reconocerlo. Una vez vi una paciente nueva en la sala de espera y le pregunté, no recuerdo si a mi enfermera o a mi secretaria:

—-¿Quién es? Tiene un cáncer.

Y hace poco, fui a una reunión profesional, y vi a un colega a quien no veía hace tiempo, sentado en el estrado; y me dije: «Ajá... Estoy seguro de que es eso.» Todavía no se sabe con certeza si yo tenía o no razón, pero ciertamente parecía enfermo de cáncer. Tenemos una especie de intuición. Quizá sea la expresión, quizás otra cosa, pero un médico con experiencia lo sabe. En el hospital me ha ocurrido decir, por ejemplo: «Esta mujer huele como si tuviera un cáncer.» Una afirmación semejante no tiene nada de científico, pero con todo, las víctimas del cáncer tienen a veces cierto olor particular. No me pregunten cómo es exactamente, porque no les podría decir. Y no siempre acierto; pero no siempre todos tenemos siempre razón en todo.

La suegra de Mrs. Mays había perdido mucho peso, y parecía venir de un campo de concentración. No tenía la mirada clara, ni hablaba atinadamente todo el tiempo. A veces se perdía, y luego regresaba. Simplemente le tomé la presión sanguínea y el pulso, teniéndola sentada en un sillón en mi despacho. Luego fui con Eleanor a la otra habitación —la sala de exámenes— a conversar.

—Se está muriendo, ¿no es verdad?

—Sí. No puedo decirle exactamente cuándo, pero no creo que sea mucho más de unas pocas semanas.

La pregunta era qué podíamos hacer. Los Mays tenían tres hijos. Eleanor no sólo estaba preocupada por la anciana, sino también por su marido, Jim, y por los hijos.

—Jim dice que la internemos en algún lado, pero no me parece que quiera hacerlo —me dijo Eleanor—. Y por otra parte, tiene miedo del efecto que me puede hacer a mí, y a los chicos, que la tengamos con nosotros. Y creo que yo también tengo miedo. ¿Pero cómo podemos mandarla a morir en otra parte? Creo... —vaciló—, creo que necesito saber exactamente qué va a ocurrir.

—¿Todavía puede ir a comer a la mesa? —pregunté.

—Viene a la mesa, pero apenas come. Casi tenemos que obligarla.

—Lo primero que ocurrirá, será que dejará de comer y que no podrán obligarla. Ni deberán tratar de hacerlo. Poco después dejará de beber líquidos. Y finalmente, no podrá ir a la mesa. Se quedará en cama... y dado el tipo de enfermedad que tiene, simplemente dormirá.

—¿Y los niños?

—Mientras pueda ir a la mesa, no es mucho lo que puede hacer respecto de ellos; pero cuando se retire a su cuarto, manténgalos afuera. No tienen por qué verla morir. Explíqueles que su abuela se muere, y que no deben entrar en su habitación.

Mrs. Mays, después de oírme, decidió que la anciana se quedara en su casa, y yo pensé: «Ésta es una mujer que vale mucho.»

Poco después de esa visita, Eleanor me llamó, llorando. Estaba cerca, y le pedí que viniera. Habíamos terminado la consulta, pero seguíamos trabajando en mi despacho. Eleanor tenía los ojos enrojecidos, y empezó a llorar nuevamente mientras explicaba lo que le ocurría.

Había ido de compras a Bloomingdale después del trabajo, y se había encontrado con una amiga, que se horrorizó al saber lo que Eleanor estaba haciendo. Le dijo que en cualquier momento su suegra empezaría a gritar de dolor, y que los niños tendrían que vivir una experiencia terrible, y que esa mujer debía estar en un hospital. Eleanor me preguntó si aceptaríamos en el hospital a su madre política.

—Naturalmente, si quiere traerla —le dije—. ¿Cómo está ahora? ¿Qué hace?

—Está en cama, y duerme casi todo el tiempo. Casi nunca se despierta.

—¿Se ha quejado?

—No.

—Y tampoco lo hará —dije—. La llevaremos al hospital si quiere, porque ciertamente es muy doloroso que esté en su casa. Pero, a pesar de lo que le dijo su amiga, no va a gritar: tiene un cáncer de cuello uterino, y apenas deje de orinar morirá de envenenamiento urémico. No sabrá siquiera lo que le sucede, y si hay una forma agradable de morir, es precisamente ésa.

—Oh, doctor Sweeney, sé que no debería haber escuchado a mi amiga —dijo Eleanor—. Pero estaba tan angustiada... —Y agregó, en voz más firme—: Yo quiero que la abuela se quede en casa. Pero me parece que a veces tiene dolores.

—Entonces, haga que tome las píldoras que le he recetado. ¿Qué le importa que se vuelva adicta a las drogas? Esa mujer va a morir.

—Pero ella no quiere tomarlas.

—Entonces no la obligue. Si le duele, las tomará. Si no las quiere, déjela tranquila. ¿Por qué habría que obligarla a nada en semejante momento? Usted la está ayudando enormemente al dejar que muera tranquilamente, dignamente, rodeada por la gente que la quiere y a quien ella quiere.

Y Eleanor se quedó con su suegra. Y una semana después, un día de otoño, Mrs. Mays murió.

Le pregunté a Eleanor si ella y Jim y los chicos estaban bien, y me contestó:

—Sí. Y me alegro de lo que hicimos. Creo que todos estamos contentos. Tengo que reconocer que siento alivio, pero nos hizo sentir a todos que éramos una familia verdaderamente unida.

Así terminó esa historia. Esa anciana recibió más cariño y mejor atención de su nuera que en cualquier hospital del mundo. No tenía dos tubos en su cuerpo, uno para la orina y otro para las heces. Murió pacíficamente mientras dormía.

XVII. UNA MUJER HERMOSA

El fin de semana de Acción de Gracias. Cuatro días en el campo. Salimos en coche hacia el Norte, bajo una tormenta de nieve, y yo estaba feliz de salir de la ciudad y esperaba poder esquiar por primera vez en el año. Parecía realmente un buen proyecto de vacaciones. Acababa de ayudar a nacer a mi penúltimo bebé una semana antes, y Marianne Dobbs no esperaba hasta enero. Podía decir que estaba feliz de no preocuparme por cuál de mis pacientes tendría su bebé en esos días y me obligaría a regresar, pero al mismo tiempo lo extrañaba. Tal vez no extrañaba precisamente un parto a las cuatro de la madrugada, pero sí la felicidad y la

excitación que acompañan los nacimientos. Me costaba creer que había abandonado la práctica obstétrica. A veces me pregunto cómo lo logré.

Por supuesto, había tenido que decirle que sí a Marianne Dobbs. Había perdido tres hijos, a pesar de mis cuidados, y cuando quedó embarazada en mayo sentí que no podía enviarla a otro médico. Muchas mujeres cambian de ginecólogo cuando pierden un niño; pero no Marianne. Y además, el parto sería sólo un mes después de la fecha que yo me había fijado, y yo sentía afecto por ella.

El día de Acción de Gracias toda la familia se reunió en nuestra casa en el campo. Estaban nuestros padres, los chicos, todo el mundo, y yo veía el partido por televisión. Todavía nevaba, y estábamos a punto de sentarnos a la mesa, a las cuatro y media de la tarde, cuando sonó el teléfono.

—No lo puedo creer —dije, mientras cogía el aparato. Era Marianne.

—Doctor Sweeney, estoy sangrando y Dan ha bajado a buscar un taxi para llevarme al hospital. Me parece que pierdo mucha sangre.

—¿Le duele algo, Marianne?

—No. Sólo pierdo sangre. Llené dos toallas higiénicas y ahora me he puesto una gran toalla.

—¿Coágulos?

—No.

—¿Está acostada?

—Sí. Estaba acostada cuando empecé a sangrar.

—Está bien. Espere que Dan regrese. Que la ayude a caminar. Sólo por precaución, avisaré al hospital para que la esperen abajo con una silla de ruedas. Me llevará más o menos una hora y media regresar a la ciudad, de manera que otro médico le atenderá. Y Marianne, ya sé que sangrar asusta; pero ya le ocurrió otra vez, y se

detuvo. Así que trate de tranquilizarse; y yo no voy a abandonarla ahora que ha llegado a este punto.

Era todo lo que podía hacer para reanimarla, pero no era mucho.

Llamé al hospital y le di algunas instrucciones a Mrs. Ames. Luego hablé con el doctor Richards, el médico residente.

—Trate de llamar urgentemente al doctor Abrams. Creo que le vendrá bien un poco de ayuda. Está por llegar una de mis pacientes: tiene una hemorragia de tercer trimestre. Le faltan siete semanas para llegar a término. No puedo decir si se trata o no de un caso de placenta previa. Así que tenga cuidado. Ha perdido tres niños, y sufre de diabetes, de modo que controle cuidadosamente la infusión. Yo estoy en el campo y tardaré cerca de hora y media en llegar.

Colgué, salté al coche y partí. Había ya siete centímetros de nieve: había adorado antes cada copo, porque eso significaba esquiar. Pero ahora maldecía la nieve. Conduje a tal velocidad que empecé a esperar la escolta de un coche policial, pero no apareció ninguno.

Tal vez, exteriormente, Marianne era la mujer más fea del mundo. Pero era interiormente hermosa. Cuando me visitó por vez primera Marianne tenía treinta y siete años, era alta, huesuda, y tan bonita como Abraham Lincoln. Se había casado menos de un año atrás y estaba en ese momento, poco después del Año Nuevo de 1968, embarazada. Excedía un poco la edad conveniente para tener un primer hijo, pero todo marchó bien hasta la décima semana. En ese momento empezó a tener una ligera pérdida. Le dije que se quedara en cama, y la pérdida se interrumpió. La normalidad duró hasta la decimosexta semana, en que su útero dejó de crecer. Medimos el útero cada vez que una paciente viene a examinarse. Dos semanas después, el útero tampoco había crecido: era evidente, entonces, que habíamos perdido el niño. En mayo la hice internar en el hospital, y con parto inducido dio a luz un niño muerto.

Más tarde, practicamos un curetaje y pedimos ayuda al Laboratorio de Patología. Pero los análisis no explicaban por qué su

matriz había dejado de crecer.

Marianne quedó embarazada otra vez a fines de 1968. Recuerdo que era en diciembre, porque me dijo que ése era el regalo de Navidad que se habían hecho mutuamente ella y Dan. Todo parecía bien, pero dos meses más tarde, volvió a sufrir un aborto espontáneo. El informe del laboratorio tampoco pudo explicar lo ocurrido.

Marianne me visitó poco después y me preguntó si podía decirle todo, porque ella y Dan todavía querían intentar de nuevo. Era ya la primavera de 1969. Marianne tenía treinta y ocho años, y había perdido dos niños. ¿Qué podía decirle? Quería un hijo más que ninguna otra cosa en el mundo. No sé si yo hubiera tenido el valor de intentar de nuevo, en su caso, pero le dije que no había absolutamente ninguna razón médica para que no intentara una vez más.

Y he aquí que en agosto Marianne se quedó embarazada. Le indiqué todo lo que no debía hacer: tener relaciones, bañarse con agua muy caliente, meterse en la multitud en las tiendas durante las liquidaciones, o levantar nada más pesado que el bocado que se llevaba a la boca. Y le aconsejé descansar todo lo posible.

A principios del embarazo apareció la diabetes. Eso hacía las cosas difíciles, porque había que controlar la enfermedad y al mismo tiempo conseguir que no abortara. Pero excepto por un episodio menor de hemorragia, Marianne estuvo bien hasta el cuarto mes, en que reaparecieron las pérdidas. La llevamos al hospital para poder cuidarla de cerca y tratar de impedir un aborto espontáneo. Cuando la hemorragia se detuvo, le dije:

—Hay dos opciones. O se queda aquí, o se va a su casa y se mete en cama No puede levantarse para otra cosa que para ir al baño.

Ahora bien: esto se refería a cinco largos meses, de noviembre hasta abril. Pero habría hecho cualquier cosa que le dijera, porque

quería de verdad tener un hijo. De manera que se fue a su casa y se quedó en cama.

Una noche me llamó para decirme que estaba sangrando nuevamente. Llevaba seis meses de embarazo. Ambos vinieron al hospital y dos horas después Marianne empezó a tener contracciones, inició el trabajo y dio a luz un niñito que pesaba apenas medio kilo. Dan le sostenía la mano, y los dos se pusieron a llorar. Vieron su niño, que vivió menos de una hora, y les destrozó el corazón. Sin embargo, esto pareció acercarlos aún más. Me despedí de ellos: yo me sentía muy deprimido y fueron ellos dos —especialmente Dan— quienes trataban de consolarme a mí.

Durante los días siguientes, mientras Marianne se recuperaba, Dan vivió prácticamente en el hospital. Es un hombre alto y sereno, de frente muy alta, algo calvo, con una gran nariz aguileña. Era pelirrojo, y tenía la frente cubierta de pecas. Se hizo amigo de todo el mundo en el piso. No pusimos a Marianne en una de las salas de maternidad —habría sido cruel— sino en una habitación semiprivada en el piso de ginecología, con otras tres personas. Una paciente anciana tenía pocos visitantes, y nadie le llevaba flores: Dan le regaló un ramo el segundo día. Ayudaba a las enfermeras con sus bandejas y nadie habría pensado que era un hombre con una tragedia personal. A veces callaba; otras, conversaba con la anciana, o con la demás gente, y parecía sentirse mejor. Cuando yo entraba a la habitación a ver a Marianne, las otras tres mujeres —ninguna era paciente mía— me decían qué maravillosa les parecía esa pareja.

A mitad de febrero Marianne pudo dejar el hospital. Los informes del laboratorio volvieron a dar resultado negativo: por tercera vez, no había explicación de lo que había ocurrido. Vi a Marianne en marzo de 1970, y otra vez cerca del otoño, y me dijo que se sentía muy bien y que ambos seguían muy unidos. Había vuelto a tener sus períodos, pero nada me dijo de la posibilidad de tener un niño.

Y un buen día de primavera de 1971, Dan y Marianne aparecieron en mi consultorio. Marianne me dijo que no podía quedarse embarazada, aunque jamás había tenido antes problemas. Y allí

estaban los dos, dos de las personas más feas del mundo, y sin embargo hermosos y enamorados, dispuestos a hacer todo lo posible para que la mujer quedase embarazada.

¿Qué podía decirles? Ella tenía cuarenta años y él cuarenta y siete. ¿Debía aconsejarles que no lo hicieran? Es grande la incidencia de anormalidades en hijos de madres que pasan los cuarenta años. Ella tenía diabetes y tres embarazos fracasados.

Así que le dije todo esto a Marianne, incluyendo la posibilidad —1 por 100— de que tuviera un niño anormal. Y ella contestó:

—Quiero un hijo. Correré el riesgo. Si algo le ocurre, lo cuidaré sea lo que sea.

Esa mujer tenía todas las razones para estar amargada, pero no lo estaba. No estaba resentida con Dios ni con los demás. Había aceptado su fealdad, su diabetes y sus tres embarazos frustrados. Y Dan y ella aceptaban también su infertilidad, y trataban de remediarla.

No les aconsejé desistir. Tampoco lo hubieran hecho. Escribí en la planilla de Marianne: «Marianne y Dan están ya bastante viejos para esto, pero como esto deja lugar a dudas, lo mejor será ayudarles.»

Hicimos un análisis de infertilidad completo con ambos: no había ninguna razón para que la mujer no concibiera. Simplemente, esto no ocurría. Les hablé de la posibilidad de adoptar un niño, para aliviar un poco la presión, y respondieron que preferían esperar un poco. Les gustaba hacer el amor; para ninguno de ellos eso era una cosa mecánica.

En abril de 1972, más de dos años después de perder su tercer hijo, Marianne me llamó en éxtasis: era el vigésimo quinto día de su ciclo y tenía temperatura. Me volvió a llamar el día siguiente, y la temperatura continuaba. Luego tuvo una pequeña pérdida, y Mariana sintió que todo estaba perdido. Tenía ahora cuarenta y un años. Pero la temperatura no bajó y a principios de mayo era evidente que estaba embarazada.

No tuvo pérdidas durante el principio del embarazo. Se quedó permanentemente en cama. Sólo dejaba su habitación para venir al consultorio. Hablaba por teléfono cada dos días, y todo parecía marchar bien.

La vigésimo octava semana, Marianne se sintió mareada; tenía náuseas y zumbido de oídos. Estábamos preocupados por su diabetes; pensamos que podía ser un aneurisma (el ensanchamiento de una arteria) o incluso consideramos la remota posibilidad de un tumor cerebral. Nuevamente la internamos en el hospital, donde la vieron además otros especialistas. Se vio por fin que era lo que se llama el síndrome de Meniere, que no es un tumor, gracias a Dios, y puede tratarse con medicación; y dos semanas más tarde estaba nuevamente en su casa, y en su cama. La criatura debía nacer la segunda semana de enero, siempre que lograse llevar su embarazo a término, o por lo menos hasta el punto de que el niño tuviese una posibilidad de sobrevivir.

Marianne era una de las únicas pacientes que tenía el número de teléfono de mi casa en el campo, y lo último que me dijo cuando me despedí fue:

—Que pase felices vacaciones, doctor Sweeney. Yo sé que necesita descansar, así que no se preocupe si no le llamo por unos días. Si todo marcha bien, no le molestaré.

Y entonces llegó la llamada. Estaba sangrando. Rojo brillante. Pero no tenía contracciones. No me dijo que estaba aterrorizada. Era obvio que tanto ella como Dan estaban espantados ante la idea de perder también este niño. Así que conduje como un loco hasta el hospital, maldiciendo a la nieve, aunque por lo menos gracias a ella había algo menos de tráfico. Y me preguntaba si era una placenta previa, o una separación prematura de la placenta.

La placenta proporciona oxígeno al niño y también materiales nutritivos extraídos esencialmente de la sangre materna, y también elimina los productos de desecho del niño. Cuando la placenta se separa antes de tiempo, antes del parto, el oxígeno que llega al cerebro del niño disminuye. Si una parte grande de la superficie de

la placenta que sirve para el intercambio con el feto se desprende, y si es demasiado temprano para proceder a una cesárea, el niño nace muerto.

Una placenta previa ocurre cuando la placenta está implantada un poco más bajo que lo normal en la cavidad uterina, de modo que cubre parcial, y a veces totalmente, la abertura interna del cuello uterino, es decir, que está frente a la cabeza del bebé. Una placenta en esta posición tiene más probabilidades de desgarrarse y sangrar, antes o durante el principio del trabajo. Con frecuencia se produce una hemorragia súbita sin contracciones ni dolor, y la mujer se despierta en mitad de la noche bañada en sangre. Es su propia sangre, y puede morir si no recibe inmediatamente atención experta.

Habitualmente la hemorragia de una placenta previa se detiene si no se produce un trauma, como por ejemplo un examen pélvico, y si la paciente no empieza su trabajo de parto. Pero si la mujer es hospitalizada, mantenida en estricto reposo, y si su sangre se renueva por medio de transfusiones, es posible ayudarla a mantener su embarazo hasta casi el término. Y entonces, si la placenta está ubicada directamente sobre el cuello uterino, es indispensable proceder a una cesárea.

Finalmente, después de lo que parecían horas, llegué como un huracán al hospital y al piso de la maternidad. En realidad, no eran todavía las 6 de la tarde. Estaban el doctor Abrams, el doctor Richards y Dan. Marianne estaba en pleno trabajo. Sangraba, si bien menos, y recibía una transfusión. El doctor Abrams no sabía qué le pasaba, porque no podíamos examinarla. De nada ayudaría a Marianne ni al bebé que palpáramos el cuello uterino, lo que podía causar una hemorragia incontrolable.

Y yo pensaba qué hacer. No quería hacer una cesárea si no era indispensable: Marianne no tenía contracciones, y le faltaban siete semanas para completar el término del embarazo. Por otra parte, la hemorragia proseguía. Si no se detenía, era cuestión de extraer al bebé, o su pérdida era segura. Pensé en el monitor fetal que poseíamos: es un sistema potencialmente notable capaz de

proporcionar información vital y precisa sobre el estado del bebé en el vientre materno. Pero era inútil en aquellas condiciones. Si ni siquiera podíamos examinar a Marianne por vía vaginal, tanto menos podíamos introducir el cable del cardiómetro a través del cuello uterino y adherirlo a la cabeza del bebé. Y tampoco podíamos insertar el tubo lleno de fluido que nos daría información sobre la presión en el interior de la cavidad uterina. Lo único que sabíamos era que el bebé estaba perfectamente, porque podíamos oír el latido regular del corazón fetal.

Marianne y Dan no preguntaron nada. Estaban frente a un nuevo desastre, asustados, pero valientes como nadie. Simplemente se abrazaban y esperaban.

—El bebé está bien —dije—. Sus latidos resuenan.

Tenemos un aparato que puede colocarse sobre el vientre de la mujer y amplifica el latido fetal de modo que todo el mundo puede escucharlo. Es como un estetoscopio, sólo que el sonido pasa a un amplificador. Lo utilizamos, por ejemplo, cuando tenemos dificultad en oír el corazón del bebé por el fetoscopio. De modo que le pedí a la enfermera que trajera el Doptone y lo coloqué sobre el vientre de Marianne, y se oyó de pronto un ruido comparable a los tambores de la jungla.

—¡Oh, Dios mío, qué hermoso! —susurró Marianne, con los ojos brillantes.

Les dejé escuchando, y fui a pedirle a Mrs. Ames que reuniera un equipo de enfermeras quirúrgicas y un anestesista. Durante las vacaciones el elenco del hospital se reduce al mínimo. Quería tener a todo el personal necesario a mano, por si era necesaria una intervención apresurada. El doctor Abrams me ofreció su ayuda, pero le agradecí, le dije que yo me haría cargo, y se marchó.

Después volví aI lado de Marianne y esperé otra hora. Eran casi las 7 y Marianne sangraba apenas. De vez en cuando aplicaba el Doptone sobre su abdomen, y todos escuchábamos el latido, que se mantenía en 140 pulsaciones.

Bruscamente, Marianne tuvo un sobresalto. Dan literalmente saltó, y yo apoyé mi mano sobre el vientre de Marianne, que tenía los ojos cerrados y apretados. Luego los abrió y me miró.

—Creo... —se interrumpió.

—Creo que acaba de tener una contracción —dije—. Me parece que está a punto de comenzar el trabajo.

—¡Oh, doctor Sweeney, no puede ser! —dijo—. Es demasiado pronto. —Por primera vez se notaba el pánico en su voz, pero luego agregó en voz suave—: ¿Qué le ocurrirá al bebé?

Le dije lo que podía.

—Su niño tiene treinta y tres semanas, Marianne. Está en este momento muy desarrollado. Con el equipo moderno de cuidados pediátricos, tiene de noventa a noventa y cinco por ciento de posibilidades de vivir.

Buscó la mano de Dan y musitó:

—Por supuesto —pero no lo creía.

Esperamos algo más. Unos veinte minutos más tarde, Marianne tuvo una contracción que duró veinte segundos. Pude sentirla en su vientre. El útero estaba duro: Marianne había comenzado sin duda el trabajo.

En la media hora siguiente dejó de sangrar, de modo que me sentí bastante seguro de que no se trataba de una placenta previa. Todavía no sabía con seguridad qué hacer. Marianne tenía cuarenta y un años. ¿Debíamos hacer una cesárea o dejar que tuviera un parto normal? La mujer está hecha para dar a luz después del trabajo de parto, y el niño nace en mejores condiciones porque durante el nacimiento se eliminan casi todas las mucosidades de su garganta, su boca y su nariz. Con una cesárea, el niño está adentro un segundo y afuera el siguiente. De modo que yo me incliné al nacimiento normal, en lugar de sobrecargar con una cesárea a un niño prematuro. Pero todo dependía de la marcha del trabajo.

Sobre todo deseaba examinar a Marianne, para dejar definitivamente de lado la posibilidad de una placenta previa y revisar el cuello uterino. Un examen vaginal, Guando hay una placenta previa, puede provocar una hemorragia, de manera que era indispensable prepararse para una cesárea.

Le pedí al doctor Richards que tuviese el equipo preparado para las dos eventualidades. Luego llevamos a Marianne a la sala de operaciones, donde procedí a un examen vaginal estéril con todo un equipo de operación listo para entrar en funciones de inmediato.

Pero Marianne no tenía una placenta previa, y cuando la examiné, el cuello uterino estaba adelgazado y dilatado a cuatro centímetros. Rompí las membranas, por si acaso había una separación parcial de la placenta. Esto reduciría la presión en el útero y permitiría que la sangre saliera por el cuello del útero y no por la pared uterina. El líquido amniótico era claro, y pensé que ése era uno de los muchos casos en que ignoramos las causas de una hemorragia.

Llevamos de vuelta a Marianne a la habitación de preparación para el parto, y di ulteriores instrucciones a Mrs. Ames:

que el equipo quirúrgico estuviese preparado y que anunciase a Pediatría que tendríamos un niño prematuro y necesitaríamos alguna ayuda. El trabajo de Marianne avanzaba rápidamente, como el de las mujeres que han tenido anteriormente hijos. A las diez tenía buenas contracciones cada cuatro minutos, y tenía una dilatación de siete centímetros. Descansaba entre una y otra, pero el dolor era muy agudo. Yo no quería correr el riesgo de aplicarle ninguna medicación, a causa de su historia clínica y porque no quería disminuir el ritmo del proceso ni su capacidad de pujar. Me dolía el corazón por ella, y esperaba que el trabajo no fuera muy largo.

A las 11,15 de la noche tenía el cuello uterino totalmente dilatado, pero la cabeza del bebé aún no había descendido. Todavía quedaba la opción de una cesárea. Le dije a Mrs. Ames que ya era hora de tener un médico del Departamento de Pediatría. Y a Marianne le expliqué que su dilatación era completa, porque deseaba darle todo el ánimo posible. Estaba fatigada del dolor y el

esfuerzo, y yo no sabía bien cuánto tiempo más podría continuar. Dan parecía estar sufriendo una tortura física, pero Marianne empezó a pujar a cada contracción, y el bebé empezó a descender. La llevamos entonces a la sala de partos.

Entonces, a eso de las 11,50 el corazón fetal descendió a 96 latidos por minuto y se desencadenó la conmoción: toqué el timbre de emergencia y aparecieron a la carrera el doctor Richards; el doctor Rogan, el pediatra; dos enfermeras; el anestesista, y un interno. Marianne suspiraba de dolor. Con la última contracción lanzó un grito fatigado mientras trataba de empujar. Si la hacíamos dormir en ese momento, podíamos perder el bebé. Éramos ocho en la sala. Marianne podía mirar y escuchar todo.

Pedí a las enfermeras que le acomodaran los pies en los estribos. El anestesista ya le había colocado una máscara de oxígeno. No tuvimos tiempo de lavarnos, de modo que una enfermera nos puso los guantes al doctor Richards y a mí. Al mismo tiempo pedí los fórceps y anestesia local para una episiotomía. Y como .todo el mundo parecía muy excitado, dije muy fríamente:

—Con tranquilidad.

Marianne y Dan no habían dicho una sola palabra.

—El corazón fetal se mantiene en noventa y seis —dijo el doctor Richards.

El anestesista informó acerca de la tensión sanguínea, y una enfermera el pulso. Entonces le dije a Marianne que aún le quedaban fuerzas, y que. cuanto más sintiera que se iba a partir en dos, tanto mejor vendría el bebé. Y esa gran mujer, que sufría un dolor infernal, empezó a pujar como no he visto otro caso. En una oportunidad gritó: «¡Ayúdenme!», pero con su esfuerzo logró que el niño descendiera hasta un punto de donde podíamos sacarlo con los fórceps. Inserté este instrumento, abrimos la episiotomía y trajimos al mundo un diminuto varón prematuro. El doctor Rogan se apoderó de él en el instante en que corté el cordón. Yo ya le había extraído las mucosidades de la nariz y la garganta, y su pechito estrecho se

elevó una vez. Cuando se lo tendía al doctor Rogan, dejó escapar un llanto débil como el de un gatito.

Giré en mi taburete para asegurarme de que Marianne lo había oído, y estaba a punto de decirle algo cuando comenzó la hemorragia; un momento, todo marchaba bien; el siguiente, había una cantidad de sangre en el cubo, a mis pies.

—Bombeen sangre —dije.

El anestesista dispuso la infusión y una de las enfermeras inflaba la almohadilla de presión en torno del brazo de Marianne. Todos, excepto ella misma podían ver la sangre que salía de su vagina.

Pienso que nada en el mundo da tanto miedo como una hemorragia postparto, si bien no hay tiempo para el miedo. Marianne perdía sangre en tal cantidad que podía llegar a los dos litros en dos minutos, y no podíamos ni remotamente reemplazarla a esa velocidad. Había que descubrir la causa y detenerla antes de que se desangrara o muriera de shock. La causa más obvia era que el útero no se contrajera, de modo que me ocupé de eso en primer lugar. Si los músculos del útero no lograban cerrar los vasos sanguíneos que alimentan la placenta —gruesos como un lápiz— nada podría detener la hemorragia. Puse mi mano sobre el vientre de Marianne, pero no pude palpar el útero. Estaba flojo como un trapo,

Introduje mi mano en la vagina y luego en el útero. El cuello uterino estaba muy dilatado porque por allí acababa de pasar el bebé. Sentí la placenta, ya separada, y suavemente la saqué. Luego puse mi mano derecha en el útero, y la izquierda sobre el vientre, y empecé a masajear el útero, tratando de conseguir que los músculos se contrajeran, mientras la sangre corría por mi brazo.

—Agreguen veinte unidades de Pitocin a la infusión —ordené.

—Dan —dijo Marianne.

—Sí, querida.

Cuando alcé la vista, el anestesista estaba a punto de volver a ponerle la máscara de oxígeno.

—Tensión sanguínea, ochenta sobre cuarenta —dijo.

—El pulso, ciento veintiséis —agregó la enfermera.

Continué el masaje. Estaba aterrorizado. Es una sensación terrible. Los médicos no somos distintos de las demás personas. Si un paciente se nos va y está a punto de morir, nos asustamos como cualquiera. Pero no podemos dejar de trabajar.

Marianne había perdido casi un litro y medio de sangre cuando sentí la primera reacción favorable de su matriz. Una pequeña contracción. Seguí masajeando, y un minuto después el útero empezó a responder verdaderamente. No me interrumpí, y proseguí hasta que sentí contracciones más fuertes, los músculos uterinos volvieron a funcionar y pude sentir el órgano con la otra mano. La hemorragia cesó por fin, y la única sangre que fluía era la de la episiotomía.

Una enfermera continuó el masaje.

—¿Alguien me puede secar? —pregunté, pues el sudor me corría por la cara.

Miré al anestesista. Le había quitado la máscara a Marianne. Hizo un gesto afirmativo y dijo:

—Un poco sacudida, pero está bien.

—Está bien, Dan —dije—. Necesita un momento para reponerse.

Me volví al doctor Richards.

—Ayúdeme a examinar la vagina y el cuello uterino antes de cerrar la episiotomía.

Quería estar seguro de que Marianne no sangraba de un desgarro en el cuello del útero.

—Parece muy pálida, doctor Sweeney —pudo articular Dan mientras trabajábamos; luego sufrió un mareo.

—¿Dan? —dijo Marianne.

Estaba débil y bañada en transpiración. Tenía las sábanas pegadas al cuerpo.

—Estoy aquí, querida.

—¿Y el bebé?

Precisamente entonces entró el doctor Rogan con el niño, casi escondido entre sus ropas. Acercó el bebé al pecho de Marianne.

—Es un varón —dijo—, pero me lo quiero llevar en seguida a la nursery de prematuros.

—Es tan pequeño —dijo ella.

Marianne y Dan lo miraron. Lo único que podían ver era la carita, y los ojos prominentes. Marianne me miró por encima del hombro de Dan. Parecía sorprendida cuando advirtió la sangre en mi túnica. Luego miró al doctor Rogan.

—Díganme por favor si el bebé va a vivir.

—Yo creo que está bien —contestó el doctor Rogan—. Lo sabremos con toda seguridad dentro de un rato.

Dan se inclinó sobre la cama y abrazó a la vez al niño y a Marianne.

—Querría llevármelo pronto abajo —dijo suavemente el doctor Rogan.

Dan se enderezó, y el doctor Rogan alzó al niño. Luego Dan volvió a abrazar y a besar a Marianne, mientras le echaba atrás el pelo mojado. Estaban demasiado emocionados para hablar. Marianne tenía los ojos cerrados, y las lágrimas corrían por sus sienes hasta el pelo. Dan no había dejado de abrazarla mientras todos se iban de la sala de partos, y los que quedábamos tratábamos de recuperar la compostura. Luego la mujer abrió los ojos, miró a Dan y luego a mí.

—Tiene que vivir —dijo, e inmediatamente se quedó dormida.

Llevaron a Marianne a su habitación a la 1. Dan y yo la acompañamos. Poco a poco el hombre empezaba a creer que ella estaba fuera de peligro. Luego fui con él a la nursery de niños prematuros, porque apenas había tenido oportunidad de ver a su hijo. Le expliqué por qué el doctor Rogan quería tener al bebé en una incubadora caliente lo antes posible. Después de pasar varios meses en el útero materno, todo recién nacido siente frío en la sala de partos.

El residente de pediatría nos dijo que el doctor Rogan había estado allí hasta un momento antes. Dan se asombró cuando vio a su hijo desnudo por la ventana.

—Es tan pequeño —dijo—. Y tan flaco.

Un bebé siempre parece rollizo. Pero un niño de treinta y tres semanas no tiene grasa debajo de la piel. Los brazos y piernas de ese niño eran como palitos rodeados de piel floja que contorneaba los huesos y se plegaba alrededor de los codos y encima de las rodillas. Parecía un viejito huesudo y marchito, con un cuello flaco y unos pelos dispersos en su cabeza aparentemente muy grande. Allí la piel era translúcida, y tirante sobre los huesos como la piel de un anciano sobre los nudillos.

Por fin Dan formuló la pregunta que yo aguardaba.

—¿Se pondrá bien?

—Es demasiado pronto para saberlo, Dan. No se puede dar un diagnóstico sólo mirando. Debe estar bastante bien, pues de lo contrario el doctor Rogan no lo habría dejado. Mañana se sabrá. Las primeras veinticuatro horas son decisivas.

—Parece tan frágil, tan desvalido... Debería haber una forma de que yo pudiera darle fuerzas... —Dan perdió la voz—. ¿Cuánto pesa?

En el momento de nacer pesaba 2 kilos 200 gramos, pero le expliqué a Dan que perdería aún un poco de peso, como todos los recién nacidos.

—¿Cuándo le darán de comer?

—No durante unas horas —respondí—. Luego, seguramente le alimentarán por un tubo, directamente en el estómago. Exige bastante fuerza chupar un pezón, y es tan pequeño que o no tiene los músculos necesarios, o aún no puede usarlos.

Regresamos a la habitación de Marianne. Dan se quedó junto a la cama, en la penumbra. De pronto se cubrió la cara con las manos y empezó a sollozar en silencio. Sus hombros se sacudían. Me quedé con él hasta que alzó la vista, con el rostro húmedo y dijo:

—Tema que hacerlo.

Después me marché. Eran casi las 2. Le dije a la enfermera del piso:

—Llámeme si ocurre algo. Éste es el último niño que traigo al mundo y me quedo en el hospital.

Después hablé por teléfono con mi casa y me fui a dormir a una de las habitaciones reservadas para los médicos.

A las 7 de la mañana siguiente pasé por la nursery de prematuros antes de visitar a Marianne. El doctor Rogan ya había pasado por allí, y el residente comentó que parecía satisfecho. Había obtenido un resultado Apgar de 7 en la sala de partos, que es un resultado muy alto para un niño prematuro. El Apgar es un test muy simple para evaluar la condición de un recién nacido. El doctor tiene en cuenta cinco factores: el ritmo cardíaco, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, el color y la respuesta a un catéter aplicado en una ventana de la nariz, y atribuye a cada uno una puntuación de 0, 1 o 2, de manera que 10 es el mejor resultado posible.

Una radiografía torácica del bebé tomada durante la noche revelaba que los pulmones no mostraban trazas de la enfermedad de las membranas hialinas, responsable de la muerte de muchos niños prematuros antes del establecimiento de las nurserys de cuidado intensivo. El análisis químico de su sangre revelaba una concentración normal de electrólitos, así como de los niveles de oxígeno y anhídrido carbónico. Incluso le encontraban bastante fuerte para intentar la alimentación con biberón.

Estaban sirviendo el desayuno en el piso cuando fui a ver a Marianne. Había dado orden de que no la despertaran. Dormía, y Dan también, en un sillón, a su lado. Cuando le toqué el hombro, se despertó con un sobresalto.

—Doctor Sweeney —susurró—. ¿Ocurre algo?

Le hice señas de que saliera de Ja habitación.

—Todo marcha bien, Dan. Acabo de ver a su hijo. Está saliendo adelante. ¿Marianne durmió toda la noche?

—Sí, pero se despertó una vez: me obligó a prometerle que la despertaría cuando usted viniera.

—No la moleste. Está exhausta. Lo mejor que puede hacer es dormir todo lo que pueda.

—Se lo prometí —dijo sencillamente, y regresó a la habitación.

Dan besó a Marianne, que se despertó lentamente. Pero apenas me vio, preguntó:

—Doctor Sweeney... ¿Vio a nuestro bebé?

—Acabo de pasar por la nursery y parece que está muy bien —dije.

—¿Me dice la verdad?

—Por supuesto. ¿Cómo se siente?

—Me gustaría verle y tenerle conmigo —dijo—. No sabe cuánto quiero verle.

—Pronto podrá levantarse e ir a verle. Está en la incubadora, y van a darle de comer para que sea un chico grande y fuerte que la vuelva loca chillando para llamar la atención.

—Eso me va a encantar —respondió.

—¿Cómo se siente? —insistí.

—¿Dan puede ir a verle?

—Sólo si usted contesta antes a mi pregunta.

Sonrió.

—Estoy cansada pero me siento maravillosamente. Nunca me he sentido mejor. Ahora tengo absolutamente todo.

Me incliné y le di un beso.

—Felicitaciones —le dije.

Volvió a sonreír.

Fui con Dan hasta la nursery, y le presenté al médico de guardia. Y luego agregué:

—Creo que me olvidé de felicitarle.

Me miró intensamente.

—Y yo de agradecerle.

Luego me dio un abrazo de oso que casi me hizo crujir las costillas.

Decidí no desayunar allí, y volver en cambio a reunirme con mi familia. Saqué el coche y cogí el East River Drive: estaba casi vacío. Acababa de salir el sol y era un hermoso viernes.

SEGUNDA PARTE: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Un médico pasa buena parte de su vida respondiendo preguntas. Por limitaciones de espacio, me veo obligado a elegir algo arbitrariamente los temas que trataré. Algunos de los comentarios de las páginas que siguen son simplificaciones de información muy compleja. No pienso que al lector le hagan falta los aspectos técnicos que omito, pero, en cierto sentido, me hacen falta a mí.

—Éste no es un tratado de ginecología y obstetricia —me han dicho mi coautora y mi editor—, sino un libro destinado a informar y entretener.

Con esta misma idea en la mente, he tratado de responder sobre todo las preguntas que más frecuentemente me formulan, y examinar algunos temas que, a mi entender, merecen la mayor atención.

XVIII. ALLÍ ABAJO

Estoy seguro de que si fuese una mujer y recordara con frecuencia la complejidad de mi cuerpo, le preguntaría a mi médico una cantidad de cosas acerca de lo que en él ocurre. Con frecuencia, una señora que solicita información acerca de estos temas admite de pronto:

Realmente no recuerdo lo que estudié en la escuela: ¿cómo funciona el ciclo reproductor femenino?

Comenzaremos inmediatamente después de que una mujer ha tenido su período. Supondremos que se encuentra en la edad de la reproducción y que ovula normalmente. Una vez que termina su período, el ciclo vuelve a empezar, lo que significa que no ha quedado embarazada el mes anterior y se prepara para una posible concepción en este mes.

Sus dos ovarios contienen miles de óvulos, o mejor dicho, de folículos en donde pueden desarrollarse óvulos. Normalmente, excepto en el caso de un embarazo múltiple, sólo un óvulo madura cada mes. Alrededor del óvulo hay células que producen estrógenos, u hormonas femeninas. Durante las dos semanas en que este óvulo madura, los estrógenos son lanzados a la circulación. Actúan sobre el interior del útero: hacen que crezca el revestimiento interno de ese órgano hasta que es lo bastante grueso para alojar al óvulo fertilizado.

Después de unos catorce días, el óvulo maduro se desprende de la pared del ovario y penetra en la trompa de Falopio. Los tres días que le lleva al óvulo recorrer la trompa de Falopio son el tiempo en que puede ocurrir la fertilización.

Mientras tanto, la zona del ovario de donde salió el óvulo produce progesterona, que impide que el revestimiento del útero se vuelva más grueso, y lo convierte en una región llena de glicógeno y de materias nutritivas, capaces de alimentar al óvulo fertilizado hasta que sea capaz de construir su propia placenta. En realidad, el ovario continúa elaborando también estrógenos, pero en mucha menor medida, y este descenso en la producción estrogénica puede hacer que una mujer tenga alguna pequeña pérdida en la mitad del ciclo. Si el óvulo es fertilizado y se implanta, el nivel de estrógenos y de progesterona sigue creciendo. Si no se produce la fertilización, los niveles descienden unas dos semanas después de la ovulación, y la mujer tiene su período aproximadamente el día veintiocho del ciclo. El revestimiento del útero, que no es ya necesario, es arrastrado al exterior.

¿Puede tener hijos una mujer a la que se le ha quitado un ovario?

Sí, siempre que el ovario restante, la trompa de Falopio y el resto de sus órganos reproductores estén fisiológicamente sanos. Igualmente, una mujer que haya sufrido un embarazo tu-bario, o ectópico, y a quien se le haya extraído en consecuencia una trompa de Falopio, puede igualmente quedar embarazada. Una mujer puede incluso perder su ovario derecho y su trompa de Falopio izquierda, y sin embargo concebir: en ese caso, el óvulo suele «flotar» desde el ovario hasta la trompa opuesta.

¿Por qué sufro dolores menstruales?

En realidad, una mujer tiene un parto en miniatura cada mes. Cuando el endometrio, o revestimiento del útero, es arrastrado al exterior durante el período, son las contracciones del útero las que lo expulsan a través del cuello uterino. Estos espasmos, que se inician a consecuencia de la reducción de estrógenos y de progesterona, causan los dolores.

La mujer que ha tenido hijos, y que tiene el cuello del útero dilatado, sufre habitualmente dolores muy leves; pero una chica sin hijos, con un cuello uterino estrecho, puede sufrir dolores más severos. Y las que toman píldoras contraceptivas probablemente no tengan dolores, porque la mayoría de los médicos cree que las píldoras impiden la ovulación, y un período anovulatorio es usualmente indoloro. Hace mucha diferencia el umbral del dolor de cada persona, y también tienen un rol importante los factores psicológicos. Si alguien ha oído decir durante toda su infancia que tendrá un terrible dolor cuando llegue la menstruación, se sentará a esperar que el dolor aparezca. Y entonces aparecerá.

¿Cuánta sangre pierdo? ¿Es bastante para causar fatiga, o quizás anemia?

Una mujer suele perder sólo de 50 a 70 centímetros cúbicos de sangre cada mes, es decir, de media taza a una taza. Si tiene buena salud, no debe sentir una pérdida tan pequeña. Infortunadamente, muchas mujeres son crónicamente anémicas, e incluso una pérdida de media taza de sangre puede causarles fatiga. Es evidentemente importante una buena dieta. Por ejemplo, el hígado y la médula ósea son fuentes especialmente ricas de hierro, necesario para la formación de nuevos glóbulos sanguíneos.

Otra cosa que causa fatiga es el dolor. El dolor cansa. Todo el mundo se burla de los dolores menstruales. Una vez oí a un cómico decir que sólo las mujeres casadas tienen dolores. Uno sale con una muchacha soltera, y jamás tiene dolores; pero si se casa con ella es seguro que los tendrá. Pero el dolor nunca tiene nada de divertido, y no creo que ninguna mujer tenga que sufrir. Lo mejor es que tome algún analgésico, o consultar a un médico acerca del origen de sus dolores.

Los dolores menstruales severos, ¿significan que algo no marcha bien?

Así es. Aunque por lo general proceden de causas supuestamente normales, hay enfermedades que los provocan. La más común es la endometriosis. Parte del endometrio, o revestimiento interno del

útero, sale de éste y pasa a los ovarios, las trompas o los ligamentos. Y entonces, las hormonas que estimulan el endometrio en el interior del útero también actúan sobre el endometrio que ha salido al exterior, y provocan hemorragias microscópicas. Esta sangre, que no tiene forma de escapar, se coagula y daña los órganos, provocando dolor y a veces incluso esterilidad.

Algunos médicos consideran que la endometriosis se desarrolla cuando parte del revestimiento uterino asciende por las trompas de Falopio en lugar de descender hacia el cuello del útero durante la menstruación: otros especialistas piensa que esto se debe a causas congénitas.

Por supuesto, se puede eliminar el problema extrayendo el útero y los ovarios, lo que interrumpe toda hemorragia; pero éste es un procedimiento excesivamente drástico. Hay métodos quirúrgicos para destruir las zonas de endometriosis de modo que la mujer pueda aún tener hijos. Y las formas más leves pueden curarse con un tratamiento hormonal. Por fin, la suspensión de los períodos menstruales durante el embarazo pueden producir la cura permanente de la endometriosis.

Otras causas de las menstruaciones dolorosas son las infecciones pélvicas y los fibromas.

¿Qué son los fibromas?

Son tumores benignos, no cancerosos, relativamente comunes en las mujeres de mediana edad. Ubicados en el útero, o cerca de él, los fibromas son normalmente muy duros. Están compuestos principalmente por tejido fibroso o muscular. Pueden variar desde el tamaño de un guisante hasta el de un pomelo. A veces pueden haber en el útero varios fibromas pequeños que no causan síntomas. No se vuelven malignos y con frecuencia no se requiere ningún tratamiento, particularmente en el caso de un fibroma pequeño que no aumenta de tamaño. Por lo general, una mujer con un pequeño fibroma puede quedar embarazada y dar a luz sin complicaciones.

Un fibroma grande puede causar hemorragias anormales, dolores y diversas complicaciones, de modo que el médico puede recomendar la cirugía. Según el tamaño y ubicación del tumor, la edad de la paciente y su deseo de tener hijos, la extirpación puede incluir o no una histerectomía.

¿Por qué tengo dolores de cabeza inmediatamente antes de mi período? ¿Por qué tengo los senos demasiado suaves o un poco hinchados, o retengo los líquidos y gano peso, o no duermo bien, o me siento tensa, o histérica, o de mal humor? ¿POR QUÉ ME SIENTO TAN DIFERENTE?

No me gustaría que me obligaran a determinar cuáles de estos síntomas son fisiológicos y cuáles psicológicos, porque la distinción es sumamente crítica. Pero hay una cosa de la que podemos estar seguros. ¿Nunca oyó usted decir que «una muchacha no puede estar un poquito embarazada»? Pues bien: si uno piensa en una mujer una semana antes del comienzo de su período, comprende que en lo que concierne a sus niveles hormonales, está muy cerca de una mujer embarazada. La concentración de hormonas es máxima, y también en otros sentidos la mujer está como si estuviera embarazada: el óvulo no está fertilizado; pero si lo estuviera, el nivel hormonal no sería muy distinto. Sólo empezaría a cambiar después de la implantación del óvulo. Por eso, una cantidad de síntomas son comparables a los del comienzo de la preñez: los dolores de cabeza, los senos algo hinchados o doloridos, la retención de líquidos. Todos son típicos.

Una aspirina o algún otro analgésico pueden aliviar los dolores menstruales leves y otros malestares físicos. La mujer que experimenta la sensación de retener los líquidos y de estar hinchada puede tomar un diurético durante algunos días. También puede ayudar que disminuya la absorción de líquidos y de sal antes de la menstruación.

No sé si alguien puede explicar realmente por qué algunas mujeres se sienten de mal humor, o tensas, o deprimidas antes de su período. Ciertamente no tiene sentido desdeñar estos síntomas,

como se suele hacer, y pensar: «Otra histérica con sus problemas psicológicos.» Lo cierto es que la mujer experimenta cambios en la química de su cuerpo a lo largo del mes.

Pensemos, por ejemplo, en la inquietud por las noches. La progesterona aumenta la temperatura. Si yo tomara progesterona, mi temperatura aumentaría. Y si la temperatura aumenta y uno transpira, bien puede ocurrir que no pueda dormir bien porque se siente acalorado o transpirado. Y también puede causar esa inquietud el exceso de agua en los tejidos.

Por otra parte, no hay duda de que una cantidad de los problemas que se suelen asociar a la tensión premenstrual son psicológicos. Si una mujer tiene una conducta algo alterada antes de su período, puede deberse a que no quiere quedar embarazada y no está segura de ello hasta que llega la menstruación. Si tiene la expectativa de sentir dolores, o no le gusta la incomodidad de tener un período, ¿no es natural que esté algo alterada? ¿Qué mujer desea esa incomodidad por la incomodidad misma? Y si siente mayores deseos sexuales, esto se puede atribuir al conocimiento subconsciente de que las probabilidades de quedar embarazada son mínimas, lo que explicaría que se siente relajada y predispuesta.

Pero no se puede afirmar que estos síntomas sean puramente psicológicos. Por ejemplo, una mujer que ha sufrido una histerectomía, y a la que no le han eliminado los ovarios, no puede temer un embarazo: sin embargo, sus problemas premenstruales pueden continuar sin variaciones. Ocurre que no conocemos todas las respuestas a estos interrogantes.

¿Debo lavarme internamente o no?

Hay quien lo hace y hay quien no lo hace. Yo creo que es conveniente. También me lavo los dientes todos los días. Yo pienso que la idea de que no conviene tomar una ducha vaginal nunca, o sólo una vez por mes o por semana es un cuento de viejas comadres. La vagina es un orificio como la boca. Se acumulan en la vagina secreciones cervicales; después de tener relaciones sexuales, hay también esperma y diversas bacterias. Y se puede lavar esta

cavidad exactamente como se hace con la boca, de modo que yo considero conveniente la ducha vaginal dos o tres veces por semana. La vagina no encoge ni se reseca, ni otras cosas que dice la gente.

Estoy seguro de que en el pasado las madres disuadían a sus hijas de lavarse internamente por causa del carácter fálico de la cánula de irrigación vaginal. Quizá pensaban que sus hijas podrían volverse promiscuas si se acostumbraban a introducir ese objeto en su vagina; o tal vez las madres se horrorizaban ante la posibilidad de encontrar a sus hijas masturbándose con él.

¿Qué tipo de lavado es más conveniente?

No haría ningún mal utilizar simplemente agua, pero como la vagina tiene una leve acidez, es mejor que el líquido utilizado sea también levemente ácido. Creo que uno de los líquidos más anticuados es también el mejor, y el más barato. Para prepararlo, basta poner dos cucharadas soperas de vinagre blanco en 1/4 de litro de agua tibia. Asegúrese de que se trata de vinagre blanco; de lo que se trata es de lavarse la vagina y no de convertirla en un escabeche. Buena cantidad de los líquidos para la higiene vaginal que se venden en el comercio consisten en agua y vinagre blanco, y un poco de perfume agregado para cobrar cuatro veces más caro.

¿Qué opina usted de los nuevos desodorantes femeninos?

La principal objeción que debo formular es que demasiada gente es alérgica a ellos, y que muchas de mis pacientes han sufrido escozores o erupciones por su causa. Y también pueden experimentarse estos inconvenientes si se utiliza un líquido o un jabón bactericida que no se enjuaga luego cuidadosamente.

Por supuesto la vagina tiene olor; pero examino diariamente cincuenta vaginas y pienso que la mujer tiene en general una idea exagerada de ese olor. De cualquier modo, es mucho mejor un lavado interno que el uso de cualquier desodorante en spray. Supongo que si no hay tiempo para un lavado, el spray puede servir de algo —siempre que no provoque alergia—, pero lo único que se

conseguirá será perfumarse un poco o quizá reducir temporariamente el nivel de bacterias. Muy temporariamente.

Y ya que hablamos aquí de alergias y erupciones, quizá convenga decir que nadie me interroga sobre las ventajas comparadas de las bragas de algodón o de hilado sintético, hasta que no sufre una erupción. Como médico, preferiría que todas las mujeres utilizaran bragas de algodón, porque los materiales sintéticos no absorben la humedad, sino que mantienen húmeda la región genital. Es natural que las mujeres se quiten las bragas cuando vienen a visitarse a mi consultorio; de modo que como ginecólogo preferiría que las bragas sintéticas no se hubiesen inventado nunca. En cambio, como hombre me alegro profundamente de que existan.

XIX. CONTRACEPCIÓN

¿Cómo funcionan las píldoras?

La vasta mayoría de los médicos cree que la píldora impide la ovulación por medio de la supresión de las hormonas pituitarias. Esto explica por qué las mujeres que toman píldoras no sufren dolores menstruales: los períodos anovulatorios no son dolorosos. Sin embargo, no estamos seguros de la razón por la cual tomar estrógenos y progesterona —los ingredientes de las píldoras— impide al ovario liberar un óvulo. Algunos médicos piensan que la ovulación se produce, pero que la píldora actúa sobre la mucosidad del cuello uterino, bloqueando la penetración de los espermatozoides y por ende la fertilización. Otros especialistas consideran que el óvulo puede ser fertilizado, y que la píldora impide su implantación en el útero, de modo que el óvulo es arrojado al exterior. Es bastante sorprendente que nunca se haya demostrado en forma concluyente cómo funciona en realidad la píldora.

¿Cree usted que es segura?

Sí, o no la recomendaría. Antes, cuando sólo una compañía la fabricaba, sólo existía un tipo de píldora. Contenía 25 miligramos de esteroides totales, lo que constituye una dosis muy alta. Yo no recomendaría eso a mis pacientes. Pero ahora la dosis suele ser de medio miligramo, y estoy convencido de que se puede prescribir sin problemas.

Ahora bien: nada en medicina es cien por ciento seguro y efectivo, y alguien tendrá seguramente dificultades con las píldoras. Pero también hay individuos que no toleran la aspirina. Y mucha gente muere a causa de reacciones alérgicas a la penicilina; pero nadie, que yo sepa, ha sugerido que se retiren del mercado la penicilina o la aspirina.

Hay algunas pruebas de que la píldora puede causar coágulos sanguíneos, dado que hace que el cuerpo de la mujer mime de varias formas la preñez. Ciertamente hay una alta incidencia de coágulos sanguíneos en las mujeres embarazadas. Nadie que esté en su juicio prescribirá píldoras a una mujer que tiene grandes venas varicosas o una flebitis en su historia clínica. Sin embargo, estimo que este síntoma ha sido atribuido a las píldoras en forma injustamente excesiva. No estoy totalmente satisfecho de la manera en que se han establecido las estadísticas sobre la incidencia de los coágulos. Y de cualquier modo, los riesgos son pequeños, y absolutamente incomparables con los riesgos del embarazo. En los Estados Unidos la incidencia de la mortalidad por causas directamente asociadas con el embarazo alcanza al 0,5 por ciento, o el 5 por mil.

La píldora, ¿puede provocar el cáncer?

No. Éste es un temor completamente infundado. Soy miembro de la comisión que se ocupa de tumores en el hospital, de manera que estoy en relación permanente con este tipo de problema. Los únicos ingredientes de las píldoras contraceptivas son los estrógenos y la progesterona, en forma combinada, o separadamente. Una mujer que ovula produce ella misma idénticas hormonas cada mes. Desde que no son carcinogénicas en su forma natural, ¿por qué habrían de

serlo en forma de píldoras? Utilizamos exactamente los mismos medicamentos para tratar ciertos casos de cáncer. Una y otra vez se ha comprobado que si le administramos altas dosis de progesterona a una paciente con un cáncer uterino, el cáncer parece retroceder. No decimos que desaparezca por completo, pero eso demuestra que estas hormonas no son cancerígenas?

Entonces, ¿por qué prefiere no prescribir estas hormonas a las pacientes en la menopausia?

La paciente que está en la edad de la menopausia ha producido hormonas en forma natural durante treinta o cuarenta y cinco años. Si le prescribimos hormonas, estamos prolongando artificialmente el estímulo de sus tejidos. Éstos no son ya los mismos; tienen una mayor edad. Soy lo bastante conservador para pensar que no sabemos lo bastante acerca del cáncer —qué razón hace que el crecimiento normal se convierta en un crecimiento maligno— y que es innecesario prolongar arbitrariamente el estímulo de los tejidos si la mujer no tiene trastornos de la menopausia. Por la misma razón, no veo por qué una persona a quien se le hayan extirpado los ovarios quirúrgicamente antes de la menopausia no haya de recibir hormonas en reemplazo de las naturales.

¿Hay mujeres a quienes no les convienen las píldoras?

Si. Además de las personas con varices o flebitis, no prescribiría las píldoras a personas que hayan tenido una hepatitis, u otras afecciones del hígado, migrañas, calambres en los pies o las piernas, cáncer conocido o sospechado del seno, cualquier tipo de cáncer dependente de los estrógenos, ni hemorragias anormales no diagnosticadas.

¿La píldora produce efectos colaterales normalmente?

Sí. Aparte de suprimir los dolores menstruales, la píldora suele producir cierto aumento de peso. Las mujeres delgadas podrían considerar que esto constituye una ventaja.

El segundo efecto secundario común de las píldoras de baja dosis son las hemorragias intermedias, que ocurren mientras se están

tomando las píldoras. Si se producen en los primeros días del ciclo, suelo aconsejar que se doble la dosis durante unos días, lo que habitualmente resuelve el problema. Si la hemorragia se produce hacia el final del ciclo, cuando se han tomado ya casi todas las píldoras, lo mejor es interrumpir las píldoras por el resto del mes, y continuar tomándolas cinco días más tarde.

El tercer efecto puede ser que la menstruación sea muy escasa. Como muchas mujeres preferirían no tener ningún período, éste no es realmente un gran problema.

Anteriormente, mucha gente mostraba reacciones bastante desagradables: náuseas, vómitos, dolores de cabeza. Esto no suele ocurrir hoy. Se ha progresado mucho desde los tiempos en que había un solo tipo de píldoras. Quizás aquel producto solitario sea el responsable de que se hable tanto de «la píldora» en singular. Hoy debe haber una lista de unas veinte píldoras contraceptivas. Si una causa reacciones adversas, se prueba con otras: considero que hay, en general, un tipo de píldora que le conviene a cada mujer.

Las mujeres que toman píldoras, ¿deberían tomar alguna precaución?

Sí. Además de notificar a su médico todo síntoma inusitado, deberían dirigirse a él cada seis meses para realizar un examen físico completo, incluyendo un test de Papanicolau.

¿Qué piensa usted del diafragma como método anticonceptivo?

Me parece excelente, siempre que la mujer lo tenga siempre consigo y lo utilice debidamente. Un diafragma mal puesto es inútil, y de nada sirve ponérselo después de un contacto genital. También debe ser revisado para asegurarse de que está en buen estado, y conviene utilizarlo con una crema o jalea vaginal para asegurar la máxima protección.

El diafragma, ¿es tan eficaz como la píldora?

Las estadísticas sobre la eficiencia comparativa de los contraceptivos varían enormemente. Pero casi todas las autoridades

concuerdan en que los fracasos con las píldoras o con el diafragma se derivan de algún error humano. La mujer olvidó tomar un día la píldora, o no colocó debidamente su diafragma. En general, la píldora, si se toma exactamente de acuerdo con las instrucciones, se considera más digna de confianza. Es eficaz en una cifra que se aproxima al cien por ciento. Y el diafragma, usado con crema o jalea vaginal, tiene un índice de fracasos inferior al 1 por ciento.

¿Qué opina usted de la espiral intrauterina?

No me gusta, porque no pienso que funcione suficientemente bien. Algunos organismos sencillamente la rechazan. Otras mujeres sufren dolores o hemorragias. He tenido que quitar más espirales de las que he colocado. Y finalmente, aun cuando la espiral permanezca en su lugar y no cause ninguna reacción adversa, no es tan eficaz —a mi entender— como las píldoras o el diafragma. Todos hemos ayudado a dar a luz a mujeres que llevaban una espiral en el útero. Inclusive hice una vez una operación cesárea en que extraje primero la espiral, y luego el bebe.

¿Qué piensa de las espumas, cremas y jaleas vaginales?

Si se usan constante y debidamente, las espumas constituyen una barrera vaginal muy buena. Yo las situaría a mitad de camino —en cuanto a su eficiencia— entre el diafragma por un lado, y el uso exclusivo de cremas y jaleas.

¿Y los supositorios o tabletas vaginales?

Son casi tan eficaces como las cremas y jaleas que se usan solas. Las estadísticas de fracaso varían considerablemente de un dos por ciento en adelante. Éste no es un método común en los Estados Unidos, aunque es popular en el Japón, particularmente entre los grupos de bajo nivel socioeconómico.

¿Es útil el método del ritmo?

Implica un elevado riesgo de embarazo. El método del ritmo se basa en abstenerse de relaciones sexuales durante el supuesto «período fértil» de la mujer. El problema es que no existe aún un

método práctico de establecer con exactitud el momento de la ovulación. A eso se debe que falle tantas veces el método de la «ruleta vaticana».

¿Y el lavado vaginal?

También supone un elevado riesgo de embarazo.

¿Qué es el coitus interruptus?

Es el coito en que el hombre retira el pene de la vagina antes de la eyaculación. Es el más antiguo método de contracepción que continúa vigente, y quizá sea el más difundido del mundo. Estoy de acuerdo con la doctora Mary Calderone, que dice: «El coitus interruptus es un método siempre accesible y que no cuesta nada. Debería aprenderse para servirse de él en las situaciones en que es imposible utilizar otro método.»

¿Qué opina de los preservativos profilácticos?

El condón es probablemente el medio contraceptivo mecánico más usado del mundo. Su principal inconveniente es la pérdida de una plena sensación o satisfacción sexual por parte de los dos miembros de la pareja. Sin embargo, si se usan bien, son efectivos.

¿Habrá alguna vez un contraceptivo perfecto?

No sé si habrá alguna vez uno perfecto, pero seguramente aparecerá algo mejor de lo que hay ahora. Ya existe una píldora que torna temporariamente infértiles a los hombres. No se difunde más porque uno enferma si bebe alcohol durante su uso. Los investigadores trabajan en una píldora capaz de hacer infértiles por todo el mes. Y los científicos han experimentado ya algunos éxitos con una píldora de la «mañana siguiente», que se toma después de haber tenido relaciones.

¿Qué es la ligadura de las trompas?

Un procedimiento por el cual se cortan o atan las trompas de Falopio, lo que torna imposible el encuentro del óvulo y el esperma. Como este procedimiento es por lo común permanente, se trata de una forma de esterilización y no de contracepción.

¿Puede una mujer utilizar libremente este procedimiento?

En el Estado de Nueva York, sí. Las leyes varían de un Estado a otro, como las de aborto. Muchos hospitales lo permiten, si lo aprueba una reunión de una junta especial de médicos. Generalmente son todos hombres, y pueden decidir si se permite o no, en cada caso, que una mujer tenga ligadas sus trompas. Creo que esto es un error. Pienso, al margen de que haya tenido hijos o no, que si una mujer, casada o soltera, dice: «Deseo hacerme ligar las trompas y tengo plena conciencia de que se trata de algo definitivo», se le debería permitir la operación. Afortunadamente hay hoy una tendencia a liberalizar las condiciones en que se permite boy la ligadura.

¿Cómo se hace esta operación?

Existen varias maneras. Se puede llegar a las trompas a través del abdomen, por medio de la cirugía abdominal, o por vía vaginal, lo que constituye una operación menor. En cualquiera de estos dos casos, lo que hacemos generalmente es coger las trompas por el centro, hacer una lazada, atarla en la base y cortar el lazo. Cuando la sutura se reabsorbe, los dos extremos del tubo quedan separados por un espacio, por lo cual el óvulo no puede continuar su camino.

Hay una forma más moderna, por medio de un aparato llamado laparoscopio. El método recibe a veces el nombre de «esterilización por tirita». Se hace una diminuta incisión de dos milímetros en el ombligo, de modo que cuando cura no queda una cicatriz visible. Luego se llena el abdomen de anhídrido carbónico, que lo infla como un globo. Luego se inserta el laparoscopio, que es un largo tubo que transmite la luz a través de una delgada fibra transparente. Mediante una lente de aumento que lleva en el ocular podemos ver realmente los ovarios, el útero y las trompas. Luego se hace otra pequeña incisión en el bajo vientre, se introduce otro instrumento que cauteriza y corta las trompas. La paciente puede regresar a su casa el mismo día. (Algunos médicos trabajan directamente a través de un solo laparoscopio, pero yo prefiero servirme de dos instrumentos.)

¿En qué circunstancias una ligadura de trompas puede no ser una esterilización permanente?

El extremo de la trompa es insertado debajo de dos capas de peritoneo, o revestimiento del abdomen. Teóricamente, se podría restablecer la continuidad entre el ovario y la trompa liberando el extremo del peritoneo. Pero esta técnica no se usa mucho porque lo común es ligar las trompas de las personas que no desean tener más hijos.

Lo que no se suele decir es que cierto porcentaje de ligaduras fallan; y mujeres que han pedido ser esterilizadas permanentemente quedan embarazadas. El índice de fracaso varía entre el 1 y el 7 por ciento. Yo dudo que muchas ligaduras realizadas por un ginecólogo experto fallen, pero ciertamente existe la posibilidad de que las trompas se reconstituyan si el procedimiento no está bien hecho.

¿Qué es una vasectomía?

El equivalente masculino de la ligadura de las trompas. El vaso deferente, o conducto que transporta el esperma desde el testículo al pene, es atado. Este procedimiento es relativamente simple, y eficaz en el 99 por ciento de los casos. Puede hacerse en un consultorio médico con anestesia local, y la operación es realizada habitualmente por un urólogo. Sin embargo, si el urólogo de una comunidad no está a favor de dicha operación, el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras permite que nosotros la realicemos.

¿Qué piensa usted de la vasectomía?

Es un método totalmente legítimo de esterilización. No creo que una vasectomía haga perder a un hombre su masculinidad, aunque psicológicamente, en nuestro país, una mayoría de hombres no la acepta. Incluso hay muchos urólogos —varones— que no están de acuerdo en operar a otros hombres. Sin embargo, la mayoría de los ginecólogos —varones— están dispuestos a atar las trompas de una mujer. Esto no es justo. Si una pareja decide no tener más hijos, y si existe la posibilidad de hacer una operación menor en un hombre, sin el riesgo inherente a toda anestesia general, creo que el

procedimiento menor es el más lógico y legítimo. En realidad, cada vez oímos más preguntas acerca de las vasectomías y estoy convencido de que, a medida que pase el tiempo, serán más y más populares.

X. TIEMPOS MODERNOS

¿Qué opina usted del sexo en nuestros tiempos?

¡Que es una maravilla!

¿Le preocupa que la castidad y la virginidad sean tenidas en menos por la gente joven?

No. No diré que esté en favor de la promiscuidad, pero como ginecólogo y por lo tanto un psiquiatra de hecho en algunos momentos, pienso que una de las peores cosas que puede ocurrirle a una pareja es que ambos se casen vírgenes. Ya sé que me resultará difícil explicárselo a mi hija; pero lo haré, porque creo que eso le evitará una cantidad de problemas conyugales.

Supongo que en estos días no hay muchas novias vírgenes. Pero las que lo son se encuentran frente a un verdadero trauma emocional. No se pueden arrojar por la ventana veinte años de enseñanzas. Durante esos veinte años, mamá le dijo que el sexo era una cosa mala, y que si alguien la miraba o la tocaba, debía ir corriendo a avisarla. Y de pronto, le dicen que ahora ambos son marido y mujer, y que lo correcto es lanzarse a la alcoba nupcial, quitarse toda la ropa, saltar a la cama y decir «Tómame, soy tuya», y que todo marchará bien. No es así.

Si uno reflexiona seriamente, ¿qué significa la virginidad? ¿Por qué está bien que un muchacho ande por ahí y haga lo que quiera, v que una conducta semejante se repruebe en una muchacha? Y además, ¿qué es una virgen? ¿Alguien que nunca tuvo relaciones

sexuales? Supongamos que una pareja ha participado en otras actividades sexuales, acariciarse, besarse, besarse los genitales; todo excepto introducir el pene en la vagina. ¿Acaso la muchacha sería más virgen por no haber procedido a ese solo acto? He visto «vírgenes» embarazadas porque su amigo había eyaculado, sin penetración concreta, en una posición en que el semen podía llegar hasta la vagina.

Abundan los cuentos de comadres con respecto a la «pérdida de la virginidad». La gente suele creer que hay un himen que debe estallar o sangrar. Pero en la abertura de la vagina no hay ningún sello aprobatorio de la Asociación de Defensa del Consumidor. En realidad, el himen es sólo una delgada tira de piel que rodea la abertura. Las chicas pueden llevar un tampón antes de tener relaciones sexuales y sin romper esa tira, puesto que nada recubre el hueco central. Y las niñitas suelen introducir en su vagina montones de cosas: los dedos o trocitos de algodón, sin dejar de ser vírgenes.

Si el himen se desgarra durante las relaciones sexuales, lo que ocurre es que ese anillo de tejido se rompe un poco a causa de la tensión; pero también puede ocurrir que se estire y algunas mujeres casadas han venido a mi consultorio con el anillo himenal intacto. Un ginecólogo puede examinar a una niña pequeña —insertar en su vagina un espéculo para ver el cuello del útero— sin que eso la «desflore». Ahora bien; cuando antiguamente era una práctica habitual que una jovencita de doce años se casara con un hombre maduro, también era comprensible que la chica sangrara. Pero de ningún modo es necesario que se produzca un desgarro o que haya sangre la primera vez que una muchacha tiene relaciones. Y tampoco debe doler, en especial si la chica usa lampones, o si anda a caballo o practica cualquier otro deporte de los tantos que entusiasman a la juventud.

¿Piensa usted que los jóvenes van demasiado lejos en cuanto a las técnicas sexuales que practican?

No. Creo que los jóvenes tienen hoy una actitud mejor que la nuestra con respecto al sexo. Si las dos personas gozan con lo que están haciendo, no puedo ver nada de malo en ningún acto heterosexual, o, para el caso, homosexual. Y no pienso que haya que burlarse de los homosexuales, ni aislarlos, aunque preferiría que mi hija o mi hijo no lo fueran. Y si las relaciones anales son agradables para dos personas de distinto o igual sexo, no veo nada de malo en ellas.

Ciertamente no creo lo que me enseñaron cuando era estudiante de medicina: que varias formas de estímulo estaban bien mientras condujeran a una «actividad sexual normal». Estábamos acostumbrados a escuchar la palabra perversión cada vez que se hablaba de algo que no fuera la penetración vaginal con el pene. La manipulación oral-genital siempre se consideraba un acto perverso, aunque nos decían «está bien si termina con el intercambio normal». Y bien, si a una pareja le gusta el *cunilingus*, ¿qué tiene esto de malo? De lo que se trata es de que los dos lo pasen bien, ¿no es verdad?

¿Qué opina del hábito de fumar marihuana para aumentar el placer sexual?

No sé cómo es. Los jóvenes dicen que es mejor.

Hace poco me consultó una modelo. Una muchacha alta y hermosa, de veintiséis años, soltera, que quería saber si su organismo estaba en buenas condiciones. Me dijo que tenía relaciones sexuales desde los dieciocho años, y que su vida sexual era excelente y sin traumas. Le gustaba hacer el amor en todas las formas, y gozaba de cada instante. Pero un día fumó marihuana antes, y dijo al respecto:

—Nunca en mi vida tuve un orgasmo así. Volví a fumar, y nuevamente tuve un singular orgasmo. Y ahora siento que como solamente he tenido fuertes orgasmos después de fumar, no los tengo si no lo hago. Pero eso es una locura. No siempre puedo fumar marihuana antes. De modo que quiero saber si mi cuerpo

funciona normalmente. Si todo está bien físicamente, supongo que iré a visitar a un psiquiatra.

¿Qué podía yo decirle? ¿Vaya a su casa y fume lo que quiera? Le dije que físicamente estaba bien, y que no podía resolver su problema, si bien me parecía que quizás el psiquiatra lo lograra. No sé si realmente tenía mejores orgasmos cuando fumaba, o si simplemente le parecían mejores. Supongo que algunas personas pierden sus inhibiciones merced a la marihuana y por lo tanto pueden gozar de verdad. Pero esa muchacha no era excesivamente tensa, y dijo que no había tenido inhibiciones sexuales en el pasado, y le creí.

¿Por qué son hoy un problema las enfermedades venéreas?

En gran medida, porque hay hoy una mayor medida de intercambio sexual. Si se añade a esto que algunos de los microorganismos que las producen se están volviendo resistentes a las drogas que utilizamos para curarlas, es comprensible que tengamos nuevamente un problema venéreo.

¿A cuántas personas afecta?

En los Estados Unidos, entre julio de 1970 y junio de 1971 se produjeron 624.731 nuevos casos de gonorrea denunciados por los funcionarios responsables de la salud pública, más 23.336 casos nuevos de sífilis. Pero estas cifras apenas dejan entrever la cifra real de personas afectadas, porque se refieren solamente a los nuevos casos. Y por otra parte, la enfermedad muchas veces no es diagnosticada. Y finalmente, aunque la ley lo impone, muchos casos diagnosticados no son puestos en conocimiento de las autoridades sanitarias. Según la Asociación Americana de Salud Social, una organización privada que estudia dichas enfermedades, la gonorrea es la enfermedad contagiosa más corriente después del resfriado común. Ocupa el primer puesto entre las enfermedades que deben ser denunciadas, seguida por la escarlatina, la angina estreptocócica, las paperas, la rubéola, la hepatitis, la tuberculosis y el sarampión, en orden descendente.

¿Las enfermedades venéreas abundan más en los niveles socioeconómicos inferiores?

Absolutamente no. Es un error de mucha gente. Las venéreas son enfermedades eminentemente democráticas.

La sífilis y la gonorrea, ¿son las únicas?

No. Hay varias otras. Pero estas dos, y en particular la gonorrea, son las que vemos más comúnmente.

¿Pueden transmitirse por medio de un beso?

Sí, si k persona padece una infección donde se la besa.

¿Se pueden contagiar por el uso de un inodoro?

En la mayoría de los casos no. Los microorganismos que las producen mueren rápidamente en contacto con el aire. Sin embargo, algunas investigaciones recientes demuestran que a veces los microorganismos sobreviven lo bastante para que la infección se contagie por medio de objetos inanimados utilizados previamente por la persona infectada.

¿Qué causa la sífilis?

Un microorganismo llamado espiroqueta (*Treponema pallidum*).

¿Cómo se desarrolla?

La sífilis aguda activa se presenta entre diez y cuarenta días a partir del momento en que la espiroqueta entra en el cuerpo. El primer signo es usualmente un chancro que aparece en el punto donde el microorganismo ha penetrado en el cuerpo. Un chancro puede parecer un absceso, o una Haga. En esta lesión, altamente contagiosa, se pueden encontrar las espiroquetas causantes de la enfermedad. Si un hombre tiene un chancro en el pene, y una mujer tiene relación genital con él, puede desarrollar un chancro en la vulva, o más frecuentemente, en la vagina. Si su relación es oral-genital, podrá tener un chancro en la boca. Pero hombres y mujeres pueden tener un chancro en el recto, en la mano o en cualquier

parte del cuerpo, sobre todo en un lugar donde la piel estuviera previamente rasguñada.

Un chancro crea gran problema de diagnóstico, porque es indoloro y puede ser tan pequeño, o estar tan escondido, que pase inadvertido. Esto es particularmente común cuando el chancro se encuentra en el interior de la vagina. Además, en esta etapa el análisis de sangre suele dar resultado negativo en más del 70 por 100 de los casos, si bien cuando la lesión primaria está a la vista es posible identificar la espiroqueta recogiendo sencillamente el material de la lesión y enviándolo al laboratorio. Por fin, el chancro desaparece por sí mismo si no se lo trata, de modo que la persona afectada puede sentirse sana, pero la infección no ha desaparecido. Todavía padece de sífilis, y tendrá otros síntomas cuando aparezca la segunda etapa, o sífilis secundaria.

¿Cuáles son los síntomas de la sífilis secundaria?

Normalmente una leve erupción aparece en cualquier parte del cuerpo de tres a seis semanas después de la primera lesión. Otros síntomas pueden ser dolor en la membrana mucosa en la boca o los órganos sexuales, fiebre, dolor de cabeza, o de garganta, pérdida del pelo, inflamación ocular, glándulas hinchadas, o cualquier combinación de éstos. Durante la segunda etapa de la sífilis, la persona afectada es también muy contagiosa. En este punto el análisis de sangre es concluyente, pero los síntomas pueden ser mal diagnosticados, tan leves que no se consulte al médico. Varios de estos síntomas podrían atribuirse a un resfriado o una gripe. Y para hacer más difícil el diagnóstico, desaparecen por sí mismos sin tratamiento.

¿Qué ocurre después?

Probablemente una tercera parte de las víctimas de la sífilis se cure espontáneamente. Otro tercio conservará una forma latente de la enfermedad. Años después, el tercio restante sufrirá lesiones destructivas del corazón o el sistema nervioso, capaces de provocar locura, ceguera, males cardíacos, parálisis, penosas deformidades y ocasionalmente la muerte. En 1967 —último año del que existen

datos hasta ahora— se registraron en Estados Unidos 2 400 casos conocidos de muerte debida a la sífilis.

¿Cuál es el tratamiento?

La penicilina de acción prolongada es efectiva contra el treponema de la sífilis en todas las etapas de la enfermedad.

¿Y la gonorrea, en qué consiste?

Es una enfermedad bacterial causada por un gonococo, *Neis-seria gonorrea*. La gonorrea es sumamente contagiosa, y puede causar dolor y esterilidad, pero no es un mal tan peligroso como la sífilis.

¿Cómo se contagia?

De la misma manera que la sífilis. La gonorrea puede transmitirse por las membranas mucosas de la región genito urinaria, el recto, la boca e incluso algo tan mínimo como una lastimadura en un dedo. Si se tienen los gérmenes en la mano, y se frotan con ella los ojos, es posible sufrir una grave infección ocular. La gonorrea es una enfermedad sistémica; esto significa que no se limita a la región genital. Por ejemplo, la artritis gonorreica es causada por el mismo gonococo.

¿Cómo es el curso de la gonorrea?

Normalmente la enfermedad se presenta de tres a diez días después del contagio. En los hombres, consiste en una descarga por el pene, al mismo tiempo que se experimenta dolor al orinar por la inflamación y edema de la uretra. Esto es algo que el hombre advierte con facilidad, de modo que por lo general consulta al médico.

Una de las características insidiosas de la gonorrea en las mujeres es que se puede padecer largo tiempo sin tener síntomas, o con síntomas tan pasajeros que no se tienen en cuenta. La gonorrea no produce llagas o chancros, y como todas las mujeres tienen algún tipo de descarga o de flujo, esto puede no llamar la atención. Otras señales posibles son ardor al orinar, hinchazón y dolor en la abertura vaginal, malestares abdominales, fiebre y escalofríos. Pero repito

que estas señales pueden estar ausentes, o ser tan leves que la mujer con gonorrea bien podría ser como la vieja María Tifoidea, que diseminaba la enfermedad sin saber que la padecía.

Otro inconveniente es que no hay ningún método absolutamente para diagnosticarla. Podemos hacer un cultivo y no encontrar nada en un 40 por 100 de los casos. Y eso no significa que la mujer no tenga gonorrea: sólo que en 72 horas el laboratorio no tuvo tiempo de desarrollar el gonococo en el cultivo. De cualquier modo, lo mejor es ordenar que reciba 4.8 millones de unidades de penicilina, de cualquier modo, porque no es posible correr el riesgo de no tratar la enfermedad. Si ésta sigue adelante, puede producir severas enfermedades inflamatorias de la pelvis y esterilidad, por daños en las trompas de Falopio. En un hombre puede atacar los conductos seminíferos, causando esterilidad y dolor.

Si los síntomas de la gonorrea son tan leves al comienzo, ¿cómo se entera la mujer?

Habitualmente, porque un hombre la llama y le dice que ¿l tiene gonorrea. El hombre no suele sufrir ese tipo de descargas, de modo que comprende que algo marcha mal. Lo que me extraña es que, en la etapa actual del mundo, muchas veces el médico del hombre no ha recogido un cultivo. Más de una vez ha ocurrido que una muchacha llegara a mi consultorio y me contara que su amigo había experimentado una descarga, y que su médico le había prescrito penicilina.

—¿Y recogió un cultivo? —he preguntado entonces.

—No sé.

—Llámelo y averigüe.

Entonces la muchacha llamaba a su novio, pero él no sabía tampoco.

—Pídale que llame a su médico y le pregunte.

Entonces ella Jo hacía y luego me contaba que el médico de su amigo no había recogido un cultivo. «Parece una gonorrea», había

dicho el médico. ¡Que parecía una gonorrea! ¿Qué clase de respuesta es ésa? Claro que es uh problema recoger un cultivo; de eso no hay duda. Nosotros odiamos hacerlos, porque entonces mi secretaria tiene que llevar el tubo con el cultivo directamente al hospital. Pero es indispensable el cultivo: de otro modo, la amiga del hombre que ha sido tratado sin un cultivo también-deberá tratarse con penicilina como precaución, aun cuando él no padeciera la enfermedad.

¿Cuál es la mejor protección contra las enfermedades venéreas?

1. La abstinencia.

2. Un condón, suponiendo que el pene —o la vagina— son las zonas infectadas, y suponiendo también que el preservativo es usado durante todo el período del contacto. Pero es posible un embarazo aun cuando se usen preservativos, porque pueden tener agujeros, o se salen, y también es posible contagiarse un mal venéreo. Si los dos miembros de la pareja se lavan la zona genital Con agua y jabón antes y después de la relación, esto puede también reducir en parte el riesgo de infección.

Supongo que en un momento dado, se descubrirá alguna droga segura y eficaz y, quizás, alguna vacuna inmunizadora. Mientras tanto, debemos confiar en una mejor educación al respecto. Por el momento, tenemos en nuestras manos un problema real y creciente.

XXI OBSTETRICIA

Dada la inmensidad del tema, y la cantidad de libros detallados, para profanos, que existen, me limitaré a observaciones

personales y a algunas prácticas obstétricas que pongo en tela de juicio, o con las que estoy en desacuerdo.

¿Cuál es la mayor queja del obstetra o tocólogo?

La fatiga. Cuando una madre vuelve para la primera visita del segundo bebé, le pregunto:

—¿El niño duerme toda la noche?

—No —responde ella—. Todavía no.

Entonces le digo:

—Ya sabe cómo se siente un obstetra toda la vida: crónicamente fatigado.

¿Tiene alguna queja de las pacientes?

No puedo soportar a las madres que se sienten infelices porque deseaban una niña y tienen un niño, o viceversa. Una paciente tenía ya tres hijas. Quería un varón, y estaba segura de que sería un varón. Cuando venía al consultorio hablaba siempre de «él». Y en la sala de partos hubo absoluto silencio cuando anuncié que era otra niña. Esa mujer se sentía desgraciada, y yo he atendido a demasiada gente que hubiera aceptado un hermafrodita con tal de tener un hijo. Y esa hiena tenía a su lado una deliciosa niñita rubia, y ni la miraba.

Debo reconocer que la mayoría de las mujeres no son así. En general, no les preocupa el sexo del bebé, mientras esté sano. Si se trata de una niña y el marido quería un varón, pueden sentir cierto temor de que él se decepcione. Tal vez él esté un poco decepcionado; creo que la mayoría de los hombres desea que el mayor de los hijos sea un varón. Suele estar presente el egoísmo masculino, el deseo de perpetuar el nombre y esas tonterías. Aunque también sucede que el marido mire de pronto al bebé y lo ame, sea cual sea su sexo. Y otras veces; aunque lamenta un poco que no sea un varón, basta esperar unos, meses hasta que la niñita le tienda los brazos. La decepción suele desaparecer en ese momento.

¿No es injusto afirmar que las mujeres están por encima de las preferencias, y que los hombres no?

Ciertamente. Pero es así.

¿Puede decirme qué clase de anestesia tendré?

Casi todas las embarazadas hacen esta pregunta. Sin embargo, la información que se Ies da es tan inadecuada, con frecuencia, como la anestesia que se utiliza en muchas salas de partos de este país. El problema que el médico enfrenta cuando habla de este asunto con la paciente es que no puede comprometer una respuesta mientras no vea la marcha del alumbramiento. En ese momento, debe pesar constantemente tres factores: la comodidad de la madre, el bienestar del bebé y el desarrollo del parto. Lo que sí puede hacer es decirle a la paciente cuáles son las alternativas más probables.

¿Cuál es la diferencia entre un anestésico y un analgésico?

Los analgésicos, entre los cuales se encuentran la aspirina, el demerol y la morfina, disminuyen el dolor porque elevan el umbral de dolor del paciente. Los anestésicos locales eliminan toda sensación porque bloquean los nervios sensoriales que establecen la comunicación con el cerebro. Un anestésico general elimina el dolor porque ponen al paciente en estado de inconsciencia.

Durante muchos años los tocólogos administramos morfina a las madres durante el parto. El uso de la morfina se suprimió porque se pensaba que era excesivamente depresivo para el bebé, si bien reducía mucho el dolor y creaba cierta sensación de euforia. Es importante recordar que las drogas administradas a la madre pasan, en su mayoría, de su propio torrente circulatorio al feto, a través de la placenta. Sin embargo, pruebas recientes demuestran que quizá la morfina ha sido erróneamente condenada, y se está reevaluando hoy el uso de este analgésico.

Mientras tanto, lo que se usa comúnmente es el demerol. Hay también un límite, porque también inhibe los centros respiratorios del bebé. Afortunadamente, hay drogas que permiten controlar los efectos negativos de ambas drogas, cuando atraviesan la barrera placentaria.

¿Qué es la escopolamina?

Una droga amnésica que no disminuye la sensación de dolor, pero borra después su recuerdo. Una cantidad de médicos la utiliza combinada con demerol. No lo objeto, si se usa bien; pero, ciertamente, borrar la memoria del dolor no puede reemplazar el alivio de un grave sufrimiento. Si la escopolamina no es correctamente utilizada, hace que la paciente se conduzca en una forma cercana a la locura. Bajo sus efectos, una mujer puede arrojar a un lado sus cobertores y decir, por ejemplo, palabras que uno no creería que conoce. Puede también que una paciente adopte una conducta físicamente violenta. He visto con mis ojos cómo una mujer se rompía la nariz contra la cabecera de su cama, bajo su influencia. Y sin embargo, hay hospitales —y no lejos de Nueva York — donde pacientes tratadas con escopolamina, con cascos de rugby, son colocadas en camas especialmente acolchadas. Esas pacientes no saben siquiera qué ha ocurrido cuando se despiertan, horas después del nacimiento de su hijo.

¿Existen anestésicos seguros para una mujer que tiene aún por delante muchas horas de trabajo?

Sí. En particular hay tres que a mi juicio deberían ser mucho más ampliamente utilizados. Me refiero a la anestesia paracervical y la epidural, y al bloqueo caudal. Se trata de anestésicos que actúan en forma local: como no penetran en el torrente sanguíneo de la madre, como la anestesia general, no pueden atravesar la placenta ni afectar al bebé.

El bloqueo paracervical se inyecta en dos lugares, a cada lado del cuello uterino. Suprime el dolor de la dilatación uterina, y en realidad la favorece. Como esta anestesia no afecta los músculos abdominales ni los uterinos, no reduce la capacidad de pujar de la paciente. No bloquea la vagina ni el perineo, de modo que es necesario complementar su acción.

Durante un tiempo el bloqueo paracervical estuvo muy de moda, aunque ahora se ha hecho menos popular. Probablemente, la razón es que no es precisamente la inyección más fácil de aplicar que hay en el mundo. El médico debe estar bien seguro de que la aguja no

llega hasta la cabeza del bebé, que se encuentra inmediatamente encima del cuello de la matriz. Y debe evitar los vasos sanguíneos que podrían llevar el anestésico al bebé y modificar transitoriamente sus ondas cerebrales. Algunos médicos no tienen la experiencia necesaria y prefieren no correr riesgos. Yo pienso que deberían adquirir esa experiencia.

Otra razón de que no se use más es que durante el trabajo de parto puede ser necesario aplicarlo cada cuarenta y cinco minutos, o cada hora. Lleva tiempo, sobre todo cuando se cuida de que la aplicación sea perfecta. Las tareas obstétricas son continuas, de modo que los tocólogos no tienen tanto tiempo para las pacientes, o quizá no quieren pasarse la noche en vela aplicando anestesia. Con todo no comprendo por qué los médicos jóvenes de los equipos hospitalarios no hacen más bloqueos paracervicales. El médico de guardia en el piso de obstetricia está levantado, o debería. No le pagan para dormir.

El bloqueo epidural es en mi opinión la respuesta a muchas plegarias femeninas. Pienso que debería ser universalmente utilizado. La anestesia epidural, inyectada en la espalda, a la altura de la cintura, puede aplicarse en cualquier etapa del trabajo. Como el fino tubo que se introduce con la aguja queda indoloramente situado en el lugar de aplicación, la anestesia puede renovarse cuando conviene, sin necesidad de inyecciones adicionales, como en el caso del bloqueo paracervical. Según la cantidad de anestesia administrada, se puede eliminar casi completamente toda sensación en el útero, la vagina y el peritoneo. Y en contraste con la anestesia paracervical, no se necesita ninguna otra droga, ni siquiera para practicar la episiotomía.

Como la aguja no penetra en el canal espinal, la epidural elimina el riesgo de una anestesia espinal Epi significa afuera;

dura es el revestimiento que recubre el canal espinal. Así, con una epidural, no hay peligro de una infección —como la meningitis— en el canal espinal, ni la posibilidad de un daño a la médula misma.

Entonces, ¿por qué no se la considera la anestesia perfecta, y se la emplea siempre?

Primero, es técnicamente difícil de aplicar bien, de modo que muchos médicos la evitan. Segundo, en la mayoría de los hospitales, la epidural debe ser aplicada por un anestesista, lo que hace complicada su renovación cada hora. Tercero, si se aplica una dosis demasiado alta, la paciente no siente nada, y su poder muscular desaparece, de modo que no puede pujar. Si el anestesista es bueno, puede controlar la dosis de modo que la paciente sienta muy poco dolor y tenga sin embargo conciencia de sus contracciones. Correctamente administrada, la epidural puede acelerar el trabajo. Finalmente, muchos médicos piensan erróneamente que la epidural implica el uso de fórceps, y la evitan por esa razón. Aumenta, es verdad, la probabilidad del uso de fórceps, pero con los músculos de la paciente tan relajados, su empleo constituye una operación muy simple, que para el bebé no supone más inconvenientes que el parto normal.

¿Qué es el bloqueo caudal?

Una anestesia muy semejante a la epidural; la diferencia radica en que se aplica en el sacro, y en el lugar preciso que se denomina espacio caudal. También puede administrarse en cualquier momento del parto y renovarse periódicamente por medio de un fino tubo que se deja colocado. Como esta anestesia bloquea los nervios inferiores, el parto con fórceps es la norma.

¿Y los gases?

Tengo vigorosas objeciones contra la inhalación de gasea como anestesia obstétrica. Usualmente se emplea una mezcla de oxígeno y óxido nitroso. Es una anestesia general que rápidamente atraviesa la placenta y produce niños muy soñolientos e inactivos. Tal vez, en momentos en que no hay tiempo de administrar otro tipo de anestesia, o si una mujer no desea estar despierta mientras da a luz, puede defenderse la anestesia por inhalación. Pero hoy, por lo menos en los buenos hospitales obstétricos, creo que se usa cada vez menos, mientras se emplea más la anestesia local.

¿Qué es la anestesia pudendal?

Es una anestesia para el momento del parto, que se administra en la misma sala de partos. Adormece el perineo y la región vaginal; lo contrario de la inyección local de novocaína, que simplemente anestesia el perineo para abrir la episiotomía. Esta anestesia elimina el dolor que se produce cuando la cabeza del bebe entra en la vagina; y si hay tiempo de aplicarla, creo que es más eficaz que la infiltración local. Se trata de una inyección a cada lado de la abertura vaginal, con la aguja orientada hacia la zona donde se encuentran los nervios pudendos.

¿Cómo se induce el parto?

Podemos dar a la mujer oxitocin o pitocin. El oxitocin oral es como una pastilla de chiclé que se coloca sobre las encías, para que sea absorbido lentamente. Y también podemos aplicar la droga en forma intravenosa, que actúa con mayor rapidez.

¿Qué opina de la inducción?

No creo que tenga nada de malo. Hay quien la considera «obstetricia entrometida», pero yo pienso que la inducción es perfectamente justificable, incluso por razones no médicas. Cualquier médico que diga que solamente hace partos por inducción por motivos médicos miente, porque a veces es por su conveniencia, y sólo a veces por la conveniencia de la paciente. Una vez tuve una paciente que residía en Long Island, y le aterrorizaba la idea de quedar atrapada por el tránsito de la autopista de Long Island una noche de verano en un momento de urgencia. Cuando su embarazo llegó a término, preferimos inducirla antes que obligarla a correr ese riesgo.

Si la inducción se hace correctamente, es exactamente como el trabajo normal. Quiero decir, el objeto de la inducción no es que el niño salga disparado para recogerlo en el aire con un cesto. Considero que siempre se debería hacer una prueba de inducción antes de romper la bolsa de aguas. En ese caso uno puede interrumpir el proceso si, como decimos, la paciente «estaba verde»,

es decir, si el cuello uterino no estaba tan dilatado como se esperaba y el trabajo no adelanta en la forma prevista. Si uno ha roto ya la bolsa de aguas está obligado a continuar con el alumbramiento. Puede darse a la paciente alguna droga para apresurar la dilatación, pero quizá sea inevitable proceder a una cesárea.

¿Por qué se hace rutinariamente una episiotomía?

La respuesta estándar es que sin una episiotomía, la presión del parto probablemente desgarraría el perineo» es decir, la piel que separa la abertura vaginal del ano. Si hacemos una incisión, será más fácil de coser y curará más fácilmente que un desgarro irregular. En estas circunstancias, estoy de acuerdo con el procedimiento; pero no me consta que la posición en que se pone a la parturienta en los hospitales de Estados Unidos sea la mejor. Se llama litotomía dorsal: la mujer está acostada sobre su espalda, con los pies en estribos y las piernas muy separadas por apoyos en las corvas. Esta posición determina una gran tensión en el perineo, y es quizás el hecho de que la piel de esta región quede tan tensa, lo que aumenta la probabilidad del desgarro en el momento del nacimiento. Lo cierto es que cuando el nacimiento se anticipa y una mujer da a luz en su cama, lo normal es que no se desgarre, o por lo menos tanto como cuando tiene los pies apoyados en los estribos. Entre los pueblos primitivos el parto se realiza en posición de cuclillas, o sobre una silla obstétrica, de modo que se aprovecha la fuerza de gravedad; o también, de costado. Si uno deja en libertad a una mujer durante el trabajo, tiende a acostarse de costado porque de esa forma el dolor es menor. En Inglaterra los partos se realizan en esta posición, llamada posición de Sims. Pero esto no se hace en la rutina hospitalaria de Estados Unidos. Por supuesto, es más fácil trabajar con una mujer que tiene las piernas levantadas.

¿La episiotomía no es un detalle menor?

No para la paciente, aunque quizá pocas se quejen por esta razón. Siempre me sorprende la actitud de no darle importancia a la episiotomía, que es tan difundida. Hasta las enfermeras piensan de esta manera. Pero si se hiciera una incisión del mismo tamaño en el

abdomen de un hombre, se consideraría una operación abdominal mayor. No se le permitiría a ese hombre abandonar el hospital y marcharse a su casa cuatro o cinco días más tarde, y menos que se pusiera a trabajar de inmediato atendiendo a una criatura. Sólo volvería a su casa después de diez días.

A veces me pregunto si realmente las madres logran descansar lo suficiente durante los días que pasan en el hospital. Por supuesto que existen en el mundo multitud de lugares donde las mujeres sienten los dolores del parto, se ponen de cuclillas, paren y luego se echan el niño a la espalda y continúan cosechando arroz; pero esto no es necesariamente bueno. Cuando mis pacientes me preguntan cuántos días tendrán que pasar en el hospital después de dar a luz, siempre respondo que pueden quedarse el tiempo que ellas quieran; pero que para mí el plazo mínimo no debiera en ningún caso ser menor de cinco días.

La verdad es que una episiotomía consiste en una incisión de cinco centímetros de largo en el exterior; sino también de cinco centímetros más de largo en el interior. Llega hasta la vagina, y para esto hay que cortar los músculos, y toda clase de cosas. Y no sólo se trata de una incisión de diez centímetros de largo —lo que ya en sí es bastante grave— sino que además la madre que acaba de alumbrar debe sentarse sobre ella. Y esto es mucho más grave, si se piensa seriamente. Por esta razón, nada tiene de extraño que siempre veamos a las jóvenes madres arrastrando las piernas por los pasillos. ¡Simplemente, les duele!

XXII. CIRUGÍA

La cirugía, ¿es muy difícil?

A veces, las decisiones que es preciso tomar en el quirófano son las más difíciles del mundo. Sin embargo, la cirugía en sí no es tarea

difícil. Todo lo que uno hace es cortar, coser y atar. Hay muchos mitos, como el de que hay que tener manos pequeñas para ser un buen cirujano. Éste es un mito defendido por los cirujanos de manos pequeñas. Yo pienso que podría llevar al quirófano a mi hijo de catorce años, hacer que se lavara y decirle: «Ahora coge el bisturí, corta aquí, haz esto y aquello y que probablemente realizaría una operación sin perjudicar al paciente. Después de operar durante ocho horas continuadas, después de haber eliminado el útero, la vejiga y el recto de una mujer, manteniendo la colostomía y las heces de un lado, y un bucle visceral con la orina del otro, por supuesto que estoy exhausto física y emocionalmente. Pero es mucho menos arduo saber cómo se hace una operación que cuándo hacerla. Pasamos muchísimo tiempo enseñando ese tipo de apreciación a los internos y a los residentes.

Los cirujanos, ¿son más expertos que otros médicos?

No. Hay cirujanos que jamás servirán de nada. Pueden hacer el recuento de las operaciones que han hecho; pero es posible hacer mil operaciones mal realizadas, o innecesarias: el número no quiere decir nada. Teníamos en el hospital un cirujano excelente: sus manos eran maravillosas, y era capaz de hacer cualquier cosa con ellas. Pienso que jamás he conocido uno mejor desde el punto de vista de la técnica. Pero siempre he pensado que algo separaba la mente de las manos de ese hombre. Con frecuencia yo no estaba de acuerdo cuando él recomendaba una operación. Si mi esposa hubiese necesitado una intervención quirúrgica, me habría gustado que él la realizara; siempre que otro médico la viera antes, diagnosticara, y luego le indicara exactamente qué hacer. Yo admiraba su habilidad, pero no confiaba en su juicio.

Y otros cirujanos no son muy hábiles. No todos los médicos son buenos médicos, ni todos los cirujanos buenos cirujanos. Asusta pensar que el hombre que tiene un bisturí en la mano pueda no ser el mejor, pero tampoco todos los jugadores de béisbol son como Willie Mays. ¿Por qué un cirujano ha de ser una estrella?

¿Existe cierto tipo de hombre que pueda convertirse más probablemente en un cirujano?

Sí. Hay un viejo proverbio quirúrgico: «Si está en la duda, corte.» Los cirujanos somos agresivos. Por supuesto, lo que atacamos es la enfermedad. Y si tenemos, por ejemplo, un caso de cáncer, nuestra agresividad salta afuera. Cuando enseño a los residentes suelo decirles: «Si no es usted agresivo con esta enfermedad, nunca será un cirujano de cáncer. Mejor será que haga otra cosa.» No es difícil saber desde muy temprano cuáles son los estudiantes o los internos que serán felices haciendo partos, o quizá, más tarde, obstetricia y ginecología, pero no cirugía del cáncer.

Los ginecólogos cirujanos, ¿son distintos de los cirujanos generales?

Sí. En primer lugar, pasamos más tiempo tratando de salvar un órgano que tratando de eliminarlo. Es mucho más fácil sacar algo. Con un ovario, por ejemplo, dos ganchos, un corte, y ya está afuera. Pero eliminar el quiste, y conservar el resto del órgano en condiciones de funcionamiento lleva mucho más trabajo. Además, la cirugía general no conlleva habitualmente el mismo impacto emocional íntimo. No quiero ser mal entendido: es cirugía importante, y puede involucrar los riñones, o el apéndice, o el estómago, o el corazón. Sólo quería señalar que, en nuestro caso, el hecho de que una mujer pueda o no tener hijos, si los quiere, depende de nosotros. Y suele ocurrir que una operación sobre los órganos sexuales o reproductores produzca más emoción que la generalidad de las operaciones. Y además, es más probable que el ginecólogo cirujano tenga una relación más estrecha con su paciente a la que, en muchos casos, conoce desde hace años.

¿Qué opina de los programas de TV sobre médicos y cirujanos?

Me gustan mucho. Pienso que debe haber médicos que asesoran a los autores, porque la mayoría de los programas son muy realistas. Por supuesto, no lo son en el sentido de que ningún médico podría hacer todas las cosas que logran los de la TV. Y hay también algunos errores menores. Por ejemplo, en las operaciones de la TV siempre

hay un electrocardiógrafo que marca con una señal los latidos del corazón. Eso no sólo es dramático: convendría que todas las salas de operación del mundo lo tuvieran, pero no es así. Esos aparatos son muy caros. Y cuando un paciente de TV no respira por sí mismo, siempre un aparato respirador lo hace por él: es ese aparato de forma de acordeón que sube y baja. Sin embargo, son muchos los anestesistas que prefieren bombear la bolsa a mano; y los respiradores automáticos no se usan en la vida real tanto como en la TV. Sin embargo, y en general, creo que esos programas proporcionan una cantidad de información útil en forma entretenida.

¿Tiene algo que decir acerca del tratamiento postoperatorio?

Hay dos asuntos en que tengo desacuerdos con las prácticas habitualmente aceptadas. En primer término, pienso que el catéter, o tubo que se inserta en la vejiga para vaciarla, es uno de los instrumentos más letales del hospital. Se producen más problemas e infecciones de lo que cualquiera podría creer cuando se introduce una sonda a través de una uretra sucia. Por esto, muy pocas de mis pacientes son cateterizadas. No es necesario, y cualquier paciente puede eliminar la orina por sí misma. Siempre oigo decir, por ejemplo, que se dice de una paciente que cuando eliminó su orina tenía 700 centímetros cúbicos, como si ésta fuera una gran cantidad: cualquiera que beba un poco de cerveza por la noche tendrá una cantidad igual, y no será necesario cateterizarlo por eso.

Muchas personas ignoran que «no pueden» expeler toda la orina después de una operación. Yo les digo que no tendrán el menor inconveniente. Un poco de hipnosis o sugestión que se implanta antes de que se duerman. Y la mayoría no tienen jamás inconvenientes. Creo que, por lo general, el abuso del catéter se debe a que las enfermeras prefieren no perder tiempo con los orinales: es más fácil introducir un catéter.

Es distinto en el caso de las personas que han sido operadas de la vejiga. De algún modo es necesario eliminar la orina. Usualmente lo hago introduciendo una aguja en la pared abdominal y vaciando la vejiga por medio de lo que se suele llamar una cistotomía de aguja.

No es posible una infección si se introduce una aguja estéril. Yo no uso el catéter ni siquiera en procedimientos de urgencia: si la vejiga se llena durante la operación, utilizo igualmente la aguja.

Y también estoy en desacuerdo con la práctica de dejar vendajes durante varios días. Si la incisión ha sido bien suturada y todo marcha bien, elimino el vendaje después de veinticuatro horas: creo que la paciente se cura mejor de esa manera.

XXIII. CÁNCER

La gente tiene más miedo del cáncer que de cualquier otra, enfermedad. Las enfermedades del corazón son mucho más letales, pero esto no se tiene en cuenta. Estamos educados así.

La mayoría de las personas no hacen preguntas acerca del cáncer hasta que ellas mismas, o alguien cercano, lo padece. Y, en ese momento, para el profano, todos los cánceres son iguales, y ha sonado la campana de la muerte. Pero de hecho, hay muchas clases diferentes de cáncer, algunas más malignas que otras, y no toda persona que padezca un cáncer morirá de él.

¿Qué me va a ocurrir?

Ésta es la primera pregunta que la gente formula. Muchas veces el médico no puede hacer otra cosa que describir el tratamiento, sin poder decir cuál será el resultado. Existe una cierta relación de «hospedaje» que tiene el paciente con su cáncer: algunos pacientes tienen con su cáncer una relación mejor que otros. No podemos explicar por qué. Recuerdo una paciente que fue enviada a una clínica de últimos auxilios: cinco o seis años después, se cansó de los «últimos auxilios» y se fue a su casa tranquilamente. Esto ejemplifica que aun cuando una lesión sea muy avanzada, no por eso mata. Siempre hay que tener en cuenta esa relación particular que cada persona tiene con el cáncer.

Los médicos suelen referirse a la «supervivencia de cinco años». La experiencia indica que cuando una paciente sobrevive cinco años sin que su enfermedad reaparezca o se agrave, sus posibilidades de un largo período de vida son buenas.

¿Cuáles son los cánceres femeninos más difundidos?

Los del seno, cuello uterino, útero y ovario.

¿Por qué es tan importante la regularidad del examen ginecológico?

El cáncer no crece de la noche a la mañana. No se trata de un tejido normal que se convierte bruscamente en cáncer. Hay un cambio gradual de normalidad a malignidad, de modo que cuando la mujer viene a la consulta podemos detectar el cambio.

Creo que el test de Papanicolau ha hecho más que cualquier otra cosa para favorecer la detención inicial del cáncer y reducir la incidencia de los cánceres avanzados. Y pienso que es una verdadera vergüenza que George Papanicolau no haya ganado el Premio Nobel de Medicina. Ha muerto ahora, pero probablemente el sencillo frotis vaginal que lleva su nombre ha salvado más vidas, en toda la historia de la medicina, que la cirugía. Nunca le oí quejarse de esto, pero pienso que realmente merecía esa distinción. Era un viejo médico griego muy dulce y amable, y eran él y su esposa quienes hacían personalmente los frotis en su laboratorio, para entrenar a miles de personas. Ahora, por supuesto, el test de Papanicolau se acepta y se hace en todo el mundo.

¿Qué demuestra el test de Papanicolau?

El frotis vaginal de Papanicolau no quiso ser nunca la base de un diagnóstico. Es simplemente la advertencia de que algo funciona mal en la vagina o en el cuello del útero. El procedimiento involucra tres cosas: primero recoger el exudado vaginal. Luego, un exudado de la cara interna del cuello uterino. Y finalmente, algunas células de la pared cervical exterior. Se trata en todos los casos de células exfoliadas, es decir, células que han sido expulsadas del organismo, y que serán examinadas en el laboratorio. Como si se recogieran

ladrillos caídos de un edificio para ver si tienen algún defecto. Un frotis vaginal de Papanicolau advierte que hay (si los hay) células defectuosas: en ese caso, el paso siguiente es hacer un diagnóstico histológico por medio del análisis de un trocito de tejido.

¿Cuáles son los síntomas de un cáncer de útero?

El único síntoma es una hemorragia anormal. Sin embargo, una hemorragia anormal puede ser el resultado de muchas otras causas, aparte del cáncer. Una de ellas, por ejemplo, es el desequilibrio hormonal.

Como el cáncer de útero, o de endometrio, es una enfermedad de mujeres generalmente mayores, la hemorragia es por lo común posterior a la menopausia. En todos los casos de hemorragia posterior a la menopausia es indispensable un análisis del material recogido por medio de dilatación y curetaje; el frotis vaginal de Papanicolau no sirve para revelar el cáncer merino porque el endometrio no suele perder sus células por exfoliación. Además, el cáncer uterino está frecuentemente acompañado por la constricción del cuello uterino, que de suyo impide el descenso de las células a la vagina.

¿Cuáles son los signos de un cáncer de seno?

El primer signo es una hinchazón que no duele. Los síntomas posteriores, más avanzados, son la retracción de la piel sobre la hinchazón, y la aparición de otra hinchazón, igualmente indolora, en la axila.

Considero que todas las mujeres deberían examinarse los pechos diariamente. Es fácil hacerlo antes de tomar una ducha. Simplemente basta con palparlos: aunque la mujer no sepa lo que está palpando, podrá saber cuándo hay un cambio, y concurrir inmediatamente al ginecólogo. ¿Por qué mueren mujeres de este tipo de cáncer cuando los pechos están a la vista?

¿Qué síntomas presenta el cáncer de ovario?

El único síntoma perceptible es la ascitis, lo que significa que la cavidad abdominal está llena de líquido. Infortunadamente, cuando este síntoma aparece, es ya demasiado tarde para salvar la vida. El cáncer de ovario es una enfermedad maligna.

¿Es preciso operarse?

Hay tres formas aceptadas de tratar el cáncer: la cirugía, la irradiación y la quimioterapia. El tratamiento varía según la historia natural de cada variedad especial de cáncer. La gente suele tener la idea de que un cáncer es como un hongo que se extiende; y quizás esta idea terrible sea la razón de que la misma palabra asuste. Pero no es así. Cada cáncer se extiende en condiciones, y a lugares, que configuran un plan determinado. Puede incluso haber un cáncer a dos centímetros de otro, y ambos comportarse diferentemente. Por ejemplo, el cáncer del cuello de útero se extiende lateralmente, y afecta los uréteres, en tanto que el cáncer del endometrio no lo hace jamás.

Naturalmente, la mayoría de los profanos piensa que lo mejor es cortar todo; y es cierto que en algún cáncer éste es el tratamiento elegido, como ocurre en el cáncer de la vulva o del seno. Estas pacientes no reaccionan bien a la irradiación. Sin embargo, en el cáncer de cuello uterino, los rayos X constituyen el mejor tratamiento: muchas veces matan el cáncer e impiden su propagación.

¿Hay consideraciones no médicas que influyen sobre la decisión acerca del tratamiento del cáncer?

A mi modo de ver, sí. Pienso que el cáncer constituye un interrogante filosófico aparte de médico. Creo que los médicos no deberíamos interferir con la dignidad de la muerte de las personas, y permitir que las personas mueran decorosamente.

Siempre recuerdo una paciente con un cáncer cervical. Era la madre de una enfermera del hospital. Tenía setenta y un años de edad, y había perdido un riñón por la enfermedad. La tratamos con rayos X, porque tenía una lesión avanzada, y el cáncer no cedía.

Crecía en cambio hacia el costado del abdomen donde se encontraba el riñón bueno.

¿Debíamos hacer una colostomía? Eso significaba abrir un ano contra natura de un lado del cuerpo, y sacar el uréter, o tubo que conduce al riñón, ¿O debíamos dejarla en paz? No estaba en estado agónico. ¿Debíamos correr el riesgo de que perdiera el riñón bueno? Y si hacíamos la operación —y no estaba en las mejores condiciones médicas—, ¿qué le daríamos realmente aun en el caso de tener «éxito»?

Pues bien, la hija insistió en que la mujer fuese operada, de modo que seguimos adelante e hicimos la colostomía, de modo que la mujer tenía dos tubos que salían de su vientre, uno para la orina y otro para los excrementos. Y en ese momento el cáncer empezó a crecer.

Habíamos privado a esa mujer de su muerte natural. El cáncer, librado a sí mismo, hubiera obstruido el uréter de su único riñón, y ella habría tenido la muerte tranquila e indolorosa de los urémicos. No dejamos que eso ocurriera. Cuando el cáncer empezó a crecer, no le quedó a esa mujer ninguna forma de morir. El cáncer invadió la parte inferior de su pelvis, y sus huesos. Y esa mujer tenía una terrible agonía: a veces no hay morfina que alcance para calmar semejante dolor, y es ilegal administrar una dosis que sabemos letal. El olor de la habitación donde esa mujer sufría era tal que no se podía soportar. La familia no lo podía soportar. Ella misma no lo podía soportar. Nos pedía que la matáramos. El cáncer empezaba a crecer afuera de su pelvis, y ni siquiera podía sentirse por el dolor. Nunca olvidaré esa mujer que gritaba y nos pedía que la dejáramos morir. Hay mucho que decir en favor de no hacer nada, en algunas ocasiones.

¿No juegan los médicos a Dios cuando toman esa clase de decisiones?

Tal vez. Pero cuando decido operar a alguien, también estoy jugando a Dios, en cierta medida. Entonces, ¿por qué no podría

tomar la decisión de no operar? ¿Por qué es que uno juega a Dios cuando toma una decisión y no la otra?

Entonces, ¿cómo se guía usted?

Creo que la gente no debe sufrir. Si su tratamiento les hará sufrir, no los trate. Por eso creo que, en el caso del cáncer, es probable que el tratamiento de elección sea la irradiación. La radiación puede obtener una cura completa. Y por lo menos, no se condena al paciente a una espantosa muerte en vida. Para mí, cada vez que el tratamiento es peor que la enfermedad, es evidente que algo marcha mal.

Recuerdo otra paciente que apareció una vez en otro hospital: era una mujer ciega, de ochenta y cuatro años, a quien le habían practicado una exenteración total, con extirpación del recto, la vejiga y el útero. Esa mujer vivía sola. Nunca en mi vida vi nada más horrible. ¿Cómo podía cuidarse? ¿Por qué le habían hecho eso? ¿Sólo para probar que era posible tratar su enfermedad? ¿O que alguien era el mejor cirujano del mundo? ¿Qué sentido tenía someter a esa anciana a los peligros de semejante operación, para no mencionar el hecho de que estaba mejor con su cáncer que en el estado en que se encontraba? Esta mujer fue presentada como un caso en una reunión: yo me levanté y me fui. Sencillamente, no podía mirarla en la cara.

¿Por qué no preguntarle al paciente lo que quiere?

Nuestra tarea es tomar una decisión, fundada en la experiencia y la capacidad propia y ajena, acerca de lo que más conviene a un paciente particular. Esta cuestión se suscita muchas veces en el hospital, y siempre les digo a los estudiantes: «Hay que darle una recomendación al paciente, y no decirle que elija entre dos opciones. El paciente, o en nuestro caso, la paciente, puede rechazar esa recomendación; pero ella no está capacitada para tomar la decisión médica que nosotros no sabemos tomar.»

La paciente puede preguntar: «¿Cuál es la alternativa si no sigo su recomendación?» Y a eso se puede dar una respuesta directa. A

veces, que no se puede hacer ninguna otra cosa. Y ella quizá responda, sin embargo: «A mí no me van a hacer eso.» Y está en su derecho. Se trata de su cuerpo.

¿Muchas personas se niegan a operaciones radicales?

Algunas lo hacen. No conozco las estadísticas al respecto. Habría que definir qué significa radical. Yo puedo ahora afirmar, por ejemplo: «No quisiera pasar el resto de la vida sin la mandíbula inferior. No me parecería estar vivo quedarme encerrado en un cuarto con dos o tres agujeros en el cuello y sin ganas de que me vean mis hijos ni mis nietos.» Pero creo que nadie puede saber cómo se conducirá, con un cáncer, mientras no le toque. Una vez enfrentado con la muerte, quizá considere usted la vida tan preciosa que se aferre a cualquier probabilidad de conservarla, en cualquier condición. De modo que sólo hablo de oídas cuando digo que no me sometería a una operación horrible. Quizá lo haría. Lo dudo, porque muchas veces, los pacientes de estos procedimientos radicales me han dicho que lo lamentan. Con todo, mientras no se tiene la experiencia, es difícil creer que en la vida hay algo peor que la muerte.

¿Permite usted a veces que un paciente comatoso, o desahuciado, muera?

Sí.

¿Cómo se toma una decisión semejante?

Estudiamos la situación con la familia y seguimos sus deseos. A veces, los parientes piden que se haga todo lo posible. Luego, después de velar durante unos días a un cadáver viviente, quizá cambien de idea. Y mucha gente dice, una vez que ha visto: «Está bien, terminemos con esto. Déjela que se muera.» Y entonces interrumpimos el apoyo, o quitamos los tubos, y no estamos jugando a Dios. No vamos a matar a esa mujer, pero bien podemos no utilizar todos los recursos artificiales que estamos usando para conseguir que su corazón siga marchando. Si yo debiera decidir entre usar o no este equipamiento de último mentó, decidiría

siempre que no. No veo ninguna razón para mantener una vida que no es vida. A esto me refiero cuando hablo de la dignidad de la muerte.

Por supuesto, si la familia desea mantener el apoyo, lo hacemos. Y a veces, hay familias que se aferran a un cadáver mientras la persona querida está viva, por limitada que sea esta expresión. Pero creo que es conveniente, en este punto, definir lo que es vivir. La mujer agonizante que allí yace, puede quizá despertar de vez en cuando, o estar totalmente en coma. ¿Está viva esa persona sólo porque su corazón late? Recuerdo un marido cuya mujer entró en coma. Dejó el hospital y no volvió más. Dijo que en lo que le concernía, ella había muerto en ese momento. Y cuando por fin murió, fue la hija la que vino a hacerse cargo. No sé bien qué sentí acerca de ese hombre. Al principio me disgustó que se fuera, pero comprendí su punto de vista. Amaba profundamente a su mujer, y no era un hombre frío ni cruel. Si lo hubiese sido, lo habría odiado. Pero la amaba, y fue tierno y atento con ella mientras se mantuvo consciente, durante toda su enfermedad. Lo único que en verdad me molestó fue que dejara en manos de su hija sus últimas responsabilidades.

Cada día se hace más importante en los hospitales la pregunta: «¿Cuándo está muerta una persona?» Un trasplante de corazón seguramente funcionará mucho mejor si el corazón que se trasplanta late todavía. Lo que se hace es conectar un electroencefalógrafo al cerebro del donante; y cuando no hay más ondas cerebrales, se declara muerto al paciente. Su corazón puede estar aun latiendo, pero el donante está legalmente muerto.

¿Se le debe decir a un paciente que tiene cáncer?

Creo que se debe decir la verdad. Yo trato a mis pacientes exactamente como querría ser tratado. Si tuviera un cáncer, querría que me lo dijeran. Hay cosas que quizá quisiera hacer en ese caso. Por lo tanto, les digo a las pacientes: «Yo no le voy a mentir. No tendrá que preguntarse si le estoy diciendo la verdad o no, o si le he dicho a su marido o a su hija algo que le he ocultado a usted.» Y

luego le advierto: «Si no le gusta saber, mejor será que vaya a otra parte: no juegue conmigo, porque yo no voy a jugar con usted.» Nunca he visto, en mi vida, que alguien se marchara ante esa afirmación: a veces las familias se espantan, pero no las pacientes mismas.

Tampoco se trata de decir: «¿Sabe, señora, que tiene un cáncer?» Esto se puede decir lo mejor posible. Se le puede decir que tiene un grave problema, y la paciente preguntará seguramente si es un cáncer. Y si la situación es favorable, quizá pueda responder: «Sí; pero se puede tratar y quizá curar, y lo que pienso hacer para ayudarla es esto.»

Lo sabría de cualquier manera. Por lo menos entre la población educada, es raro que una señora reciba un tratamiento de rayos X o de *radium* sin saber que tiene un cáncer.

He visto familias destruidas por ocultarle elementos de juicio al paciente. Pienso en una familia en particular. El marido era un oficial naval de alta graduación muerto después de la Guerra de Corea. El hijo se había graduado en Annapolid, y la hija era una encantadora muchacha de pelo y ojos negros que estaba a punto de casarse. La madre tenía un cáncer incurable, y la familia dijo: «Si se lo cuenta, la matará.» Bueno, la hija postergó con alguna excusa su casamiento, y tanto ella como su hermano empezaron a turnarse para acompañar a la madre todo el tiempo. Y nadie hablaba. Y tenían tanto miedo de contradecirse que cambiaban todas las historias que le contaban. Y la madre sospechaba lo que ocurría, pero temía hablar con ellos. Ella los quería, pero sentía que algo los alejaba. ¿Y dónde estaban el amor y el apoyo que esa mujer necesitaba?

Finalmente, les dije: «Esto es ridículo. Se trata de su madre. Con todo esto, olvidan decirle que la quieren.»

Y como tenían miedo de decírselo, y echarse a llorar, les anuncié que yo lo haría. Fui a ver a su madre, y le expliqué la verdad: «Mrs. O´Neil, quiero hablar con usted. Y lo siento enormemente, pero hay

una cosa que debe usted saber. Tiene un cáncer, y no se puede curar.»

—Dios mío —respondió—, pobres chicos... ¿Lo saben ellos?

Ni una palabra acerca de ella misma. Su primer pensamiento fue para sus hijos.

—Sí. Lo saben.

Y fue maravilloso ver cómo esa familia volvía a reunirse. Ahora podían hablar. Ella era una mujer llena de valor. La mayoría de la gente es así, y en especial las mujeres, suelen pensar primero en los demás. Y Mrs. O'Neil tenía muchas cosas que hacer. La familia había vuelto a hablar, a reunirse, y ella quería disponer de su vida y de sus pertenencias, y hablar con sus amigos. La sensación que uno recibía no era «Éste es el fin de todo», sino «Ahora todos sabemos qué hacer».

Ciertamente, alguna persona, al saber que tiene un cáncer, saltará por la ventana. Eso ha ocurrido incluso en nuestro hospital, que es un lugar ideal para eso, porque es un edificio muy alto. Y también hay gente que se ha ido a su casa para arrojarse luego debajo de un tren. Pero he conocido gente que ha saltado por una ventana por creer que tenía cáncer sin tenerlo, sólo porque pensaban que nadie les decía la verdad.

¿Cree que el cáncer debería ser una especialidad como la pediatría o la ginecología?

Tengo, a este respecto, sentimientos contradictorios, si bien me inclinaría a decir que no. Hay una tendencia creciente a crear juntas de especialistas —juntas oncológicas— para los médicos que sólo se ocupan de pacientes de cáncer. Comprendo que es una buena idea, porque si un médico se ocupa del cáncer toda su vida, aprenderá más sobre esta enfermedad. Quizás, incluso, las personas afectadas deberían ser atendidas en hospitales especiales. Pero imagínese que vive usted en un pueblecito de Nebraska y que el gran hospital de cáncer está en la ciudad de Nueva York, o en Houston. ¿Le gustaría a usted separarse de su familia y sus amigos, atravesar el país, y

estar solo durante un tratamiento de seis semanas o de tres meses? No olvide usted que hablamos de cáncer. A nadie le gusta entrar a una habitación llena de pacientes de cáncer. Se trata de una situación muy emocional.

Cada vez se están estableciendo más comisiones sobre tumores. En nuestro hospital, todos los casos de cáncer son examinados por la comisión citada. Y esa reunión de las mañanas de los jueves reúne una cantidad de talentos: el radiólogo, el especialista en quioterapia, los cirujanos. Somos diez para discutir cada caso aislado, y el conjunto formula sus recomendaciones al médico de ese paciente.

Creo que esta práctica es buena por muchas razones. El médico privado atiende menos trabajo en cáncer que los especialistas, pero no conviene que pierda contacto con su paciente, que por algo le eligió como médico. Y al mismo tiempo, por medio de la comisión, ese médico recibe información experta acerca de lo que se debe teóricamente hacer con ese paciente. Él, a su vez, sabe sobre ese paciente cosas que la comisión ignora. Y es de esperar que así sea. Es fácil enseñar a tratar el cáncer a los estudiantes de medicina. El cáncer del cuello uterino, por ejemplo, se trata por medio de cuatro procedimientos básicos: a, b, c y d. Pero no hablamos de un cáncer de cuello uterino, sino de una mujer que sufre un cáncer cervical. La comisión de tumores tiene toda la información acerca de su condición desde el punto de vista médico. Sabe, por ejemplo, si puede tolerar una determinada operación. Pero el médico privado puede explicarnos que él conoce a esa mujer, y que si alguien le dijera lo que se propone, se arrojaría inmediatamente por la primera ventana.

Estimo que el principal problema de muchos especialistas en cáncer es que están tan dispuestos a demostrar que son los cirujanos más grandes del mundo, que a veces pierden de vista el hecho de que atienden a personas. Un cirujano de cáncer tiene que atacar agresivamente a la enfermedad; pero quizá por esto mismo tiende a ser una persona más bien fría. Eleva sus defensas; no se

permite estar demasiado cerca de sus pacientes, que van a morir. Y cuando ellos mueran, algo de él morirá también. Por eso pierde parte de su suavidad, y se resiste a una cálida relación médico-paciente, cuando sólo se dedica a esta enfermedad.

Yo no podría. Me gusta operar, pero a veces prefiero sencillamente extirpar un quiste y curar realmente a algo. No comprendo cómo una enfermera puede entrar en una sala de pediatría y ver a todos esos chicos encantadores, que morirán de cáncer. Yo me volvería loco.

XXIV. LOS MÉDICOS Y LA MEDICINA

¿Cómo se elige un médico?

Es ésa una buena pregunta básica que la gente a veces formula. Una forma de hacerlo es elegir el hombre que tiene la mayor clientela; sólo que muchas veces el peor médico es el que tiene la mayor clientela.

Si vive usted en una gran comunidad, quizá podría pensar que lo mejor es ir a la escuela de medicina o al hospital y dirigirse al director, porque debería ser el mejor médico. Mentiras. Eso ya no es cierto. Hace mucho tiempo, los directores de los departamentos clínicos de los hospitales y las escuelas de medicina eran clínicos o médicos en ejercicio. Pero hoy, normalmente, los jefes son investigadores que no tienen relación con pacientes. No tienen clientela, y quizá nunca la han tenido. El jefe de Cirugía, puede no ser un cirujano. El director de Medicina puede ser un bacteriólogo cuya experiencia única es la investigación y que ahora está a cargo del departamento de clínica.

¿Cómo llegan los investigadores a estas posiciones?

Tienen el poder de dirigir los departamentos porque antes, cuando los clínicos eran jefes, el Gobierno decía, por ejemplo: «Queremos darle dinero al hospital», y los clínicos se negaban porque tenían miedo de los burócratas y de que el Gobierno intentara entrometerse y decirles cómo manejar a sus pacientes. Entonces, los viejos clínicos decía: «No queremos dinero, pero en una de las habitaciones del fondo tenemos a un individuo con un delantal blanco en jirones que trabaja con ratas y con moscas tse... ¿No sería mejor que el Gobierno le ayudara con un poco de dinero? Él no trabaja con los pacientes, así que si tienen ustedes intención de ayudar, podrían ayudarle a él.»

Pues bien. Los hospitales, y en particular las escuelas de

medicina, son exactamente como las prostitutas. Se van con el que tiene más dinero. De pronto, las escuelas de medicina descubrieron que en los cuartos del fondo había personas que recibían regularmente el dinero de sus becas. Y como las escuelas de medicina toman el doce y medio por ciento de todas las becas de investigación, cuanto más dinero se recibe en becas, tanto más dinero tiene la escuela de medicina. Y de alguna parte tiene que venir el dinero, porque los estudiantes no podrán pagar durante largo tiempo.

De modo que el individuo del cuarto del fondo llegó de pronto a la dirección. La escuela quería que ese hombre siguiese su investigación para recibir el dinero. Por lo tanto, cuando llegó el momento de hacer nuevos nombramientos eligieron a los investigadores. Yo creo que el director de un departamento, ya sea Cirugía o Pediatría, debería ser el mejor administrador, el mejor maestro, pero —y esto es lo más importante— el mejor médico en su especialidad, ya sea la cirugía o la pediatría. Nadie puede ser todo esto, pero ciertamente el jefe de un departamento de clínica debería ser un clínico. Si el personal de su departamento tiene dificultades, él debería ser capaz de ayudarles.

Ahora bien. Irónicamente, las mismas cosas que muchos de nosotros combatimos —Medicaid y Medicare— probablemente

ayudarán a que los clínicos retornen a los cargos de responsabilidad. Basta ver lo que ocurrió con las becas de investigación a partir del comienzo de la guerra del Vietnam: ya no hay más becas. El dinero que viene de Washington ha sido desviado para apoyar las nuevas leyes de Medicaid y Medicare. Y ahora, los clínicos ganan dinero con sus pacientes. Y la escuela de medicina vuelve a mirar a su alrededor. Con todo, mientras los clínicos no retornen, no se podrá esperar que la cabeza de un departamento sea el mejor médico.

¿Cómo puedo encontrar un buen médico?

Una forma es empezar por pedirle a la Sociedad Médica Local una lista de médicos de la especialidad que usted necesita. Luego puede usted ir a la biblioteca, y buscar esos nombres en publicaciones como por ejemplo *The Directory of Medical Specialists de Marquis*, donde verá cuál ha sido la formación de dichos médicos. Una persona con una buena formación será seguramente un médico mejor que el promedio. Seguramente trabaja en algunos de los hospitales principales, porque éstos tratan siempre de conseguir a los mejores internos. Un hospital de veinte camas en Okenenokee Swamps, en Florida, no puede competir con el Hospital General de Massachussets o con el Hospital de Nueva York, o con otros grandes hospitales donde la enseñanza es mejor y la experiencia más amplia. Si consulta usted a un especialista, debería asegurarse que está registrado por la junta de especialistas de su campo. La mayoría de la gente no comprende que cualquier médico puede denominar a sí mismo especialista, en cualquier campo, incluso la cirugía, aunque no haya recibido un entrenamiento especial o la certificación de una junta.

A la larga, la mejor forma de elegir un médico es averiguar quién se ocupa de las familias de los demás médicos o de las enfermeras. Puede, para eso, llamar a un hospital, hablar con el residente en jefe, digamos, de obstetricia y ginecología, y preguntarle quién atiende a las esposas de los médicos. Ésta es sin duda la mejor forma de encontrar al mejor.

Por supuesto puede ser que a usted no le guste ese médico como individuo. Es sorprendente la importancia que reviste la personalidad de su médico. Pero finalmente, no está usted casado o casada con él. Siempre puede cambiar. Pero por lo menos, comenzará con uno bueno.

¿Qué piensa usted de las consultas médicas?

Creo que un médico que no está dispuesto a oír la opinión de otro, en consulta, no puede ser bueno. Yo no me operaría de nada simplemente porque un médico dice que lo necesito. Una de las cosas que más preocupan a un buen cirujano es la cantidad de operaciones innecesarias que se le venden a los clientes. No sólo somos médicos: somos también comerciantes. Como soy ginecólogo, me vendo a mí mismo, vendo al hospital donde trabajo y le vendo a mi paciente la operación que le recomiendo. Por supuesto, que debe usted confiar en la honestidad y capacidad de su médico. Pero sin embargo, siempre les digo francamente a mis pacientes, especialmente cuando se trata de una operación mayor: «Para mí es muy fácil recomendar esta operación, de modo que si quieren ustedes otras opiniones, no tendré el menor inconveniente en enviarle a otro médico todos los antecedentes. Eso sí, les pediría que se dirigieran a personas serias. Y si no conocen a otros médicos, podría proporcionar algunos nombres.» Si un médico está persuadido de que necesita usted una operación, ¿por qué no ha de poner a prueba su opinión? Ahora bien: a veces, existen legítimamente diferencias de opinión, y es la paciente quien debe tomar la decisión. Pero usualmente, si en el caso que tengo entre manos es recomendable la cirugía, es probable que otros médicos coincidan conmigo.

¿No tienden los médicos a protegerse mutuamente, y a manifestar siempre su acuerdo con lo que ha dicho el colega?

Hasta cierto punto protegemos a la profesión. Si voy a una fiesta, y una señora me dice que se atiende con el doctor Tal, y que ha tenido a sus cuatro hijos con él, y si me parece bueno, ¿qué puedo decirle? ¿Qué es un inútil? Normalmente digo que es un buen

médico. No sé si esto ocurre con otras profesiones, si la gente dice igualmente que se divorció con el abogado Tal, y pregunta si es bueno: sé que cuando alguien nos pregunta si su médico es bueno, nos pone en una situación imposible.

De modo que en este sentido, es muy probable que protejamos a nuestros colegas. Pero cuando estamos juntos no protegemos a nadie. Cuando tengo una reunión en mi especialidad, y todos los lunes a la tarde, a las cuatro, hay una reunión de Ginecología en el hospital, nadie se queda callado si piensa que alguien cometió un error. Y, con idéntica vara de medir, si una mujer viene a mi consultorio y dice que otro médico le recomienda una operación, y yo pienso que no la necesita, se lo digo con honestidad y franqueza.

¿Es verdad que algunos pacientes pasan de médico en médico esperando encontrar alguien que les diga lo que quieren oír?

Sí, y me parece una conducta muy equivocada. Si una mujer visita varios médicos, aunque los primeros tres le hayan dicho que necesita una operación, tal vez se quede con el que le diga que no la necesita.

Esto se sabe apenas la paciente entra en el consultorio. Siempre está un paso adelante. Si le pregunto si ha visto a otro médico, me dice que no; pero ya está preparada para lo que sigue. Y cuando le digo lo que pienso, responde: «Bueno, he visto al doctor Tal y Cual y...»

Es difícil engañar al médico. Hemos visto demasiados pacientes. A veces una mujer simula dolor, pero no es difícil descubrirlo. Por ejemplo, examino el útero, y la mujer grita de dolor. Entonces presiono el lado derecho y digo:

—¿Duele?

—No. No duele.

Vuelvo al lado izquierdo.

—Y aquí ¿duele?

—Sí... duele.

Luego regreso al útero, que al principio dolía, y pregunto:

—Aquí me dijo que no le dolía, ¿verdad?

—No, no me duele.

Y es exactamente la zona que un minuto antes le dolía.

¿Cree usted que se socializará la medicina en Estados Unidos?

Sí. No hay ninguna duda. La práctica privada de la medicina, tal como la conocemos, desaparecerá.

¿Cómo será la medicina socializada?

Están ya en consideración varias propuestas legislativas. Nadie sabe cuál será aceptada por el Congreso, ni en qué forma.

Sin embargo, ya ha habido un proyecto que casi pasó por la Legislatura del Estado de Nueva York que en esencia habría eliminado la práctica privada de la medicina, y que da una idea de cómo funcionaría un sistema nacional.

Según el proyecto del Estado de Nueva York, se formarían grupos de médicos bajo los auspicios de un hospital, o por lo menos relacionados con él. El usuario pagaría una suma fija mensual a la compañía de seguros habilitada por el Estado. Y a cambio recibiría atención médica completa cuando la necesitara. La compañía de seguro? pagaría sus cuentas del médico y la del hospital. Según la política establecida por los distintos grupos, los médicos miembros recibirían un salario, o unos honorarios, en tanto que parte del dinero de la compañía de seguros se invertiría en equipo y supervisión.

Supongamos, por ejemplo, que un millón de personas paguen tres dólares mensuales cada una. No habrá nunca un millón de personas enfermas a la vez, de modo que el dinero pagará la enfermedad de los que se enfermen. Es presumible que los administradores invertirían todo el capital excedente para ganar más dinero.

Con este sistema, si usted se enferma, consultará a su grupo médico y será tratado por el que esté disponible. Si quisiera un médico propio, privado, podría tenerlo, pero no dentro de estos grupos. Y si él no estuviese afiliado a un grupo, y usted necesitase una internación, la compañía de seguros se negaría a pagarle su cuenta de hospital. ¿Cuántas personas podrían pagar sus cuentas, altas como son en la actualidad? Estaría usted obligado a concurrir al grupo para estar a cubierto en caso de necesitar la internación. En las grandes ciudades como Nueva York siempre habrá médicos privados, porque siempre habrá personas que desean un médico personal y pueden pagárselo; pero serán únicamente una rica minoría. En las ciudades más pequeñas, la práctica privada no podrá mantenerse.

¿Por qué esos grupos serían una necesidad básica de la medicina socializada?

Por razones de economía y de eficiencia. Primero, la compañía de seguros debería tratar solamente con un grupo, y no con miles de médicos individuales. Estos grupos, integrados por médicos de distintas especialidades, compartirían los mismos elementos, por ejemplo, un edificio entero de consultorios. Para obtener el mejor uso posible del personal y el equipo, deberían teóricamente reducir los costos. Una máquina de rayos X no estaría nunca ociosa. Los especialistas trabajarían para varios médicos. Los pacientes podrían recibir los distintos servicios que requieren dentro de un solo edificio. Las planillas de los pacientes serían procesadas por una central y enviadas al médico que las requiriera.

¿Y por qué un paciente no podría tener su médico personal dentro de un grupo? ¿No podría cada médico tener una lista permanente de pacientes?

Teóricamente esto sería posible si el grupo fuera lo bastante pequeño y decidiera manejar las cosas así. Pero considere la realidad de veinte médicos que trabajan juntos. Aun cuando estén igualmente calificados, algunos serán más populares entre los

pacientes. ¿Puede usted tener diez médicos cuyo programa está más que completo, mientras otros diez no tienen nada que hacer?

Supongo que el grupo podría aceptar la ineficiencia derivada de esta situación y hasta pagar más a los médicos ocupados. En ese caso, el grupo habría decidido conducirse como si sus miembros continuaran la práctica privada. Pero esto elimina muchas de las ventajas básicas que los médicos buscan en la práctica: compartir la carga del trabajo, horarios más regulares, más tiempo libre. Y lo más importante, la compañía de seguros jamás podría permitir semejante desigualdad. Ya, desde el comienzo, no hay suficientes médicos; y cuando se socialice la medicina, el número de pacientes aumentará.

Tenemos un par de ejemplos de cómo funciona actualmente la medicina socializada. El mayor es el programa de seguro sanitario del grupo Kaiser-Permanente en la Costa Oeste, que posee 1.500.000 miembros. El segundo, en número, es el Plan de Seguro Sanitario de la Gran Nueva York, con unos 740.000 miembros, de los cuales más de la mitad son empleados del gobierno municipal de la ciudad. Recientemente este Plan experimentó algunas dificultades financieras y organizativas, y en un artículo donde se menciona un aumento del 15 por ciento para los asociados, el New York Times dice: «El futuro de la organización tiene una importancia nacional, porque éste es el ejemplo más aproximado que puede ofrecer Nueva York para la organización sanitaria, y el plan de servicios y de financiación sanitaria respaldados por la Administración Nixon.»

Incluso el Plan, que trabaja en una escala limitada, es incapaz de prometer a cada usuario que será el paciente del médico que elija. Ni que, después de haber comenzado con un médico, seguirá tratándose en posteriores visitas con la misma persona. Las meras cantidades involucradas hacen imposible este tipo de consideración personal. El grupo del Condado de Nassau, en Long Island, del Plan, que según el Time «fue escogido como un modelo de práctica médica pagada de antemano» tiene, en sus dos centros, más de 60.000 asociados.

En realidad, lo que ocurre ahora con los grupos del Plan es que algunos de ellos asignan a sus médicos un conjunto determinado de pacientes. Si el conjunto de un médico no está completo, se agregan nuevos pacientes. Una vez incluido el paciente verá a su médico si ello es posible. Pero el paciente puede encontrar que su cita ha sido asignada a otra persona. Allí donde el grupo es flexible y responsable en lo que concierne a los individuos, el paciente que pide una cita puede preguntar si un médico determinado está Ubre ese día, o si está operando o si tiene consulta privada. Si recibe esta información, el paciente puede visitar al médico que quiere con ciertas garantías de encontrarle. Pero muchos pacientes que utilizan el Plan para determinados servicios, concurren a médicos privados —tocólogos, por ejemplo— para otros servicios en donde esperan una relación más personal y permanente con un médico. De hecho, el Plan ha perdido más de 30.000 usuarios en todo el Estado, en los últimos cuatro años.

¿Qué opina usted de la medicina socializada?

Aunque teóricamente el sistema parece bueno, la perspectiva no me gusta de ninguna manera. Quiero decir, cuando una paciente llega al grupo, encuentra todo lo necesario. La recibe, como en la clínica de diagnóstico, un interno. Se hace un análisis general y se toma su historia clínica, y luego el interno llama a todas las personas que necesita en cualquier especialidad: un ginecólogo, un tocólogo, un especialista en ortopedia. Allí están los rayos X, allí se hacen los análisis, y si todo es gratis, bueno, espléndido; yo, como médico, prefiero no verme obligado a pensar en el precio. A veces lo hago. A veces pienso: «¿Le pido una radiografía que cuesta setenta dólares? ¿Podrá pagar setenta dólares? Bueno, por esta vez, no.» Es decir, que teóricamente los grupos de medicina socializada parecen excelentes.

Pero examinemos los sistemas concretos. Por ejemplo, la medicina nacionalizada de las fuerzas armadas. No es ciertamente la mejor medicina del mundo. Por ejemplo, Gran Bretaña, donde aún es posible tener un médico privado si uno puede pagarlo. Gran

Bretaña no ofrece precisamente la mejor atención médica del mundo. Soy bastante egoísta para pensar que en nuestro país, si tenemos en cuenta el tamaño y la mezcla de nuestra población, poseemos la mejor atención médica posible.

Ellos —los políticos y el público— creen que tendrán mejor atención médica con la socialización, pero en realidad será peor. Creen que será gratis, pero no lo será. Nada en el mundo es gratis. Alguien debe pagar por ella, y ese alguien es el contribuyente. Además, a la larga la medicina socializada será más cara porque el sistema implica una cantidad mayor de desperdicio. Por esta razón me deprimen las perspectivas acerca de la medicina: por mí mismo como médico; por la profesión en total; por el público, que es quien más sufrirá.

¿Por qué por usted mismo?

Primero, porque no me gusta la práctica en grupo. Después de dedicarme a la práctica privada en la ciudad de Nueva York durante largo tiempo, me uní a otros dos médicos, y trabajamos juntos un par de años. Parecía razonable. Era un grupo privado, organizado de tal manera que cada médico podía tener un fin de semana libre cuando uno de los otros lo reemplazaba. La noche libre, podía tomar un trago sin temer que le llamaran. Pero a mí no me gustaba atender a pacientes que no conocía. A mis pacientes no les gustaba que su médico estuviera libre la noche en que su hijo estaba por venir al mundo, ni que las atendiera otro médico. Y pensé que cuando la obstetricia no me gustara más, sería hora de dejar el grupo, de modo que me establecí por mi cuenta.

Unos años después dejó la obstetricia, ¿no es verdad?

Sí. Pero la decisión se fundó esencialmente en la necesidad de elegir entre traer bebés al mundo o hacer más cirugía. No hubiera podido continuar la práctica de la obstetricia, ni siquiera en grupo, y al mismo tiempo realizar la cantidad y calidad de operaciones que quería hacer.

No quiero decir que no deba haber grupos. Hay muchos grupos privados actualmente, y puedo comprender que los médicos sientan que los grupos constituyen un alivio, y los tocólogos aún más. Lo que objeto es una ley que castigue al médico que quiere seguir en la práctica privada con la obligación de que sus pacientes paguen sus costos hospitalarios. Esto no tiene nada que ver con mi profesión de obstetra, porque me afecta igualmente como ginecólogo. Una paciente no necesita estar embarazada para querer una relación permanente con su médico. Cuando una mujer me llama para hablar de la mastectomía de su madre, no creo que le guste si mi secretaria le responde:

—Hoy es la noche libre del doctor Sweeney, ¿quisiera llamar al doctor X?

No creo que la mayoría de los pacientes comprendan cómo será un grupo; hablar con un médico una vez de un problema muchas veces personal, y la vez siguiente encontrar otro médico y tener que empezar de nuevo.

¿Qué otras objeciones tiene contra la medicina socializada?

Una, por supuesto, es financiera. Yo le cobro a una paciente, digamos, 500 dólares por una histerectomía. La compañía de seguros puede decir:

—Nosotros no pagamos por una histerectomía más de 350 dólares. ¿Acepta usted esa cifra?

Si no lo hago, la paciente debe abonar la diferencia. Esta cuestión no es mi objeción principal, aunque es importante. La gente piensa que los médicos son ricos, pero no lo son. Pueden ganarse la vida, cuando llegan a hacerlo. Pero deben pasar de nueve a diez años de entrenamiento después de regresar de la universidad, cuando la mayoría de los otros universitarios empiezan a trabajar en el acto. La mayoría de los médicos empiezan su carrera con la sensación de encontrarse algo postergados en sentido financiero.

Y la principal razón porque no me gusta la medicina socializada, aparte de la perspectiva de la práctica de grupo, es que pienso que

será peor medicina, y también medicina más cara. Los médicos sufrirán con ella, pero, lo que es más importante, los pacientes también.

¿Por qué será peor medicina?

Es una pregunta compleja, y daré una larga respuesta. Básicamente, tanto los médicos como el sistema mismo harán que sea peor.

Para empezar, los jóvenes no quieren hoy trabajar como nosotros lo hacíamos. Quieren trabajar de nueve a cinco y marcharse. Quieren un mes de vacaciones pagadas. Quieren asistencia social, planes anuales y que sus hijos puedan ir a la universidad. Y cuando todo el mundo esté organizado en grupos, recibirán todos estos beneficios, y recibirán un salario como las demás personas. ¿Por qué la gente se hace policía? No porque lo que más les gusta sea hacerse policías. Probablemente porque el empleo es seguro, aunque los salarios no sean altos.

Ahora bien. Soy un médico ya mayor, y estoy diciendo «antes era mejor». Tal vez ya nadie quiera trabajar tan duro. Pero esta actitud es mortal cuando se habla de medicina. ¿Qué clase de atención recibirá el paciente que llega a las cinco menos cuarto cuando el médico quiere estar libre a las cinco? Si un paciente llega a mi consultorio a las cinco menos cuarto, su examen termina a la hora que sea. Si son las siete, todo el mundo se queda hasta las siete. Pero este tipo de dedicación tiende a desaparecer o, al menos, a deteriorarse. No soy sólo yo quien lo dice. Los médicos experimentados de cualquier especialidad y en todos los hospitales se quejan de la calidad de su equipo asistente.

En una ocasión vi una mujer que llegó al hospital con una gran marca de nacimiento de las que se llaman mancha de vino. Todo el lado izquierdo de su cara era una mancha de vino. El interno que anotó sus datos escribió: «Cabeza y cuello: sin características especiales.» Ahora bien. La estaba mirando en la cara. Si podía pasar eso por alto, ¿qué no podía pasar? Cuando veo una cosa así, suelo decirle unas palabras a quien sea, pensando que no pasará

por alto un nuevo caso. En este tipo de trabajo, no hay lugar para la pereza, la dedicación a medias ni la búsqueda del camino más corto.

A veces me pregunto cómo los estudiantes piensan que es posible aprender. Se niegan a todas las tareas secundarias: sólo quieren operar y dar a luz bebés. Pero no quieren hacer exámenes pélvicos de rutina, ni mantener planillas: y un médico suele pasar buena parte de su vida actualizando las planillas de sus pacientes. A mí no me gusta llevarlas manuscritas, de modo que las dactilografío, aunque escribo a máquina con un solo dedo. Así me obligo a hacerlas más completas. De otro modo, uno tiende a cansarse de escribir notas a mano, y a engañarse anotando «Como antes».

Los internos se oponen además a registrar el curso de las operaciones, de modo que pierden el beneficio de reconstruir el procedimiento paso a paso. Sin embargo, esto constituye una valiosa experiencia. Después de cierto tiempo, no es necesario pensar en lo que sigue. Además, las notas dictadas inmediatamente después de cada operación o de cada examen pueden ser muy importantes. Demasiadas veces ocurre que nuestra Clínica de Tumores carece de bastante información para decidir cómo debería ser tratada una paciente. Alguien preguntará: «¿De qué tamaño era el útero?», y la planilla no registra ni sus dimensiones, ni el cambio ocurrido. Sin embargo, es difícil explicarles a los jóvenes médicos la importancia que revisten estas notas.

Ahora bien. Cuando alguien les acuse ante los tribunales, será probablemente la última vez que no lleven buenas anotaciones. Cuando el joven médico responde al abogado que le pregunta, por ejemplo:

—¿Cuándo quitó las suturas?

—El quinto día.

—Pruébelo.

No hay pruebas. Nada en la planilla. ¿Cuánto quiere, señora? Lo único necesario era una anotación que dijera; «Las suturas fueron eliminadas el quinto día, y se notó un pequeño defecto en la porción

superior de la incisión. La limpiamos y aplicamos una venda nueva estéril.» Espléndido. Eso fue exactamente lo que ocurrió. Supongamos que el octavo día la incisión se reabrió y que la paciente inició un juicio. Bueno, son muchas las incisiones que se reabren, y nadie comete por ello un error grave; pero un abogado podría destrozar a un médico por las anotaciones que no hace.

Tenemos en el hospital una sala donde se hacen curetajes y otros procedimientos menores. Cuando yo estaba en el equipo, nos lavábamos al mismo tiempo que el médico encargado del procedimiento, y luego le acompañábamos y hacíamos todos los exámenes pélvicos. Luego dictábamos las notas sobre lo que había hecho. Quizá no hubiéramos debido dictar las notas de los procedimientos menores, si él los hacía, pero ganábamos la experiencia de los exámenes pélvicos, aunque fueran normales. Ahora no hay miembros del equipo hospitalario en el cuarto de operaciones menores. Voy solo. Y no necesito hacer otro examen pelviano: los he hecho durante veintitrés años. Los internos los necesitan, pero ellos no lo ven. Tienen alguna otra misión, porque no les gusta la idea de examinar a la paciente, que seguramente tiene una pelvis normal, mientras el médico realiza la operación y ellos sólo deben redactar la planilla. De modo que ahora, nosotros redactamos también la planilla. No me importa. En cierta forma, lo prefiero, porque tendré mejores anotaciones. Pero esta actitud del joven interno hará que la medicina sea muy distinta, de esto no hay duda.

Y esto puede verse entre los estudiantes. Hace poco dicté una clase sobre el cáncer de la vulva, en la escuela de medicina. Había en clase unos treinta estudiantes, y después de la conferencia, les dije que les esperaba, como es habitual, en las salas de operación para que viesen a las pacientes. «Pero no voy a llamarles —dije—. La decisión es de ustedes. Y de paso, ¿cuántos vieron el otro día el útero de Couvelaire?»

Sólo uno de los treinta lo había visto, aunque sabían que era algo extraño. Couvelaire es un nombre de varón, y el útero de Couvelaire

se produce cuando una placenta se separa prematuramente y queda dentro del útero cuando el bebé todavía está allí. Si se desgarra íntegramente, la mujer sangra en el interior del útero, éste se vuelve azul o negro, y el niño muere. Antes se practicaba en este caso una histerectomía. Se pensaba que el útero se contraería o dejaría de funcionar después de la hemorragia, pero esta suposición se ha demostrado falsa. Ahora hacemos una cesárea, cosemos el útero, y la mujer no tiene problemas. Pero ¿cómo lo sabrán los estudiantes si no quieren venir al quirófano a ver lo que ocurre? Va a pasar bastante tiempo antes que se produzca un nuevo caso, y si nunca han visto uno, ¿cómo van a hacer cuando lo encuentren? Será, en ese momento, un poco tarde para que consulten su libro de texto. Y por otra parte, la mayoría de los libros de texto recomiendan todavía: «Elimine el útero.»

Odio decirlo, pero de verdad los médicos que se están haciendo hoy no son como eran antes. La generación actual, en su gran mayoría, no quiere dedicarse a la práctica privada. Quieren ocuparse de planeamiento familiar, ocupar su puesto en el Consejo de Población, o en un hospital, o en un grupo. No quieren la responsabilidad ni el costo financiero de establecer un consultorio. Abrir un consultorio implica asumir un crédito para comprar el equipo y pagárselo luego al Banco. El mero mantenimiento del mío cuesta 50.000 dólares por año. Debo tener una secretaria, es decir 10.000 más, y una enfermera, que significa otro tanto. Luego es preciso tener en cuenta el alquiler, el teléfono —que en nuestro consultorio es un rubro increíblemente alto—, los elementos, el servicio de secretaría telefónica... Cuando me establecí, el seguro contra terceros, por responsabilidad de errores profesionales costaba 90 dólares anuales; hoy debo pagar por esto mismo 5.000 dólares.

La próxima pregunta es: ¿qué diferencia hay entre establecerse como médico privado y unirse a un grupo de medicina social? En términos idealistas, acepto que la motivación intrínseca debería ser la fuerza que impulsa a todo aquel que hace bien su tarea. Pero en un mundo bastante más acá de la utopía, pienso que la responsabilidad financiera y la reputación personal son fuertes

incentivos para hacer que un hombre haga las cosas lo mejor que pueda. Basta ver la calidad del servicio que proporcionan el Departamento de Bienestar Social o de cualquier otra oficina del Gobierno. No mucha gente continúa preocupándose por alcanzar la excelencia, o dedica inmensas cantidades de energía y emoción a su trabajo si sus esfuerzos no son reconocidos. Sin embargo, buena parte del público espera que los médicos sean diferentes.

Una cosa que verdaderamente me preocupa es la calidad del estudiante de medicina que tendremos después de diez o veinte años de medicina socializada. ¿Será atractivo ese sistema para el joven brillante que quiere un desafío y una oportunidad de demostrar su valía?

¿Ve usted algún buen rasgo en la nueva generación de médicos?

Por supuesto. Pienso que muchos son excelentes. Algunos no solamente son capaces sino que tiene un gran sentido humanitario.

¿Los salarios de los jóvenes médicos son mejores que en su época?

Sí. Los salarios han mejorado, como debe ser. Esperar que un residente con varios años de experiencia esté feliz con 1.000 dólares anuales porque viene a trabajar a la gran torre blanca de la medicina es hoy ridículo. Y me parece muy bien que un residente gane hoy un sueldo que le permite vivir, de 10 o 12.000 dólares por año.

¿Por qué dijo que la medicina socializada serás más cara?

Porque el sistema es dispendioso. Una pesada burocracia estará encima y elevará todos los costos. Algo así se ha visto recientemente en los hospitales a causa de las compañías de seguros. Una radiografía de tórax no cuesto realmente 75 dólares; pero el hospital cobra eso porque es la cantidad que las compañías de seguros están dispuestas a pagar. No es una coincidencia que los costos hospitalarios y las primas de seguros coincidan. Por ejemplo, el recuento de glóbulos rojos cuesta 10 dólares, y esto mismo es lo que paga el seguro. El hospital pide todo lo que puede, y como la compañía de seguros puede aumentar sus pólizas, pagará más para

afirmar que sus clientes están totalmente cubiertos. El problema principal es que nadie tiene un incentivo real para mantener bajos los costos. El dinero viene de alguna forma anónima, que precisamente somos usted y yo.

Aparte de esto, debemos tener en cuento la ineficacia. Un buen ejemplo es lo ocurrido recientemente con una ley del Estado de Nueva York acerca de los laboratorios. Anteriormente, cuando un paciente llegaba al consultorio, y necesitaba un análisis de sangre, le enviábamos al laboratorio. Éste nos enviaba el resultado del análisis y nosotros le cobrábamos a la paciente el costo de su análisis. Podíamos tener un acuerdo con el laboratorio: nos hacen todo el trabajo que necesitamos y les pagamos una suma global. Por supuesto, la cantidad tenía cierta relación con el volumen de trabajo estimado, y el laboratorio obtenía una ganancia razonable.

Pero el Gobierno estableció que esto no se puede hacer más. Los laboratorios cobran directamente los análisis al paciente, para que los médicos no obtengan ganancias sobre el trabajo del laboratorio. Ahora bien: la mayoría de los médicos no obtenían ganancias de ese tipo, aunque sin duda algunos lo hacían. En realidad, no era fácil estimar que debíamos cobrarle a la paciente, porque nuestro costo no era sólo el del laboratorio mismo, sino el tiempo empleado en obtener la muestra, evaluar el informe, anotar los resultados, informar a la paciente y demás. De cualquier modo, el sistema anterior fue suprimido, ¿y qué ocurrió? Primero, que los precios de los laboratorios ascendieron, porque debieron crear sistemas de administración para atender a cien pacientes por día, en lugar de atender a unos pocos médicos una vez por mes. ¿Quién paga este sistema administrativo? La paciente. Luego, los laboratorios empezaron a tener dificultades para percibir sus cuentas. Antes les pagaba el médico, y podían calcular sobre esto su ganancia. Pero ahora, los pagos no superan el 40 o el 50 por 100. Muchos pacientes, que jamás dejarían de pagarle al médico, no pagan el laboratorio. Y como las cuentas son pequeña», los laboratorios no pueden materialmente enjuiciar a los pacientes. Entonces las olvidan. Y aumentan sus costos para compensar el 50 por 100 de

cuentas no pagadas. Y hoy todos los pacientes pagan más que antes —incluso más de lo que les pagaban a los pocos médicos que recargaban los costos del laboratorio— a causa de una estúpida ley.

Esto es, en términos económicos, lo que ocurrirá cuando la medicina sea socializada. Los costos aumentarán en espiral. Llevará millones y billones de dólares simplemente pagar la maquinaria. Y la gente cree que recibirá algo por nada.

¿Está usted satisfecho con la medicina actual de los Estados Unidos?

No. No creo que ningún médico esté nunca satisfecho. En particular en lo que se refiere a la atención médica —ni a las condiciones de vida— de mucha gente pobre de este país. Creo que hay una enorme necesidad de mejoras. Pero creo que la asistencia de un tipo específico, como Medicare o Medicaid, más clínicas, y más educación para el uso de estas facilidades serían un mejor medio para asegurar mejores servicios médicos de manera más económica.

¿Qué ha detenido hasta hoy la socialización de la medicina?

Primero, los médicos mismos. Segundo, el público. La gente quiere elegir a su médico, y mantener una relación personal con él. Esta preferencia se remonta a la época del médico de la familia. Pero recientemente, sobre todo ahora que una parte mayor de la población vive más tiempo, los políticos han pensado que bastante gente querrá la medicina socializada si piensan que será gratis. Apoyar la socialización puede traer más votos.

Lo que causará el triunfo de la medicina socializada será, en última instancia, que los estudiantes de medicina, los internos y los residentes la quieren. Los viejos médicos que siempre la combatieron, están todavía contra ella. Pero los médicos jóvenes quieren probar qué ocurrirá de esa manera.

Me digo que si llega la socialización de la medicina me retiraré. Pero no lo haré, y viviré con ella. La medicina es mi vida.

Se terminó el día 28 de febrero de 1978 en Ediciones Sol, Sánchez Colín No. 20, México 17, D. F. Se imprimieron 3000 ejemplares y sobrantes para reposición.