

LA ESCUELA DE MEDICINA
SOBRE MEDICINA, PROFESORES
Y ESTUDIANTES

*Historias acerca de los estudios de medicina
en los años cincuenta*

Clifton K. Meador

Traducción y edición:

Ximena Páez
Profesora Titular
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Mérida, Venezuela

Versión en español de la obra original en inglés “*Med School. A Collection of Stories about Medical School 1951-1955*” Clifton K. Meador. Hillsboro Press, Franklin Tennessee, 2003.

ISBN de la edición original: 1-57736-311-6

DERECHOS RESERVADOS. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, reeditada, o difundida en ninguna forma o medio sin la autorización escrita del autor

ISBN de “LA ESCUELA DE MEDICINA. SOBRE MEDICINA, PROFESORES Y ESTUDIANTES. *Historias acerca de los estudios de medicina en los años cincuenta*”: 980-11-0839-8

Depósito Legal: LF237200561084

Publicación financiada por la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes y debidamente autorizada por el autor Clifton K. Meador. Impresa en Editorial Venezolana, C.A., Mérida, Venezuela, 2005.

Otros libros del Dr. Clifton K. Meador traducidos al español por X. Páez:
Sobre Medicina, Médicos y Pacientes Vol. I Clifton K. Meador, CDCHT ULA, Editorial Venezolana, Mérida, Venezuela, 2001.
Sobre Medicina, Médicos y Pacientes. Una recopilación. Vol. II Clifton K. Meador, CDCHT ULA, Editorial Venezolana, Mérida, Venezuela, 2001.
Sobre Medicina, Médicos y Pacientes en la Medicina de Emergencia Vol. III. Corey M. Slovis, Keith D. Wrenn y Clifton K. Meador, CDCHT ULA, Editorial Venezolana, Mérida, Venezuela, 2001.
Estos tres volúmenes constituyen la *Colección sobre la Buena Práctica Médica*.

Más elogios para *Med School*

“*Med School* es una fascinante mirada a la vida de la escuela de medicina en los años cincuenta y nos muestra claramente que tan lejos llegó la medicina en la segunda mitad del siglo pasado. La historia, la gente, y el maravilloso estilo de escribir me cautivaron inmediatamente y no me soltaron hasta el final... y todavía quería más. Gran lectura para cualquiera interesado en la medicina y su historia.”

Kevin Soden, M.D.

Autor de *The Art of Medicine: What Every Doctor and Patient Should Know*.

“Una maravillosa colección de viñetas de la experiencia del autor como estudiante de medicina cargada con descripciones de las idiosincrasias de los profesores, humor, ocurrencias de los estudiantes, y observaciones convincentes sobre la práctica médica y los que la practican.”

Roscoe R. Robinson, M.D.

Vicecanciller de Asuntos de Salud, Emérito, Universidad de Vanderbilt

“Este libro aparece en un momento de la historia de la medicina cuando nuestra sociedad, los litigios y la tecnología están forzando a los médicos a volverse hombres y mujeres de negocios más que médicos sabios libres para amar, apreciar y cuidar completamente a sus pacientes como Clifton Meador lo ha hecho a través de su carrera. Para aquellos de nosotros quienes atesoramos nuestras memorias de la escuela de medicina, *Med School* nos envía a un viaje emocionante. Para aquellos quienes apenas entran en el mundo de la medicina, este libro les provee de motivación y de una guía invaluable.

Betty Ruth Speir, M.D.

Profesora Clínica Asociada de Obstetricia y Ginecología
Profesora Clínica de Cirugía General, Colegio de Medicina, Universidad del Sur de Alabama

“Una educación médica provee experiencias de inspiración y de motivación. El Dr. Meador cita ejemplos de estas experiencias de una manera vívida y humorística con precisión y espíritu. Hay otros libros y artículos acerca de los eventos en la escuela de medicina; sin embargo, este tratado es lo más singular entre tales ejemplos, en que los sucesos son vistos a través de sus ojos, oídos y su participación en hechos reales. La crónica que ha presentado es un atractivo relato de sus vivencias como un estudiante de medicina en una escuela de medicina particular en un tiempo particular.”

John Chapman, M.D.

Decano Emérito, Escuela de Medicina, Universidad de Vanderbilt

“Con percepción e imaginación, Clifton Meador ha capturado los rigores de la escuela de medicina, la camaradería entre compañeros, y la relación especial de estudiantes y profesores en la Escuela de Medicina de Vanderbilt durante los años cincuenta.”

Eric Chazen, M.D.

Profesor de Clínica Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Vanderbilt

“Comencé en la Escuela de Medicina de Vanderbilt en 1948. Mi memoria de esos días es de horas de estudio y múltiples laboratorios. El libro del Dr. Meador me recuerda el gozo de aprender, y la emoción de hacer un diagnóstico preciso sólo por la historia clínica. ¡El recuerdo sobre sus compañeros y sus profesores es maravilloso! Su genio para hacer todas estas muchas cosas hacen de éste, un libro para todos los tiempos.”

Bill Wadlington, M.D.

Profesor de Clínica Pediátrica, Hospital de Niños de Vanderbilt

“La versión del Dr. Meador de la escuela de medicina del comienzo de los años cincuenta trasciende el lugar y captura un tiempo cuando la ciencia había apenas comenzado a transformar la práctica de la medicina. Escuchar lo que el paciente decía era la mejor herramienta en el arsenal del médico. El proceso de formar al futuro médico, en una serie de historias a menudo divertidas y frecuentemente profundas, es relatado por un narrador de cuentos naturalmente dotado. Esta colección dejará en el lector un aprecio por la medicina sin la exageración artificial (y el costo) de la tecnología y la farmacia de hoy en día.”

Charles F. Federspiel, PhD.

Profesor Emérito de Bioestadística, Escuela de Medicina, Universidad de Vanderbilt

*Este libro está dedicado a la promoción de 1955,
a los profesores que nos enseñaron
y a los pacientes
cuyos sufrimientos nos hicieron mejores médicos.*

CONTENIDO

NOTA PRELIMINAR	xi
AGRADECIMIENTOS	xiii
PRÓLOGO	xv
PLAN GENERAL DE INSTRUCCIÓN	xvii
1. Los muchachos perdidos	19
2. Pesos y medidas	27
3. La caza de codornices	35
4. Cuidado con la muerte de los perros	39
5. <i>Miastenia gravis</i>	45
6. La primera casa que atender	49
7. Estudios en contraste y separación	59
8. Un cirujano en traje de patólogo	73
9. El bizarro Harper	85
10. Zapatos, tela metálica y carne	97

11. Herramientas de trabajo	105
12. El frotis perfecto	117
13. Un vuelo solitario en la historia clínica	125
14. El fantasma de plata	133
15. Los cirujanos nacen, no se hacen	139
16. Algunas lecciones no necesitan ser repetidas	145
17. Una cepa especial	153
18. Pilotos de bombarderos de la medicina	159
19. Finalmente medicina	167
20. Historia de una pupila dilatada	179
21. Sonidos de la noche	185
22. Simplemente, un asunto de orgullo	191
23. El último capítulo	197
EPÍLOGO	205

NOTA PRELIMINAR

Los cálidos, humanos y a veces casi ingenuos relatos del Dr. Clifton K. Meador, sobre sus años de estudiante de medicina en la Universidad de Vanderbilt a mediados de los años cincuenta, son una estampa de la enseñanza y la práctica de la medicina en el sur de los Estados Unidos, de cuando todavía el desarrollo y por ende la salud pública no se habían alcanzado en esa región del país. Sus descripciones del campo sureño coinciden aún en muchos aspectos con el medio rural venezolano donde los recién graduados inician su práctica médica.

En esta remembranza, Meador hace un recuento cronológico de su experiencia en las diferentes asignaturas, departamentos y rotaciones clínicas. Muestra cómo se enseñaba, cómo se estudiaba, y cómo era la extraordinaria dedicación que profesores y estudiantes ponían en esta labor. Para el lector que haya pasado por una escuela de medicina le es imposible no establecer analogías y diferencias con su propia experiencia durante este período, y con la realidad actual en las escuelas de medicina. En las narraciones dedicadas a algunos de sus profesores, compañeros y pacientes, Meador resalta los rasgos de los buenos profesores y los buenos estudiantes, y aprecia cuánto le enseñaron sus siempre buenos pacientes. Pero también hace referencia a los rasgos negativos, tal como vívidamente lo describe en la historia del mal estudiante, que sin tener ninguna deficiencia intelectual tiene una arrogancia que lo hace fallar. Hace ver que la soberbia en estudiantes y médicos puede ser tan perversamente destructiva que los conduce a cometer no pequeños sino enormes errores en perjuicio de los pacientes y de ellos mismos.

La Escuela de Medicina narra cómo enseñar y practicar la medicina. No es solamente una emotiva y a veces divertida lectura sino una sólida enseñanza de los principios éticos que fundamentan y que deben regir la atención del paciente, principios que, como dice el Dr. Meador, *eran*

verdad antes y permanecerán siendo verdad. Enseñanzas sencillas pero contundentes, tales como: ¡saber escuchar al paciente! Esta cualidad en el médico es crucial, permite establecer una buena relación con el paciente como su semejante, le permite extraer del paciente una buena historia clínica que lleve a diagnósticos y tratamientos apropiados, meta muchas veces imposible de alcanzar simplemente por no poner en práctica esta premisa. Otra de estas enseñanzas básicas es la de considerar a la enfermedad como un evento singular en la vida de un paciente particular, tomando en cuenta su contexto emocional, ambiental y social, de modo que sea tan importante, o más, conocer al paciente que tiene la enfermedad, como conocer sobre la enfermedad misma. Para Meador, éstas son unas de las reglas primordiales que aprendió en la escuela de medicina, las cuales usó exitosamente durante toda su vida de ejercicio profesional de más de cincuenta años.

Mi interés al ofrecer esta versión en español de *Med School* es precisamente difundir entre los lectores legos y letrados, esos principios siempre vigentes e intrincadamente ligados a la esencia misma de la medicina y que deberían ser de imprescindible conocimiento de todos aquellos que quieran servir al paciente. Confío que este libro además de entretener sea una forma sutil de enseñar. Nunca está de más aprender o recordar las acciones que puedan ir en favor de una mejor atención al paciente.

Finalmente, quiero agradecer una vez más a la Universidad de los Andes por hacer posible esta publicación y continuar así con el esfuerzo institucional de enfatizar los aspectos éticos en la enseñanza y en la práctica de la medicina.

XIMENA PÁEZ

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas contribuyeron para lograr la versión final de este libro.

Quiero agradecer a Mary H. Teloh y a James Thweatt de la Sección de Historia de la Biblioteca Eskind de Vanderbilt por su tiempo y paciencia en buscar materiales escritos y fotográficos.

Michael Burgin editó parte del manuscrito y aportó muchas sugerencias para mejorarlo. Mary Neal Meador hizo un trabajo cuidadoso de edición del manuscrito final.

Las siguientes personas leyeron los primeros borradores e hicieron sugerencias y críticas constructivas: la Dra. Betty Ruth Speir; los Drs. Charles Chambliss, Oscar Crofford, Jean Cortner, Ben Moore, Walter Puckett y William Wadlington; la Dra. Martha Kirkpatrick Crabtree; los Drs. Wallace Faulk y Robert Collins, las Dras. Cathy Taylor y Diana Marver; los Drs. Eric Chazen y Lewis Lefkowitz; el Dr. Roy Elam, Stephen Salisbury, Martha y Pat Clark, Celine Meador, Ann Meador Shayne, Jon Shayne, Elizabeth Meador Driskill; el Dr Robert Sanders y Sra., Tom Blankenship, el Dr. Kevin Soden, el Decano Emérito James Pittman, los Drs. Harris Riley y Myron Stocking, el Decano Emérito John Chapman y Jack Wheeler.

Virginia Fuqua-Meadows organizó mi agenda y me ayudó de muchas formas en la preparación del manuscrito.

Quiero dar gracias especiales a mi hermano, Daniel J. Meador III, por su lectura minuciosa, ánimo y consejos. Su hijo Dan sugirió el título.

También quiero agradecer a mi esposa, Kathleen, por apoyarme durante mis largas horas de retiro. Quiero expresar también mi amor y aprecio a todos mis hijos: Clif, Aubrey, Elizabeth, Mary Kathleen, Graham, y Rebecca. Los mayores aportaron ideas útiles, y los más jóvenes toleraron mi aislamiento.

PRÓLOGO

Decidí estudiar medicina poco después de mi quinto cumpleaños. No estoy seguro qué me hizo tomar una decisión vital a tan temprana edad. Quizás mi deseo moldeado por el tiempo que pasé observando y ayudando a mi padre, un veterinario, y también porque tenía tíos que eran médicos.

O quizás, aunque podría sonar como *cliché*, un precoz encuentro con la muerte que encendió un deseo por preservar la vida. Cuando tenía cinco años, desarrollé una neumonía con empiema, pus en la cavidad pleural, y tuve una sonda insertada en el tórax. No había antibióticos entonces y la mortalidad de la enfermedad era cerca del noventa por cien. Estuve en coma por dos semanas y en el hospital por tres meses. Aparentemente, como lo leería más tarde, un considerable número de aquellos que sobreviven a una enfermedad casi fatal antes de los diez años de edad entran en profesiones de la salud. En muchas culturas primitivas, sobrevivir a una enfermedad mortal es un pre-requisito esencial para convertirse en *shaman*.

O tal vez, fue el hombre que cuidó de mí durante mi enfermedad más que la enfermedad misma lo que me hizo querer ser médico. El viejo Dr. Vastine Stabler me atendió durante la neumonía. Todavía puedo oler el éter que emitía cuando entraba a mi cuarto en las revistas dos veces al día. El Dr. Tine, como lo llamaba, egresó de la Escuela de Medicina de Vanderbilt en algún momento en los años 1880, y era lo más cercano a lo que yo conocía como un santo. Cualesquiera hayan sido las razones, nunca dudé en mi decisión. La escuela primaria y el bachillerato fueron simplemente la pre-pre preparatoria para mí.

Cuando finalmente llegué, amé la escuela de medicina. Yo había esperado por casi quince años y mi paso por la escuela fue una experiencia mágica. Encontré el estudio del cuerpo humano completamente

absorbente. Durante cuatro años, mis compañeros y yo aprendimos acerca de los estados normales y anormales del hombre. Al escribir estas historias, espero haber capturado el *zeitgeist* de la medicina como se enseñaba y practicaba a mediados del siglo veinte. También espero haber tomado algo del espíritu de la Escuela de Medicina de Vanderbilt como era cuando se recuperaba de las pérdidas humanas de la Segunda Guerra Mundial. Por encima de todo, intento relatar las historias de las experiencias cotidianas al asistir a la escuela de medicina junto con algunos de mis compañeros desde 1951 a 1955.

Comencé a escribir estas historias al inicio de los años setenta, luego abandoné la tarea y las volví a escribir el año pasado. Todas son auténticas. Por supuesto hay algún maquillaje en ellas. Después de todo, Mark Twain dice que algunas veces es necesario mentir para decir la verdad. Mientras que he cambiado la identidad de muchos para evitar cualquier incomodidad, he usado los verdaderos nombres de mis profesores y algunos de mis compañeros, quienes me merecen gran respeto y admiración.

Entonces, aquí tienen los relatos de algunos de mis compañeros, profesores y pacientes. Todos ellos me enseñaron durante cuatro de los más emocionantes años de mi vida.

Clifton K. Meador M.D.
Nashville, Tennessee
Julio 18, 2003

PLAN GENERAL DE ESTUDIOS

Cada año académico con excepción del primer semestre está dividido en tres trimestres de once semanas cada uno. Esta característica del plan de estudios tiende a romper, en algún grado la aguda separación entre los alumnos de los diferentes años. Esto también permite a los estudiantes regresar a los departamentos por los cuales ellos han desarrollado especial interés. Unas asignaciones determinadas de tiempo están disponibles cada año para un trabajo electivo. No hay trabajo asignado los sábados en la tarde.

Aunque no hay en el plan de estudios una precisa demarcación entre el laboratorio y los cursos clínicos, el primer año y gran parte del segundo año están dedicados al estudio de las ciencias médicas: anatomía, química biológica, fisiología, bacteriología, patología y farmacología.

ARANCELES Y GASTOS

Arancel por solicitud de ingreso
(junto con el formulario) \$ 5.00

Arancel por matrícula por año académico
(tres trimestres) \$ 800.00

Este arancel se puede pagar en cuotas iguales, al comienzo de cada período. Un atraso en la matrícula para cada sesión debe ser pagado antes de la admisión a la sesión siguiente.

Arancel de contingencia \$ 10.00

Este pago cubre daño de aparatos y de la edificación, y será devuelto, menos las cargas, al cierre de cada año académico.

Arancel por el diploma \$ 5.00

Para los estudiantes que se gradúan, a ser pagado en el tercer trimestre.

Los estudiantes que se inscriban para los cursos regulares en esta Escuela de Medicina deben pagar la matrícula completa cada año. No habrá excepción a esta regla.

El promedio anual de gastos de un estudiante en la Escuela de Medicina, incluyendo los de manutención y alojamiento y excluyendo los gastos de vestido e imprevistos, se estima en aproximadamente \$1200 a \$1400.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

La residencia estudiantil...

Los muchachos perdidos

Fraternidades médicas.- Hay dos fraternidades médicas con capítulos en Vanderbilt, Alfa Kapa Kapa y Phi Chi. Un gran número de muchachos disfruta de las ventajas de vivir juntos en estas casas de fraternidades. Ellos encuentran allí los mismos estándares de inspección que se requieren en las residencias de la universidad. La habitación y comida en estas casas es de alrededor de \$ 40 por mes.

*Programa 1951 1952, página 60
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

En algunos lugares, la ausencia de una mujer es evidente de inmediato. En las cabañas de caza, en los apartamentos de soltero. Y, por supuesto, en las casas de fraternidades. Al dar una mirada a la fraternidad médica Phi Chi, nuestra residencia lejos del hogar durante los cuatro años de la escuela de medicina, Ud. se daba cuenta que estaba en una zona libre de estrógenos.

Técnicamente, Phi Chi era una fraternidad médica, o más bien, había sido una vez una fraternidad médica. Ahora era una residencia, no supervisada por nadie. El gerente anterior había gastado los ingresos nacionales de Phi Chi en una fiesta desenfundada al final del año. Con el tesoro agotado nos rehusamos a pagar las deudas, y eso llevó a nuestra expulsión de la organización nacional de las fraternidades Phi Chi. Lo que no nos importó. Todo lo que queríamos era un lugar para comer y dormir. Nosotros mantuvimos el nombre de Phi Chi en la puerta de entrada de la casa, y la placa con el estatuto

permaneció sobre el mantel en el comedor. Pensamos que si ellos realmente querían botarnos tendrían que venir y retirar el aviso y la placa. Continuamos llamándonos Phi Chis, no por ningún orgullo, sino por hábito.

No teníamos una casera, y aun la idea de pasar el estándar de inspección de la universidad era absurda. Por años, una masa amorfa de desecho y basura se había acumulado por toda la casa. En el comedor había tres sofás grandes atestados y con la tela raída de años de la repetida práctica de suturar sobre el tapizado. Cada rendija en los sofás estaba llena con una mezcla de páginas arrancadas de viejas revistas, máscaras quirúrgicas, gorros, pedazos de monos quirúrgicos, tubos de goma, partes de estetoscopios, y una media aquí y una franela allá. Los periódicos estaban regados por el piso del salón. Había pilas de números viejos de *New England Journal of Medicine*, *JAMA* y una serie de *Annales of Medicine o Surgery*, y otras revistas médicas arrimadas a las paredes de la habitación. El único estante estaba repleto de libros, la mayoría viejos y que no habían sido abiertos en años. Si se planeaba una fiesta, alguien empujaba la masa acumulada de mugre contra las paredes o debajo de sillas y sofás. Las camas nunca estaban completamente hechas, las cobijas se estiraban hacia arriba de modo que las ropas y libros no se perdieran en las sábanas. Las ropas estaban en los respaldos de las sillas y sobre los escritorios.

Aunque quince de nosotros dormíamos y comíamos allá, ninguno realmente vivía en la casa. La mayor parte del día y hasta tarde en la noche, la casa estaba completamente vacía. Durante las horas del día estábamos allí sólo para el almuerzo y la cena preparados por James Walton y su ayudante de cocina. Era una base de operaciones, como un portaaviones, y nosotros estábamos constantemente en maniobras en algún otro lado. Ninguno estudiaba en la casa. Todo el estudio y trabajo era hecho en la escuela o el hospital. La casa era un lugar para dormir profundamente y comer vorazmente, un lugar del cual salir temprano y regresar tarde, antes de repetir el proceso al día siguiente.

Había una excepción a este régimen. Los viernes en la noche, los que vivíamos en la casa nos aparecíamos para la cena, entretenimiento y confort.

La cena del viernes generalmente comenzaba con Oscar leyendo la carta semanal de su madre. Él leía lenta y deliberadamente y nunca preguntaba si queríamos escuchar. Oscar asumía que nosotros queríamos que leyera en voz alta las cartas de su madre. Estaba en lo cierto. Nosotros queríamos. Esperábamos por ellas y nos sentíamos desanimados si no había una, lo cual ocurrió pocas veces. Su madre era una escritora regular, y aquellos de nosotros quienes recibíamos muy poco o ningún correo, la adoptamos secretamente como nuestra propia madre. Oscar comprendió esto tácitamente, y el compartir sus cartas era su manera de hacernos saber que conocía y comprendía nuestra soledad. Él leía cada palabra sin modificación. Y cuando lo hacía, cada uno de nosotros nos volvíamos un miembro de su familia.

Querido Oscar,

Espero que hayas recibido la ropa interior que te mandé. No pude escoger los colores que yo quería, así que tienes que usar lo que pude encontrar en rebaja en Goldsmith.

Oscar mostró unos calzoncillos en rojo y azul brillante, continuando la lectura de su carta tratando de no reírse.

Fui a la granja la semana pasada, y el Sr. Lewis dijo que una de las vacas quedó atrapada en el lodo y murió. Sacó su cuerpo con un tractor, y dijo que al hacerlo arrancó la parte de atrás del tractor. Nellerine no ha tenido todavía su potro, pero el Sr. Lewis dijo que ella estaba bien.

Te estoy mandando algunas galletas de chocolate para que compartas con todos los muchachos de la casa. Asegúrate de darles al menos una a cada uno. No te las comas solo. Y no escondas la caja tampoco. Yo se lo que los muchachos dirán si lo haces.

La semana pasada vi de compras a la madre de Jean. Ella dijo que Jean también envía por correo su ropa para lavar como tú, así que no pienses que es extraño hacer eso. Una cantidad de muchachos lo hace, de otro modo, no venderían esas cajas para enviar la ropa a casa como las que tú tienes. ¿No estas contento ahora por haberte hecho llevar una contigo a la universidad?

Estudia bastante y aprende a ser un buen médico. Cuéntame qué estás estudiando.

*Te quiere,
Mamá*

Nosotros vociferábamos a gritos las cosas que queríamos que Oscar le escribiera a su madre. Preguntas que teníamos acerca de las vacas y caballos, y gracias por las galletas. Algunas veces sugeríamos otras comidas que ella podía enviar, o en nuestros peores ánimos, inventábamos historias obscenas acerca de Oscar y lo amenazábamos con escribirle a ella de nuestra cuenta (nunca lo hicimos). Cada vez que Oscar leía una de sus cartas, él se sentía conmovido como el resto de nosotros, riéndose de las preocupaciones de su madre, pero obviamente irradiando el amor que sus cartas mostraban. Era como recibir cartas de nuestras casas al oír a Oscar leer su correspondencia. Nunca me di cuenta hasta años después, lo que esas cartas significaban para mí cada semana.

Durante las lecturas de Oscar de los viernes, nos transformábamos de jóvenes que eran estudiantes de medicina en muchachos que extrañaban a sus familias. Nosotros fuimos los Muchachos Perdidos viviendo en un escondite particularmente desordenado, y la mamá de Oscar era nuestra *Wendy** ausente.

Después de la lectura de Oscar, Wally tomaría el centro del escenario. Si la madre de Oscar era *Wendy*, Wally era *Peter Pan*. Él nos hablaría acerca de muchos *Capitanes Hook*, que bajo la forma de profesores, nosotros enfrentaríamos más adelante.

* NT: se refiere al personaje en el cuento de *Peter Pan*.

Wally había sido presidente del centro de estudiantes antes de ingresar a la escuela de medicina, un hombre importante en el *Campus*. Iba un año delante de nosotros, así que él tenía cierta credibilidad. Estaba cargado de carisma y nos entretenía con historias todo el tiempo. Los nuevos estaban en anatomía, así que Wally, un estudiante de segundo año, nos daba información sobre los profesores y lo que nosotros podríamos esperar de ellos.

La premisa básica de Wally era que el cuerpo de profesores estaba allá afuera para atraparnos y que haría cualquier cosa para aumentarnos la presión y atormentarnos. Ellos existían sólo para acosar, y hacer lo que fuera para destruirnos, de tal modo que nos pudieran sacar de la escuela. Mejor aun, ellos querían corrernos, hacer que nos quisiéramos ir, hacernos suplicar para que nos dejen ir, hacer cualquier cosa para sacarnos de la miseria del horrible peso del estudio. Ésta era la tesis de Wally, y él era diligente en su defensa. Era un artista en su retrato exagerado e incluso teatral de cada profesor.

Nuestra primera prueba en el ritual de la escuela de medicina era la anatomía, el curso donde disecábamos el cuerpo humano. Con la materia vino el primer retrato de Wally. Había dos profesores en el departamento de anatomía. Uno era el Dr. Sam Clark, un académico refinado, amable, sereno, y la estampa de un caballero. “Diablo”, como Wally explicaría, “El Dr. Sam puede darse el lujo de ser amable, tranquilo, porque el obtuvo el más vil h. de p. del mundo, nombre de...” A este momento, Wally haría una pausa, se subiría sus lentes sobre la cabeza, se subiría las mangas sobre los codos, miraría a cada lado como si fuera a revelar algún terrible secreto y continuaría... Junnnnnn... Guuullll... Jimmmmm.” Su voz comenzaría baja, gutural y apenas audible, antes de acechar en un áspero gorgoteo de horror. Nunca pronunciaría el nombre normalmente. Era siempre acompañado con jactancia, los lentes sobre su cabeza, las mangas

remangadas, mirando a los lados. Y luego el bajo retumbo que termina en un largo y ruidoso JUN-GULL-JIM.*

“Sólo espere hasta que Ud. esté hasta su coronilla en ese cadáver,” advirtió, “tratando de encontrar la fosa isquiorectal, la parte más escondida e incomprensible de la anatomía humana, y de repente JUN... GUL... JIM estará allí, mirando por encima de su hombro. El aparece de la nada, sin hacer ningún sonido. Él precisamente aparece en la mesa... y saca de su bolsillo ese puntiagudo instrumento de metal.

“AHORA SEÑOR, muéstreme la fosa isquiorectal e indíqueme su margen anterior y su posterior y sus extensiones caudal y cefálica. ¿PUEDE HACER ESO POR FAVOR?... ¡AHORA!!! Para entonces Wally *era* Jungle Jim. Se pararía al lado del cadáver, respirando sobre su cuello mientras Ud. lo escucha. Y ahora, estando al lado de la mesa con un cuchillo en su mano, comenzaría lentamente a tocar la mesa con la punta del bisturí, señalando cada palabra. “La”...tap-tap-tap... “fosa” ...tap-tap-tap... “isquio”...tap-tap-tap... “rectal”...tap-tap-tap... “Muéstreme”...tap-tap-tap... “¡AHOOORA! Completamente enloquecido, con los ojos desorbitados y mirando fuera de sí, Wally estaba llevando a cabo su representación teatral.

A este punto los estudiantes de clases superiores presentes reirían históricamente. Nosotros queríamos reír también, pero había algo demasiado real, demasiado viable acerca del personaje para descartarlo a la ligera. Sabíamos que Wally exageraba, pero no mucho. Después de todo, “Jungle Jim” había sido el sobrenombre del hombre por años. Profesores, suaves, amables no sacan sobrenombres como “Jungle Jim.” Tenía que haber algo de verdad en el nombre y en la imitación que hizo Wally de él.

“Miren cuando el bisturí aparece!” advirtió Wally. “Hace dos años, le clavó la mano a un estudiante en la cadera de un cadáver. El instrumento pasó a través de la mano... profundo en el miembro

* NT: la pronunciación en inglés del apodo Jungle Jim

inferior del cadáver. Si él saca el bisturí de su bolsillo, significa que Ud. ha cometido un gran error. Ud. está fregado si él ha ido por el bisturí.” A este punto, Wally se desplomaba en su silla riendo. Pero el discurso ya había sido lanzado y la advertencia dada.

La semana siguiente, después de conocer a Jungle Jim o Dr. Jim Ward, Oscar, Jean, y yo hicimos un pacto solemne. “Nuestra única meta”, dijo Oscar, “es hacer que Jungle Jim nunca, nunca venga a nuestra mesa de disección. Jamás. ¿De acuerdo?” Jean y yo asentimos el acuerdo.

Aunque nunca lo admitiríamos y aun lo negaríamos si es que alguien lo hubiera preguntado, nosotros amamos la premisa detrás de las historias de advertencia de Wally. Nosotros queríamos que la escuela de medicina fuera dura, difícil, y cerca de lo imposible. Cada uno de nosotros hizo algún silente no expresado paralelismo con un campamento de recién reclutados en la marina o con el primer año en West Point o Annapolis. Wally era nuestro equivalente de un “primer hombre en la clase,” aunque él solamente abrumaba indirectamente. Con estos cuentos semanales de terror, Wally estaba diciendo lo profundo del reto que enfrentábamos. Tener conciencia de este reto convertía lentamente nuestra floja fraternidad de muchachos en un grupo de profesionales. Juntos, soportaríamos esta prueba, y todos aquellos de nosotros que sobreviviéramos nos convertiríamos en médicos y cirujanos.

A pesar de su exageración y teatralidad, Wally estaba básicamente en lo correcto. Casi todo profesor en casi todo curso infundía temor con sus demandas y expectativas. Y una falla en respetar eso, aunque podía no resultar en una mano ensartada por un instrumento de metal, podría resultar en cambio en la expulsión de la escuela de medicina. A su modo, Wally nos proveía de una cartilla que estudiábamos, para evitar la ira de los profesores y para viajar mejor por el riguroso camino que teníamos por delante.

las ciencias morfológicas...

Pesos y medidas

421. Anatomía.- Este curso está dedicado a una disección sistemática del cuerpo humano. La instrucción es principalmente individual y el trabajo del estudiante debe hacerse tan independientemente como sea posible. Veintisiete horas por semana durante el primer semestre del primer año.

422. Histología.- Este curso está dedicado a familiarizar al estudiante con la estructura normal de los principales tejidos y órganos del cuerpo. Se usan tejidos frescos siempre que sea posible para la demostración de la función celular normal, y a los estudiantes se les enseña a usar coloraciones para analizar las características de células particulares. Doce horas por semana durante el primer trimestre del primer año.

423. Neuroanatomía.- El aspecto histológico del sistema nervioso, incluyendo la estructura de las neuronas, fibras y terminaciones, la histología y vías de la médula espinal, la estructura y conexiones de los nervios craneales espinales y autonómicos, y ganglios, y la histología de los órganos de los sentidos. Doce horas por semana durante cinco semanas al final del primer semestre del primer año.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Si uno pudiera graficar el estrés y la carga de trabajo de los cuatro años de medicina en una curva, el apogeo llegaría justo antes del final del primer semestre del primer año. Cuando las últimas hojas de los árboles caían a tierra, nuestro curso de anatomía macroscópica comenzaba con el estudio de cabeza y cuello, el componente más complejo y difícil del curso. Más allá del esfuerzo normal de

memorización e identificación, el estudio de estas áreas de cabeza y cuello tiene un grado mayor de estrés por su forzada proximidad anatómica. Las tensiones se elevan cuando cuatro personas se reúnen y concentran toda su atención y actividad dentro de un cuadrado de un metro veinte por un metro veinte, todos tratando de ver y diseccionar al mismo tiempo. Imagínese diciéndoles a cuatro personas que prepararen un pavo al mismo tiempo, con el acuerdo de que quien no participe activamente no obtendrá nada. Para hacer las cosas más difíciles en el cadáver, la disección de una capa más profunda necesariamente destruye la capa que está por encima. En la parte más compleja del cuerpo, teníamos sólo una rápida imagen de la anatomía de superficie, para luego movernos a estructuras más profundas. Cuando terminábamos entonces quedaba muy poco que ver, excepto la parte de atrás del cráneo y de la columna. Por el contrario en las partes bajas del cuerpo, la disección entera podría dejarse descubierta, mostrada y examinada completamente.

Hank y yo trabajamos como pareja en un lado del cadáver. Oscar y Jean trabajaban en el otro lado. Estábamos físicamente cansados de más de dos meses de disección diaria. Estábamos emocionalmente exhaustos y desde hace mucho sumergidos, lo que quedaba de nuestros yo espirituales, dentro del estudio de la anatomía macroscópica. Wally había predicho que para el final del mes, dos de nosotros nos pelearíamos. En los tres años que conocería a Wally, esto marcó el único momento en que podríamos considerarlo culpable por haberse quedado corto en sus predicciones. Difícilmente hubo un día en que Oscar y Jean no se gritaran uno al otro, o que Hank y yo no nos viéramos involucrados en un concurso de peleas para empujar al otro de modo de poder dar un vistazo a la disección.

Luego en el medio del estudio y el estrés, un segundo curso fue añadido. La histología, el estudio de los tejidos corporales, demandaba también de nuestra memoria y tiempo con casi el mismo esfuerzo que la anatomía. La velocidad de la cinta sin fin había

aumentado considerablemente y teníamos que correr más rápido o caeríamos hacia atrás.

Nosotros le hacíamos frente estudiando en grupo. Eso nos mantenía alejados de caer en lo trivial o perdernos en demasiados detalles. A poco de haber iniciado el primer año, Hank y yo comenzamos a estudiar juntos todas las noches. Más tarde, otros dos compañeros se unieron a nosotros. Siendo cuatro personas juntas sobre el mismo material, quedaba muy poco chance de que pudiéramos dejar escapar algo importante. El estudio selectivo era vital. Nosotros no pudimos entonces, y nunca podríamos, saberlo todo.

No todos fueron capaces de mantener el ritmo. Frederick sería el primer compañero en fracasar. Para ser justos, Frederick no estuvo nunca destinado a ser médico; eso se hizo evidente poco después de conocerlo. Por pasión Frederick era un historiador, y por disposición e intelecto, era ya un historiador de primer orden. Mucho de la historia que sé, la aprendí a la hora del almuerzo o en las caminatas hacia o desde la residencia Phi Chi. Desafortunadamente, ya que la mayoría de los hombres de su familia habían sido médicos, él también esperaba convertirse en uno de ellos.

Estábamos en la tercera semana de histología, aprendiendo a identificar bajo el microscopio, los diversos tejidos corporales. Generalmente pasábamos una semana en cada tipo de tejido, y luego teníamos un chequeo usando todos los cincuenta y dos microscopios, seguido por una prueba escrita de cuatro horas.

Habíamos estado estudiando hueso, que es uno de los tejidos más complejos y difíciles de comprender. Además de conocer su apariencia microscópica y su anatomía, teníamos que conocer su embriología y cómo el tejido se formaba en el feto. El día del examen, Frederick vino corriendo hacia un grupito de nosotros que estaba esperando en el pasillo para entrar al laboratorio para el examen. “Hank, por Dios, dime lo que sabes acerca del músculo.” Frederick estaba ya tan fuera de lugar que había estado estudiando

músculo, mientras el resto de nosotros estaba en hueso. El grupo había terminado músculo hacía dos semanas. Aunque él estaba allí de pie, ruborizado y con pánico, no se daba cuenta que ya estaba abandonando la escuela de medicina.

“¡¿MÚSCULO?!” gritó Hank. “¿MÚSCULO? Fred, nosotros estamos estudiando hueso.”

Frederick se recostó contra la pared y se deslizó unos cuantos centímetros. El color desapareció de su cara. “He pasado toda la noche despierto estudiando músculo. Rápido, rápido díganme qué debo saber de hueso... algo, demonios, cualquier cosa.” Realmente, Hank, se quedó allí con él y trató de decirle algunas cosas esenciales, pero era demasiado tarde. Después del examen, la escuela le pidió a Frederick que se retirara. Nunca más lo volví a ver.

Apenas Frederick dejó la escuela, la neuroanatomía fue añadida a nuestra carga de trabajo. Cualesquiera hayan sido las horas que nos sobraban, estas desaparecieron. De alguna manera, teníamos que sacar tiempo para otro curso exigente y extenuante. Nos vimos forzados a robar tiempo de anatomía e histología. Nuestra inmersión en la escuela era total. Los eventos distantes aunque importantes como la Guerra de Corea desaparecieron de nuestro conocimiento. Simplemente no había tiempo más allá del libro, laboratorio, y apuntes. Inclusive los aspectos de la vida diaria que eran inmediatamente discernibles no dejaban ninguna huella. Un día era otoño; el siguiente día era invierno. Los colores habían cambiado, las hojas y luego la nieve habían caído. Ninguna máquina del tiempo sería efectiva. Nosotros subsistíamos fuera de los ciclos naturales y los eventos mundiales. Solamente la anatomía, histología, y neuroanatomía existían.

La neuroanatomía era el estudio de la estructura y función del cerebro, médula espinal, y nervios periféricos. A fin de ver las vías, el cerebro fue seccionado en cortes de pocos milímetros. El cerebro, los tractos y los núcleos eran teñidos con coloraciones especiales para que se pudieran ver e identificar. Cada sección transversal era luego

embebida entre dos láminas de vidrio. El truco para aprender neuroanatomía era desarrollar la destreza de ver estructuras en tres dimensiones a partir de una sección de dos dimensiones. Ahora hay toda suerte de simulaciones en computadores que permiten desplegar este cuadro tridimensional. Nosotros teníamos que construir estas figuras en nuestras mentes.

En la noche, nuestro grupo aprendía a hacer dibujos de las secciones transversales a cualquier nivel de la médula espinal o el cerebro. Hank, siendo ambidiestro y encaminado a la cirugía, tomaría un pedazo de tiza en cada mano, y con un gran movimiento hacia abajo de ambas manos, haría el esquema de la médula espinal trazando simultáneamente sus bordes derecho e izquierdo; repetía este proceso hasta haber llenado el pizarrón con los diagramas circulares. Luego nosotros llenábamos las figuras con los tractos, yendo cada vez más arriba hasta que llegábamos al sitio de cruce de las vías donde todo lo que viene de la derecha cruza a la izquierda y viceversa. Era también el gran cruce de los tractos motores descendentes. Este cruce de vías explica porqué los accidentes cerebrovasculares del lado izquierdo producen deficiencias en el lado derecho y viceversa.

A medida que progresábamos en el curso, uno de nosotros se levantaría al pizarrón y dibujaría los niveles de la médula espinal y los otros inventarían accidentes cerebrovasculares o lesiones cada vez más complejos. “¿Dónde estará la lesión que causó la parálisis del pie derecho y pérdida de la vibración debajo de la rodilla derecha, pero pérdida de dolor, tacto y sensación térmica del pié izquierdo?” A medida que íbamos mejorando, nos encontrábamos con hallazgos que sólo podrían explicarse por lesiones múltiples como ocurre en la esclerosis múltiple. Inventábamos juegos, turnándonos para describir las ubicaciones de lesiones imaginarias. Luego los otros tenían que describir los hallazgos clínicos resultantes que se producirían. Este reto que nos hacíamos unos a otros noche tras noche ponía la neuroanatomía como un holograma en mi mente. Hasta hoy puedo

seguir la mayoría de los tractos principales que corren hacia arriba y hacia abajo entre la médula espinal y el cerebro, y puedo trazar hacia donde van los grandes tractos cuando entran a la corteza, y que aun maravillan la simetría de la creación que nos hace la inteligencia más elevada del planeta, y quizá en el universo.

Pero la neuroanatomía representaba algo más que un estudio fascinante. La inmensa casi absurda carga que resultaba de su adición nos forzaba a ser maestros en el fino arte de jugar con prioridades. Trabajaríamos en un tema un día, y nos atrasaríamos en los otros dos cursos, para luego tomar esos dos y dejar atrás al tercero. De nuevo el estudiar en grupo ayudaba. Planificábamos el estudio de cada noche con cuidado, arreglando límites de tiempo para estudiar cada curso, y luego continuar así sin importar ninguna otra cosa. Este método de establecer prioridades fue tan vital para nuestros planes de éxito como lo fueron las clases clínicas. En la práctica de la medicina, no hay nunca tiempo suficiente para hacer todo en un día. Un doctor nunca se va a la cama con el trabajo del día terminado completamente. Tendríamos por siempre que decidir qué era esencial, qué podría esperar, y lo que simplemente no podría hacerse.

Este cuarto curso fantasma, llamémosle “malabarismo de prioridades 101”, se cargó a nuestro segundo compañero del semestre. Stockman simplemente no pudo distinguir el conocimiento trivial del importante. La mayoría usábamos la *Anatomía de Gray* como nuestro texto. Tenía suficiente detalle, pero no demasiado. Stockman usaba la *Anatomía de Morris*. Esa daba cada variación posible y una descripción detallada de cada parte del cuerpo. Aunque tal descripción escrita era innecesaria en un campo visual, Stockman memorizaba cada una. Stockman era un fenómeno. El tenía una inexplicable habilidad para memorizar la palabra escrita. A la hora del almuerzo o cuando estábamos descansando en la sala de estar, lo poníamos a demostrar sus habilidades a los estudiantes de años superiores. Y diríamos, “Stockman, díles cómo luce el riñón.”

Él se pararía, miraría a la distancia, y comenzaría. “El riñón, también conocido como el órgano renal, yace en una posición posterior en el espacio retroperitoneal. Su borde externo es convexo, mientras que su borde medial es cóncavo donde la pelvis renal forma un cuerpo sacular que drena caudalmente dentro del uréter. El riñón izquierdo, sobre su polo cefálico yace bajo la cola del páncreas y una porción de la flexura esplénica del colon transverso...” Y él continuaría recitando las palabras exactas del texto de Morris. Nosotros lo seguíamos con el libro a medida que recitaba, y nos asombrábamos de como no dejaba ni una conjunción o adjetivo fuera de lugar. Hacía esto para todas las partes del cuerpo, y especialmente las formas de todos los huesos, y sitios de inserción de los músculos y ligamentos. Este era un tour de fuerza de la memoria, pero él perdió la visión de contexto. No encontraba las partes en el cadáver, y pasaba poco tiempo disecando. Para Stockman la anatomía era un ejercicio verbal más que visual. Falló en todo examen práctico donde trataba de recitar sus descripciones memorizadas. La anatomía exige un conocimiento práctico, no pasajes de libros. Al final del primer semestre le pidieron a Stockman que se retire. A diferencia de Frederick, su partida me tomó por sorpresa. Yo había pensado que él sólo memorizaba sus descripciones para hacernos reír, lo que invariablemente hizo. Ninguno pensó seriamente que él creía que la habilidad para vomitar monólogos de la *Anatomía de Morris* era de lo que se trataba la anatomía. Él debió haberse sorprendido aun más que cualquiera de nosotros.

Frederick y Stockman ilustraron una verdad simple de la escuela de medicina. La mayoría de los estudiantes fracasan no por falta de talento. Fracasan porque renuncian o porque son perezosos o porque no están motivados. Fracasan porque una atención parcial no es suficiente. Durante mis años de estudio, los estudiantes fracasaron porque eran lentos, porque no establecían prioridades, porque su concentración se atrasaba un mes, o una semana o aun un día. Pero ninguno falló por carencia de poder mental. Fallaron porque su deseo no fue lo suficientemente intenso para sobrevivir este primer año de

la escuela de medicina. Y a diferencia del intelecto, el deseo no puede ser medido en vatios de potencia. El deseo es medido por el peso que puede llevar y por la presión que puede soportar.

La anatomía macroscópica, la histología y la neuroanatomía y aun el “malabarismo de prioridades 101” fueron los componentes de una sola prueba de deseo simple y vital. Al final del semestre todos, excepto dos de nosotros, podríamos mirarnos en el espejo y ver a una persona que aunque débil, perdida del tiempo y notablemente desinformada acerca de los sucesos mundiales, había llevado el peso y soportado la presión. Más pruebas y fracasos nos esperarían más adelante, pero en ese momento estábamos triunfantes.

Las noches en el hospital...

La caza de codornices

La edificación que aloja la escuela de medicina y el hospital está ubicada en la esquina sureste del campo de la universidad. Está construida en el estilo gótico colegial, con la estructura de concreto con ladrillo y paredes de granito... y es en realidad una serie de edificios puestos juntos de modo que puedan estar todos bajo el mismo techo... La planta entera esta hecha para que haya comunicación libre entre los varios departamentos de la escuela y el hospital, y la biblioteca, con su espacioso cuarto de lectura en el centro del edificio. La escuela está así dispuesta para albergar a doscientos estudiantes.

El servicio ambulatorio ocupa todo el primer piso de la porción sur del edificio. Esta especialmente diseñado para enseñar y tiene una serie de cuartos de examen, tratamiento, y de enseñanza para medicina general y cirugía, pediatría, neurología, dermatología, psiquiatría, odontología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, obstetricia, ginecología y urología... Una sala de espera se anexa a cada departamento y varios pequeños laboratorios clínicos se colocan convenientemente.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Tres edificios, estrechamente conectados formaban el complejo escuela de medicina/hospital. En el extremo norte estaban las oficinas de los profesores y los laboratorios de enseñanza de los departamentos de ciencias básicas. En el extremo sur estaban las salas de pacientes hospitalizados y las clínicas ambulatorias. En el edificio

del medio estaban las oficinas de los profesores de las clínicas. En cualquier piso podíamos caminar de un laboratorio de ciencias básicas a una oficina de un profesor de clínicas o a una sala del hospital o clínica. La teoría detrás de esto era que los problemas clínicos al lado del lecho del paciente podían ser llevados directamente a los laboratorios de investigación de los científicos de las básicas. La intimidad física puso la ciencia y la medicina clínica una al lado de otra. Era una escuela perfectamente diseñada.

Durante los descansos de nuestro grupo de estudio, Hank algunas veces nos conducía a misiones de reconocimiento nocturno. Algunas noches él iba solo. A mediados de octubre, Hank había explorado todo el complejo. Conocía cada esquina y cada vuelta del complicado laberinto. Una noche en nuestros tardíos recesos, Hank vino corriendo a la cafetería. Se estaba riendo con disimulo y hablando al mismo tiempo, un hábito que tenía cuando estaba agitado. Esto lo hacía casi totalmente ininteligible hasta que dejara de reír. Finalmente dijo, “Vengan. Ahora. Uds. tiene que ver esto.”

No era infrecuente para Hank regresar de un reconocimiento y arrastrarnos de un descubrimiento a otro. Una noche encontró el cuarto de autopsias. Nos escurrimos allí y logramos que el residente de patología nos mostrara la anatomía fresca de la autopsia. Era la primera vez que veía el interior de un cuerpo que no había sido embalsamando y curado en formalina. Había poco parecido entre los tejidos frescos de la autopsia y la carne seca de nuestro cadáver. El cadáver parecía una abstracción del cuerpo real, a tal punto alejado de la muerte que no pensamos que viniera de una persona real. En la autopsia por otro lado los órganos brillaban y reflejaban luz. El corazón era violeta, no de un pálido marrón seco. Los pulmones eran rosados y estaban turgentes, aun llenos de aire, del último aliento del paciente agonizante.

Otra noche Hank encontró la sala de partos, y nosotros miramos nacer un bebé. En una semana, las expediciones de Hank habían saltado del final al inicio de la vida. Nunca olvidaré la maravilla de

ver un nuevo ser humano venir a la vida. Al principio el bebé estaba sin movimiento, todo húmedo y rojo-azulado. Con sangre por todas partes, Por un instante pensé que el bebé era un nonato. Repentinamente, la forma sin vida súbitamente reaccionó y emitió un largo llanto tras otro. Cada llanto forzó los pulmones a recibir más aire. Pensé que era extraño que el nacimiento y la muerte, el primero y el último acto humano, estuvieran bañados en llanto y lágrimas. Llorar es esencial para la vida.

Esa noche en particular, Hank estaba inusualmente excitado. Le cortamos el paso cuando estaba a medio camino saliendo de la cafetería. Lo pudimos oír riendo cuando volteó una esquina después de otra en el laberinto de pasillos. De repente estábamos en una sección a oscuras del primer piso yendo hacia las clínicas. Apenas pudimos seguirlo en la penumbra. “Shh... Quietos. No hablen.” Hank sostuvo su mano para detenernos a los tres que le seguíamos. Éramos soldados desplazándonos en alguna posición desconocida del enemigo. “Pronto... ahora... ahora... ahora miren esto” susurró Hank, todavía riendo conteniendo su respiración al mismo tiempo. En eso, dio un tirón a una larga palanca en la pared de la clínica, y todo el largo corredor y todos los cuartos a los lados se prendieron. Él había encontrado el *switch* maestro para toda el ala. Cada espacio en la larga sección se iluminó. Nos detuvimos allí sorprendidos con la iluminación repentina que reemplazó a la oscuridad. Hank susurró, “Esperen, esperen.”

Al final del corredor primero uno, luego dos, y finalmente un tercer bedel salieron de los cuartos, cada uno barriendo tan furiosamente como les era posible. Hank nos hizo caminar hacia los tres hombres. “Buenas noches,” dijo Hank, eliminando su risita y corriendo hacia uno de los cuartos de conferencias de la clínica. Colapsamos en las sillas, nos cubrimos las bocas, y tratamos de no reírnos fuerte.

Los hombres evidentemente habían estado haraganeando, y por su apariencia, era obvio que habían estado durmiendo en los cuartos de

examen de la clínica. Al ser despertados por la luz, ellos pretendieron estar activos y salieron barriendo, como si momentos antes, en la oscuridad de boca de lobo, hubieran estado barriendo enérgicamente.

Hank llamó a este entretenimiento “la caza de bedeles.” Para aquellos de nosotros criados en áreas rurales, era un nombre apropiado. Habló de disparos cubiertos, de bajarse a los que estén solos, y de lanzar uno, dos y aun tres disparos al levantar la bandada. Hank hizo de la caza de bedeles un arte. Al principio cazábamos cada noche, y pronto ya no hubo bedeles en ningún sitio. Hank dijo que habíamos exterminado los campos. Así que esperamos una semana entre cacerías. Con seguridad la población de bedeles se recuperaba y estabilizaba, y podríamos contar uno o dos, y en buenas noches tres bedeles en cada clínica, y siempre salían barriendo cuando las luces se encendían.

Hank había hecho ciertos descubrimientos migratorios acerca de dónde estarían los bedeles la siguiente vez. Él había encontrado que los bedeles de la clínica médica general tendían a irse a la clínica de ginecología, mientras que los de la clínica quirúrgica se irían a la clínica pediátrica. Hubo un período de varias semanas donde no cazamos nada. Dejamos de cazar por dos semanas, pero aun así no había bedeles. Estábamos desconcertados por las desapariciones. Hank nos aseguró que debían estar en algún lado. Sólo teníamos que encontrarlos. Después de más de un mes sin éxito, Hank corrió a la cafetería. “Esos condenados de segundo año. Los agarré cazando en veda a los bedeles en la clínica ortopédica. Con razón nuestra cacería estaba agotada. Ud. no puede exterminar un campo y esperar encontrar aves. Esos tipos no saben un camino acerca de cazar codornices o el juego de la conservación.”

A veces no había límites en nuestra necesidad de humor.

Las prácticas de fisiología...

Cuidado con la muerte de los perros

521. Fisiología.- Curso para los estudiantes de primer año de medicina que está diseñado para cubrir los conceptos esenciales de fisiología médica. Veinte horas por semana de clases, conferencias, y trabajo de laboratorio se dan durante el segundo semestre del primer año.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

El segundo semestre del primer año comenzó pesado: bioquímica con dos laboratorios por semana, fisiología con dos laboratorios, otros dos meses de neuroanatomía, una introducción a farmacología y un curso de estadística.

El departamento de fisiología estaba formado por tres profesores. Apodamos a esta trinidad “El Viejo P,” “El Loco” y “El Chino.” El Dr. King era “El Viejo P.” El sobrenombre era por profesor viejo, un remedo del “padre viejo” de Dickens. El Dr. King estaba en sus setenta años y había regresado de su retiro. Como un anciano sacerdote con una cara benevolente, hacía su ronda diaria en el laboratorio, asistiendo aquí y allá cuando pasaba entre nuestras mesas en el laboratorio. No me habría sorprendido si él hubiera mecido un pote de incienso para bendecir nuestro trabajo.

“El Loco” era el Dr. Robert Post, un instructor joven quien acababa de terminar su entrenamiento posdoctoral en Harvard. Post

conducía una Harley-Davidson para ir al trabajo, ocasionalmente llegaba a clase llevando unos Lederhosen y una capa Alpina de plumas, y honestamente, aparte de su excentricidad, era un genio.

“El Chino” el tercero y más joven de la trinidad, era un fisiólogo chino que había llegado al país pocos años antes. El Dr. Ray Meg había hecho ya algunas observaciones fundamentales en nutrición parenteral, y más tarde haría disponible los lípidos intravenosos para los pacientes sin función intestinal. Posteriormente en su carrera, el ganaría renombre nacional por sus extensos estudios en nutrición. Pero en el departamento de Fisiología de Vanderbilt en 1951, nuestra clase sabía sólo una cosa acerca del Dr. Meng: entendíamos muy poco de lo que decía.

Dos veces a la semana teníamos laboratorios en la tarde. Por ser el miembro más joven de los profesores su deber era supervisar las sesiones del laboratorio de las tardes. Estas prácticas consistían en hacer preparaciones complicadas. Comenzamos con sapos, palomas, y pequeños peces, luego calamares y ratas. Cada experimento requería de una larga preparación para alistar el equipo y los aparatos primitivos de registro preparados para medir lo que fuera que el experimento requiriera. Al final del curso usábamos perros.

El grupo de trabajo era de cuatro estudiantes. Teníamos el mismo grupo que en el cadáver, lo que era una prueba de lo bien que nos llevábamos. Dadas las tensiones y casi peleas en la disección de cabeza y cuello, muchos grupos de disección se separaron. Jean, Oscar, Hank y yo trabajaríamos en una mesa. Para cada experimento en fisiología asignábamos roles. Uno de nosotros sería el cirujano jefe, otro el anesthesiólogo, otro el ingeniero, y uno sería el muchacho de servicio o mantenimiento. El peor trabajo era este último. Rotábamos los papeles para que a ninguno le tocara el de servicio más veces que cualquiera de los otros. El muchacho de servicio tenía que ahumar e instalar el *quimógrafo**.

*NT: aparato de registro rudimentario usado en fisiología hace unas décadas.

No teníamos aparatos electrónicos de registro avanzados que ahora son lugares comunes en cualquier laboratorio; todavía no se habían inventado. Usábamos los *quimógrafos*, tambores de metal, alrededor de los cuales enrollábamos un pedazo de papel grueso que luego era cubierto con humo negro espeso. El papel se pegaba alrededor del tambor. Luego el tambor se rotaba lentamente en un aparato con mecha encendida con querosén, que permitía cubrir uniformemente el papel con el humo. Eso suena simple, pero era tedioso y se necesitaba mucha práctica para hacerlo bien. Muy poco humo y la plumilla no dejaría trazas. Mucho humo y la plumilla se empastaría o peor, la capa de humo se podría despegar del papel. El tambor ahumado era luego colocado cerca del animal y una afilada plumilla de ganso era adherida a la palanca. La palanca era luego unida a un músculo, o conducto o lo que fuera que iba a causar un movimiento o flujo para que pudiera ser medido. La plumilla raspaba la superficie del tambor que se movía lentamente y dejaba un trazado del movimiento. Además del movimiento, teníamos una plumilla para el *timer*, algunas veces teníamos otra para el ECG*, y en experimentos grandes, una plumilla adicional de movimiento. Ocasionalmente de manera accidental empastábamos el humo y teníamos que empezar de nuevo, desde el comienzo del experimento. Con suerte, podríamos llegar a tener el perro anestesiado, la disección hecha, el tambor ahumado. Tener todos los dispositivos conectados y estar listos para el experimento en dos o tres horas. Pero había una regla. Si el perro moría antes de las tres horas, el grupo tenía que comenzar de nuevo desde el principio. Si el perro moría después de las tres horas, podríamos parar el experimento donde estuviéramos, calcular los resultados, hacer el registro permanente por sellar el papel del *quimógrafo* con laca, limpiar e irnos a casa a las 6 p.m. Si el perro moría muy pronto, teníamos que comenzar el experimento de nuevo. Esto significaba terminar algunas veces tan tarde como las 9 o 10 p.m.

*NT: siglas para electrocardiograma.

Las dos mesas al lado de las nuestras eran de un contraste total. A nuestra derecha, técnicamente los estudiantes eran singularmente ineptos. Nada les salía bien. Rara vez lograban quemar bien el *quimógrafo*. El perro generalmente quedaba despierto o estaba tan anestesiado que había que mantenerlo vivo dándole respiraciones con un *ambú**. Nada de la preparación era hecho correctamente. Los pocos conductos que teníamos que canular eran dañados más de la cuenta. Y encima de todo, sus perros morían exactamente a las tres horas y cinco minutos, salvándose de repetir la práctica. De acuerdo a la regla de las tres horas, ellos podían calcular sus resultados con los datos que habían recogido y legalmente pedir prestado los datos de la mesa de al lado para poder terminar el trabajo. Esto significaba que estaban listos a las 4 p.m. y podían irse. A pesar de su habilidad para salirse del trabajo, se quejaban todo el tiempo y detestaban todo el trabajo de laboratorio. Ninguno quería ser el cirujano o hacer ninguna parte experimental. Cada uno quería hacer las notas o hacer las observaciones, pero estar lejos de cualquier tarea mecánica. Ellos eran todo mente y nada manos. Nosotros podíamos decir entonces que ellos tenían tendencias hacia la carrera psiquiátrica.

El grupo a nuestra izquierda era el polo opuesto al grupo de los futuros psiquiatras en cuanto a competencia mecánica. En ese momento pronto aun, uno diría que en ese grupo estaban destinados a ser cirujanos. El grupo constantemente peleaba acerca de sus roles. Había una conversación grosera y ruidosa acerca de quien haría las incisiones, quien haría las disecciones meticulosas, o a quien le tocaría hacer la mayoría de las preparaciones de rutina. Ellos realmente peleaban sobre quien haría el trabajo de servicio. Los trabajos eran asignados lanzando una moneda, y aun en ese caso se quejaban constantemente. A pesar de las peleas, eran trabajadores extraordinarios y diligentes con los experimentos, invariablemente producían los mejores y más limpios resultados experimentales. Ellos estaban orgullosos de cómo presentaban los resultados. El resto de

*NT: bolsa con máscara usada para la ventilación manual.

nosotros teníamos cuidado en nuestro trabajo, pero nuestros principales objetivos eran hacer las cosas y aprender de lo que enseñaba el experimento. Para ellos, el hacer el experimento era la cosa principal.

La fisiología...

Miastenia Gravis

5. Clases y demostraciones especiales.- Una serie de clases y demostraciones con el propósito de traer ante la audiencia, pacientes que ilustran enfermedades importantes e infrecuentes.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

En el primer año y medio de la escuela de medicina, todo está centrado en la ciencia. A medida que los cursos fueron pasando, nos volvimos más y más interesados en ver pacientes vivos. Recuerdo nuestra primera exposición a un paciente. En la mitad del tema de la fisiología del sistema nervioso al final del primer año, estábamos sentados esperando que apareciera el profesor, cuando las puertas del anfiteatro se abrieron y un ayudante empujó una silla de ruedas en la parte baja del teatro. Una mujer canosa que parecía estar en sus cincuenta estaba sentada y tirada hacia un lado en la silla de ruedas. Era la persona más lastimosa que yo había visto. Su boca estaba media abierta y su saliva escurría por un lado. Ella se esforzaba por mantener su cabeza derecha, sin lograrlo. Sus ojos estaban medios cerrados. Era obvio que la mujer estaba paralizada.

Entonces fuimos presentados al Dr. Sam Riven, miembro de la facultad en el área clínica y médico de la paciente. El Dr. Riven nos dijo que la mujer tenía *miastenia gravis*. Nosotros habíamos estado estudiando la placa neuromuscular y sus neurotransmisores. Las reacciones a la acetilcolina y la colinesterasa nos eran familiares, así

que estamos preparados para comprender algo de lo que vimos y oímos. El Dr. Riven nos dijo que la mujer había aceptado omitir una dosis de sus medicinas para que pudiéramos ver como lucía ella sin tratamiento. La paciente hizo un débil esfuerzo para sonreír con un ligerísimo movimiento de las comisuras labiales y un ronco sonido cuando ella trato de reír. Él le pidió que realizara varias tareas. Sostuvo su brazo y luego lo soltó. El brazo cayó en su regazo. Ella no podía mover sus brazos ni piernas, ni elevar la cabeza o abrir sus ojos. Ella podía tragar, pero no hablar, al menos en una voz que pudiéramos oír. El Dr. Riven acarició la cabeza de la paciente y la animó. Le pregunto si podía aguantar unos minutos más. Ella asintió con un movimiento apenas perceptible de la cabeza. Era más como elevar la cabeza un par de centímetros y luego dejarla caer sobre su pecho.

El Dr. Riven sacó de su maletín negro una jeringa llena. Sostuvo la jeringa hacia arriba y dejo salir de la aguja un pequeño chorro, limpió el brazo de la paciente e inyectó el líquido claro. Nos sentamos en completo silencio por unos minutos. Lentamente la mujer volvió a la vida. Al principio pudo abrir completamente sus ojos, luego pudo cerrar su boca, luego movió su cabeza a la posición erguida. Desapareció el balanceo de la cabeza, muy lentamente se acomodó en la silla de ruedas, Y luego como un milagro, se sentó derecha, se levantó, abrió sus brazos a cada lado e hizo una pequeña inclinación como para decir: “estoy aquí.” Aplaudimos y comenzamos a hablar entre nosotros.

Ella continuó para decirnos en clara y fuerte voz cómo el Dr. Riven hizo el diagnóstico un año atrás, y cómo su vida volvió a lo normal gracias al tratamiento con fisostigmina. Al comienzo de su enfermedad varios médicos dejaron escapar el diagnóstico. Ellos le dijeron que era una neurótica. La paciente dijo que siempre estaría agradecida al Dr. Riven y que estaba muy contenta de poder mostrarnos a nosotros, estudiantes de medicina, lo que era esta

enfermedad. Tal vez eso nos mantendría alejados de dejar sin diagnóstico a estos pacientes, como había ocurrido en su caso.

Me maravilló entonces y aun me maravilla que la ciencia hubiera identificado los detalles de la transmisión neuromuscular, aislado e identificado sus compuestos químicos, identificado la lesión bioquímica en la *miastenia gravis* y luego sintetizado una droga para contrarrestar el defecto bioquímico que produce los síntomas de la enfermedad.

Los cincuenta años que han pasado desde esta demostración en ningún modo han reducido su impacto sobre mí. En el momento que la paciente del Dr. Riven se levantó, supe que yo quería ser capaz de tener ese efecto sobre un paciente, ser capaz de hacer diagnósticos, tratar pacientes, y devolver una vida normal a los que han sido afectados. Ingenuamente pensé que todas las enfermedades podían ser como la *miastenia gravis*. Me imagine la medicina algo como encontrar la sustancia química o el elemento que hacía falta, administrarlo y curar el paciente. En algún modo pensé que todas las enfermedades y sus remedios serían justo como lo que acabamos de presenciar. Yo creía que la ciencia médica encontraría curas similares para cada enfermedad y que viviría lo suficiente para hacer toda clase de diagnósticos, dar una píldora o inyección y curar completamente a la gente. En ese momento veía la medicina sin limitaciones. Lo que no era curable entonces era sólo que no se había trabajado lo suficiente en investigación.

Yo he practicado y enseñado medicina por casi cincuenta años y no he hecho un diagnóstico de *miastenia gravis* en un solo paciente, aunque he buscado la enfermedad diligentemente. Aunque varias personas con la enfermedad han estado en mi consulta, no hice nunca el primer diagnóstico. Me tomó varios años entender que esta enfermedad no solo era muy rara, sino que habría muy pocas enfermedades tan claramente definidas o tan dramáticamente tratables, al menos durante mi existencia.

Y Ud. sabe, puede ser que todavía sea ingenuo, pero creo que la mujer que en 1952 volvió a la vida después de una inyección muestra el efecto que la medicina y el método científico tendrán finalmente sobre todas las enfermedades. Yo continuo teniendo completa reverencia por el poder del método científico. Éste puede que sea la hazaña más grande de la humanidad.

La medicina comunitaria...

La primera casa que atender

No se les da a los estudiantes calificaciones relativas a su rendimiento escolar. Pero a los estudiantes que fallen en dos de los principales cursos en cualquier momento durante su año escolar o fallen un segundo examen en un curso principal se les puede pedir que se retiren de la escuela. Así mismo, a los estudiantes que aunque no tengan ninguna falla reportada si su trabajo no ha sido satisfactorio se les puede pedir que se retiren

Los estudiantes recibirán una nota de servicio sobre la necesidad de hacer un mayor esfuerzo para llevar a cabo su trabajo en la Escuela, cada vez que el Comité de Promociones considere que su desempeño es de pobre calidad.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

El decano John Youmans introdujo un nuevo curso en el otoño del primer semestre de nuestro primer año. No estaba listado en el programa, simplemente apareció. Estábamos en el medio del curso de anatomía, histología, y comenzando neuroanatomía cuando el decano decidió que deberíamos ser introducidos, “tan temprano como sea posible, a la dinámica de familia.” Cada uno de nosotros fue asignado a una familia para seguirla durante los cuatro años de la escuela de medicina. Teníamos que hacer dos visitas cada semestre para ver a nuestras familias. Aunque la idea básica de humanizar la medicina era sólida y adelantada para las escuelas de medicina de esa época, el momento no pudo haber sido peor. “Medicina social y ambiental,” como la llamó el decano, comenzó justo después de Acción de

Gracias. Una vez a la semana pasábamos dos horas de un tiempo de estudio desesperadamente necesario con una de las cuatro trabajadoras sociales psiquiátricas asignado a cada grupo de 13 estudiantes de medicina. Las familias fueron presentadas y discutidas por el trabajador social. Durante este período, la psiquiatría freudiana estaba en el cenit en toda la América académica. No había otra escuela psicológica de pensamiento aceptada. Ninguna. No Carl Jung, Carl Rogers, no Alfred Adler, o cualquiera de los otros teóricos existentes de ese tiempo. Freud era el rey de la psiquiatría, un absoluto monarca, para no ser criticado. El trabajador social de nuestro grupo asociaba cada conducta en cada etapa de desarrollo con celos, inhibiciones o represiones sexuales. Cualquier valor perdurable que las teorías de Freud pudieran haber tenido en el resto del mundo era perdido para la mayoría de nuestra clase por las presentaciones dogmáticas de los trabajadores sociales. Al menos ese era el modo en que fuimos enseñados, o puede que ese haya sido el modo en que algunos de nosotros lo tomamos.

La trabajadora social que conducía nuestro grupo enfatizó que el entrenamiento precoz de los hábitos de ir al baño prevalecía como rey de todas las fuerzas formativas. Cada cosa en las conferencias era referida a la conducta retentiva anal del entrenamiento estricto para ir al baño, o a una estructura social flojamente organizada de un entrenamiento flojo para ir al baño. El complejo de Edipo era mencionado con cada historia familiar. Las frases favoritas eran “envidia del pene” para niñas pequeñas que se portaban mal, temor de “concepción oral” para cualquier problema de alimentación en una jovencita, y lujuria para cada padre, si bien sumergido y represado. El subconsciente era un lugar oscuro y no amigable, con neurosis escondida, esperando para aflorar en algún momento más tarde en algún lugar desconocido.

Si alguien retaba cualquiera de los conceptos freudianos, la respuesta estándar del trabajador social era, “Puedo ver que Ud. esta obviamente amenazado por esa idea. ¿Hay algo que Ud. nos quiera

decir?" Era un tapón de primer orden. Primero que todo, nosotros estábamos en el máximo de la producción de testosterona, encerrados en un laboratorio de anatomía, e incapaces de conseguir una cita por el olor a formol que destilábamos. Así que era altamente improbable que nosotros compartiéramos fantasías sexuales reprimidas con los trabajadores sociales de sexo femenino. No sucedió. Quizá el temor real era que si comenzábamos a hablar, revelaríamos todo, y algunas represiones escondidas saldrían, más allá de nuestro control para detenerlas. Todo esto fue bastante antes de la píldora anticonceptiva o de la así llamada revolución sexual. Sexo y cualquier discusión de ello estaba apenas emergiendo de la era victoriana, la cual había negado su existencia en cualquier conversación civilizada.

El trabajo del curso presumía que nosotros estábamos para hablar de esta terminología freudiana y usarla en nuestras entrevistas en las visitas a nuestra familia asignada. Luego de las entrevistas, teníamos que escribir detallados reportes de nuestras visitas. Para enero ninguno en mi grupo había hecho la primera visita domiciliaria. Estábamos casi como una clase en completa rebelión pasivo-agresiva. La mayoría de mis compañeros sentía lo mismo. Simplemente no teníamos el tiempo o inclinación para tomar el autobús al otro lado de la ciudad, visitar una familia que nunca habíamos conocido, entrevistarla usando herramientas que no entendíamos, y luego haciendo un largo reporte sobre un tema que no comprendíamos.

Mientras más tiempo pasaba sin que visitáramos la familia, más enojado se ponía el decano. Su enojo hizo su pico a fines de enero justo antes de que el semestre terminara. Fuimos llamados a una reunión especial. Era nuestra primera reunión con el decano desde el primer día en la escuela.

El decano John Youmans vino cojeando en muletas, su pierna derecha tenía un yeso hasta el muslo. Sabíamos que se había caído de su caballo en una cacería y se había fracturado la pierna. Al decano le gustaba el vino. Le gustaba la caza del zorro. Le gustaban los

caballos. Le gustaba saltar sobre ellos. Lo que se decía era que había bebido un poco temprano en su última cacería.

Ese día estaba furioso. Podíamos decirlo por las muecas que hacía cuando entró. Pequeña de por sí, su boca estaba como un pequeño agujero como de lápiz. Pronto aprendimos a juzgar su furia por el tamaño de su boca. Su cara estaba roja, y su pelo generalmente aplastado, estaba ligeramente despeinado. Las “cuatro brujas freudianas” el nombre que nuestro grupo le puso a las trabajadoras sociales, entraron al empinado anfiteatro. Ellas estaban igualmente descontentas con nuestro incumplimiento.

El decano cojeó hasta el podio en la tarima del anfiteatro. “Esta clase ha sido un problema desde el comienzo, primero que todo, Uds. no lo sabían, pero Uds. son la primera clase en ser entrevistada como parte de un proceso de selección. Los miembros del personal docente me dijeron que estaba cometiendo un error al hacer eso, y ahora estoy de acuerdo. Me han tomado el pelo y también me han reclamado y los han llamado a Uds., abro cita “la clase excelente en personalidad según las entrevistas (pero nada más que eso)” cierro cita. Pues bien sus temores estaban bien fundados. Continuó diciendo que no harían más entrevistas, y que nosotros éramos una desgracia para la escuela. Que nuestro rechazo a hacer lo que se había pedido en un curso no era aceptable. Y que a menos que cada uno de nosotros tuviera un reporte escrito en su escritorio para finales de enero de por lo menos una visita a los hogares asignados, el retiraría a toda la clase si era necesario. Estipuló que no era un requisito tener una cohorte del 55, y que él y la escuela justo saltarían un año de graduación sin lamentarlo. Estaba bastante enojado sin saber que más decir. Cuando terminó, salió cojeando, con las trabajadoras sociales de psiquiatría detrás de él.

Cuando nosotros salimos del anfiteatro, comencé a hacer planes para la ansiada visita a mi casa para ver a mi familia. Sabía que el decano hablaba en serio y que continuaría con su plan de expulsarnos de la escuela. Era conocido como un hombre de palabra, y que no

desperdiciaba ningún discurso. Llenos de miedo haríamos las visitas domiciliarias y escribiríamos los reportes.

Mi familia asignada vivía en el lado opuesto de donde quedaba la escuela de medicina. Haría un viaje largo en autobús al centro de la ciudad y luego dos transferencias para llegar a mi destino. Aparte de los estudiantes de la ciudad, sólo los veteranos casados y quizá un par de estudiantes más tenían carros. El resto de nosotros estábamos a pie. Ordinariamente, yo le habría pedido a Hank que me llevara, pero esta vez cada uno estaba frenético por hacer la visita, todos estábamos apurados. Teníamos sólo cinco días para hacer las visitas y escribir los reportes. Aparté una tarde para la visita. Una de las trabajadoras sociales me hizo la cita.

Las familias habían sido seleccionadas a través de la clínica ambulatoria obstétrica; así, las mujeres en esas familias estaban embarazadas y darían a luz en los próximos meses. Una idea detrás del programa era que nosotros siguiéramos una mujer durante su trabajo de parto y parto propiamente dicho, para ver el impacto de un nuevo niño en la dinámica familiar, y ver al niño a través de su primera infancia. En cierto nivel sabíamos que el curso tenía algún mérito, pero en otro nivel sabíamos que una F en medicina social y ambiental no sería tan mala como una F en anatomía, histología o neuroanatomía. Esta presunción, unida a la condescendiente actitud de las trabajadoras sociales, puso el sello de muerte en cualquier esperanza para el éxito del programa. A ellas no les gustaba nuestra clase, y a la mayoría de nosotros no nos gustaban ellas.

La primera parada del autobús me dejó en el centro de la ciudad. Estaba comenzando a sentirme con náuseas, dada mi predisposición a marearme en los viajes en carro. Si viajar en el asiento de atrás de un carro produce náusea, imagínese lo que un autobús echando humo me hizo. Al final del primer viaje, estaba casi en una náusea terminal. Dejé pasar otro autobús mientras me reponía sentado en la acera, tratando de no vomitar, sabiendo que no era posible hacer el viaje completo del último cambio de bus sin perder mi almuerzo. Me

aguante hasta que llegué a la parada final. Con mi boca llena de saliva caliente, y empapado de sudor, a Dios gracias logré salir del autobús tan pronto como la puerta se abrió. Estaba mojado, mareado y sintiendo que me desmayaría si no me recostaba. El aire frío de enero fue la única cosa que ayudó a recuperarme.

El autobús me dejó en una zona pobre de la ciudad. Las calles necesitaban pavimento, y los hombrillos de las carreteras terminaban en surcos que se borraban. Las pequeñas zanjas terminaban en las cunetas a lo largo de las calles. Había dos carros sobre bloques de concreto en un lote vacío de la esquina con una maleza seca y alta. Un autobús escolar viejo oxidado con todas las ventanas rotas estaba sobre sus ejes en la parte de atrás del lote vacío. Me subí en ese bus y vi mi triste figura en el espejo roto. Mi pelo estaba húmedo con sudor. Mi color era gris pálido, con mis labios perdidos en mi cara. Me senté en el asiento delantero del bus, exhausto, sudoroso y todavía con náuseas. Afortunadamente el mareo pasó una vez que el movimiento cesó, y después de unos minutos me recuperé. El aire frío terminó su trabajo, y en menos de media hora, estaba seco, me puse mi chaqueta y corbata, y estaba de pie y caminando hacia la casa de mi familia unas pocas cuadras adelante.

Un momento después toqué la puerta y una niña pequeña contestó. Cuando ella abrió, una ola de aire caliente me barrió. La temperatura dentro debió ser más de ochenta grados. La madre rápidamente apareció con la hija al lado. Ambas estaban sudando del calor, y ambas se veían cansadas. La madre estaba embarazada. El olor de ropa lavada mojada, plancha y calentador de gas llenaba el ambiente.

“Ud. debe ser uno de esos doctores de Vanderbilt,” dijo ella, secando sus manos en el delantal. “La trabajadora social me dijo que Ud. vendría. Entre.”

La casa realmente pequeña, pero muy arregladita. Me pregunté si la madre tendría alguna enfermedad que requería una temperatura tan alta, pero no continúe con la idea. La madre tomó la silla frente a mí,

y su pequeña se escondió detrás. El recibo también servía de comedor. Había un sofá, dos sillas y una mesa redonda en una esquina. Las paredes eran de madera pintada. El único cuadro era una fotografía de un hombre en uniforme de la II Guerra Mundial.

Sonreí y agradecí por dejarme entrar. Luego la habitación quedó en silencio. No podía pensar en nada que decir. Ahora que miro hacia atrás, había alguna suerte de abismo cultural que no podía saltar. La mujer no dijo nada. La niña no dijo nada. Yo no dije nada. Nos sentamos y nos miramos unos a otros. Podía oír una tetera en algún lado en la parte posterior de la casa haciendo un sonido agudo. Podía oír el tic-tac del reloj en la pared. Mi ansiedad finalmente me consumió. Dije algo insulso como “Creo que Ud. va a la consulta ambulatoria.”

La madre dijo, “Sí.” Nada más. Ninguna expansión de la idea. Tratar de hablar con ella era como hablar al viento. Nada regresaba. Cada vez que pensaba en algo para preguntar, lo que lograba en respuesta era un monosílabo. Y luego silencio, excepto por los sonidos de la casa. Yo podía oír el calentador de gas abierto en frente de la chimenea haciendo un silbido.

Me estaba volviendo más ansioso. Andaba a tientas por ahora y lejos de lograr el coraje para preguntar acerca del entrenamiento del baño o el destete, temas que nos habían dicho que debíamos explorar. De alguna manera yo tenía que traer a colación esos temas. “Su hija se ve saludable” dije. Así pensé que esa apertura me llevaría hasta tener el coraje de preguntar sobre el entrenamiento de los hábitos intestinales. Pero no me sirvió.

“Bueno, ella no lo está” dijo la madre, aun mirándome.

“Oh, ¿cuál es el problema?” pregunté, sintiendo otra apertura.

“Ud. no es un doctor verdadero, ¿no es cierto?” dijo la madre. Y luego una larga pausa. “Nancy agarró el asma. Ella tenía el asma muy mala hasta que nosotros le compramos a Twitty.”

A ese punto, Nancy se acercó al borde de la silla y sostuvo un pequeño bolso hacia a mí. “Muéstrale a Twitty, Nancy. Muéstraselo a él,” dijo la madre, empujando a Nancy hacia mí.

Miré dentro del bolso abierto, y allí estaba un periquito sucio mirándome y sacudiendo su cabeza de un lado a otro. El no hizo ningún esfuerzo para escapar. El pájaro parecía como salido de un baño. Con las plumas húmedas y pegadas. Nancy entonces me habló de su mascota, cómo la bañaba cada día en el tanque de la cocina. Desde que ella tenía el pájaro, su asma desapareció. Al menos eso es en lo que la madre insistió.

No sabía nada de asma y nada acerca de pájaros que curen el asma o nada acerca de nada de lo que ellas hablaron. Me sentí estúpido y fuera de lugar. Todo lo que quería era salir de allí. Cada intento de hacer una conversación inteligente falló. Cada pregunta que ellas hicieron, no pude responder honestamente. Cada pregunta que hice provocó sólo respuestas de una palabra. Me sentía inútil. Pero, la madre sabía que yo era inútil. ¿Les diría ella a las trabajadoras sociales, y ellas correrían a decirle al decano, y él me llamaría y me despediría de la escuela de medicina? ¿Qué escribiría en mi reporte?

Después de pocos minutos de silencio y respuestas cortas, dije que tenía que irme. La madre dijo adiós. Y cuando miré atrás hacia la casa, Nancy estaba diciendo adiós con sus manos. Yo no hice nada. ¿Qué era lo que se suponía tenía que hacer? No estuve cerca de llegar a preguntar sobre el entrenamiento de baño o el destete. Todo lo que hice fue tener miedo del viaje en autobús de regreso al hospital. De algún modo logré volver sin vomitar. El viaje entero duró cuatro horas. Estaba derrotado.

El escrito que envié detallaba la historia de mi estado nauseoso por el movimiento, el periquito mojado, y la milagrosa remisión del asma de la niña. Durante mi visita, me olvidé completamente preguntar acerca del esposo y padre. Yo asumí que el de la foto era el esposo, así que no mencioné nada acerca de militares. Mi reporte

altamente pulido no capturó la completa verdad de esta lúgubre experiencia. Yo busqué literatura para mi informe, y me preparé considerablemente. Pasé algún tiempo investigando sobre las condiciones socioeconómicas de la vecindad. Mencioné mi preocupación por la fiebre del loro (psitacosis), habiendo descubierto que la familia de aves que incluía los periquitos podía transmitir un tipo especial de neumonía. Pensé que eso añadía un poquito de carácter científico al reporte. Las trabajadoras sociales no creyeron eso, y me empequeñecieron por no recurrir a las máximas freudianas.

Nunca volví a ver a mi familia asignada. Continuamos los encuentros con las trabajadoras sociales cada dos semanas por otro mes más. Y luego, como un milagro, el curso se desvaneció. Sin anuncio, simplemente fue cancelado. Pensamos que los profesores de ciencias básicas decidieron que el curso estaba demasiado entrometido en la ciencia “verdadera” la cual deberíamos estar aprendiendo. Supe años después que el curso resurgió en 1955. Bien planificado y mejor diseñado, el curso habría sido una excelente idea. El decano Youmans y Vanderbilt estaban muy adelantados a los tiempos con la idea de una educación médica humanista, un tópico de mucha discusión unos pocos años después. La idea de seguir por cuatro años el desarrollo en una familia era sólida. Pero, desafortunadamente, la instrucción era exclusivamente freudiana y fuera de lugar en el medio del primer semestre del primer año. En cualquier caso, nuestra agresión pasiva ganó. Wally, al oír nuestras historias, dijo que todos éramos retenedores anales.

Ninguno en mi grupo tuvo una buena experiencia con la visita. La única cosa buena acerca de todo el asunto era que ahora era pasado.

Por el resto del semestre, regresamos a poner todo el esfuerzo en anatomía, histología, y las restantes partes de cabeza y cuello. Las ciencias duras triunfaron sobre las suaves teorías de la psique.

El primer trabajo: la investigación...

Estudios en contraste y separación

Cursos electivos especiales.- Un número limitado de estudiantes... puede ser aceptado cada trimestre para un trabajo electivo especial en los diversos laboratorios de los departamentos.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Decidí permanecer en Nashville durante el verano al terminar mi primer año. Tuve un ofrecimiento interesante para trabajar como asistente de investigación en el *Veterans Administration Hospital* operando perros para probar unas drogas con acción sobre el corazón. Hank había arreglado esto para los dos. John, otro compañero, también estaría trabajando con nosotros. Yo recibiría una paga suficiente para vivir si continuaba en mi cuarto de la residencia Phi Chi. Jean se había encargado como administrador de la casa y estaba trabajando como consejero y chofer de bus para un campamento de niños. Oscar se había ido a su granja en Arkansas por el verano. Otros compañeros también estaban tomando trabajos de verano como estos cursos electivos, así que yo busqué la camaradería además del chance de probar de cerca el trabajo de investigación.

A fin de mantener la casa Phi Chi abierta por el verano, Jean había hecho un negocio, alquilar la casa entera excepto nuestros cuartos, a un grupo de entrenadores de bachillerato que venían cada verano a asistir al *Peabody College*. En tres veranos ellos obtendrían una maestría en educación física. Como uno de ellos dijo,

“Demonios, estoy lejos de la vieja todo el verano, obtendré aumento de sueldo cuando tenga mi grado. ¿Qué más podría pedir?” Iba a ser un verano de contrastes.

A pesar de venir de diferentes liceos distribuidos en el sureste, los entrenadores parecían conocerse muy bien. La mayoría de ellos había asistido a *Peabody* por uno o dos veranos anteriormente, y bajo el liderazgo de “veteranos” se instalaron en sus nuevos ambientes. En el primer día “la cabeza de playa” fue establecida como en los desembarcos militares. Ellos habían arreglado un área para el bar y habían empujado todos los muebles para hacer sitio para bailar. Uno de los hombres instaló un tocadiscos y parlantes en el pasillo, e hicieron algunos esfuerzos para limpiar el primer piso. Para el segundo día, ya el lugar parecía un pequeño club nocturno. Para la tercera noche, cualquiera que quisiera parranda y bebida podía unírseles. Las fiestas comenzaron y continuaron todas las noches durante casi todo el verano.

Todos los días Hank me recogía en el frente de la residencia Phi Chi en su Chevy 1941, y nos dirigíamos hasta el *VA Hospital*. El carro estaba en sus últimas, y le tomaba a Hank horas cada semana para mantenerlo andando. Primero era el carburador, luego el silenciador, luego el radiador, y finalmente los pistones. Hank lo relacionaba todo a la práctica médica. Pensaba en el carburador como el corazón y en la gasolina como la sangre. Él hablaba de cirugía mayor, cuidado crítico, estar en el cuarto de recuperación. Pero no aceptaría mi sugerencia de que el carro estaba en estado terminal. Decía que era sólo insuficiencia cardíaca congestiva leve.

El carro estaba oxidado. La tela del interior del techo estaba parcialmente desgarrada, mostrando el metal del techo. Los asientos delanteros estaban destrozados por algún previo propietario obeso, así que me senté en el asiento delantero que se inclinaba hacia atrás y a la derecha. El asiento de atrás no existía. Hank usaba ese espacio para llevar dos neumáticos extras (tenía en promedio un neumático desinflado cada dos semanas). El carro sonaba constantemente, y

emitía nubes de humo negro. Habiendo perdido su silenciador hace mucho, podía oír venir a Hank desde una cuadra antes. Y también los entrenadores, para quienes el decrepito vehículo era una fuente sostenida de diversión. Ellos ofrecieron comprárselo a Hank por cinco dólares, o tirarlo en la basura si él les pagaba.

Pero si la condición del carro era terminal o leve, un transporte en carro era mejor que un viaje en autobús de cuarenta y cinco minutos haciendo transferencia. Con mi experiencia en el bus durante la reciente debacle de la visita a mi familia asignada todavía vívida en mi memoria, cualquier alternativa era preferible.

El *Thayer VA Hospital* estaba fuera de la ciudad, aproximadamente a doce kilómetros del centro. El hospital había sido construido pocos años antes para recibir y tratar los heridos que regresaban de la Segunda Guerra Mundial. En su pináculo, el censo podría ser expandido a más de dos mil camas. Miles de militares que regresaban habían sido tratados en el hospital hasta que terminó su uso como hospital militar en 1946, cuando fue convertido en el *Veterans Hospital*.

El enorme complejo estaba en el medio de una gran área de pastoreo con nada cerca, excepto una cancha de golf pública que estaba en un extremo de la propiedad. A lo largo del otro lado del campo había filas de barracas de madera donde algunos de los estudiantes de medicina, veteranos casados y médicos de planta podían obtener casas a bajo costo. Para mí esas barracas cumplieron una función adicional. Ellas reafirmaron mi decisión de permanecer soltero, al menos durante la escuela de medicina. Una buena mirada a esas barracas fue suficiente. Parecían como la parte de atrás de un barrio pobre. La lavandería estaba entre una unidad y otra. Unas pocas bicicletas yacían aquí y allá. Entre dos barracas, alguien había puesto juntas unas sillas playeras y una mesa con una sombrilla. Era una vista deprimente.

Calle abajo en una esquina de una gran propiedad estaba un cine al aire libre para veteranos. Una piscina exterior para los pacientes y

familias estaba entre el teatro y las barracas de los estudiantes al frente del campo explayado. Era un club campestre no exclusivo con un presupuesto estrecho.

El hospital propiamente dicho tenía cinco corredores largos de unos ochocientos metros conectados por pasajes cerrados. A lo largo de los corredores estaban conectadas cada cincuenta metros más o menos las barracas de madera. Cada una servía como una sala que podía alojar hasta cuarenta pacientes. Estaba diseñado como los hospitales originales del ejército desde los 1800, con la teoría de que si un brote de epidemia surgía en una barraca, Ud. simplemente podía quemarla y contener el contagio. También, si el fuego surgía, Ud. perdería solo una unidad y evitaría rápidamente la difusión del fuego.

Nos llevaba cerca de quince minutos caminar desde el laboratorio de los perros en una esquina del hospital hasta el desordenado pasillo de la esquina opuesta. Era un viaje que teníamos que hacer diariamente a mediodía. El almuerzo gratis era el otro atractivo de este trabajo de verano. La mayor parte del tiempo Hank y yo estábamos sin un centavo. Así que la comida gratis era siempre bienvenida.

Caminábamos todos los días por los corredores que ondulaban y seguían las suaves elevaciones y caídas del terreno. Apenas alcanzábamos a ver el final de los pasillos cuando desaparecían en pequeños puntos en la distancia. A todo lo largo, puertas dobles opuestas a cada sala, se abrían directamente al exterior. Los veteranos pululaban alrededor de cada salida. Estaban sentados, parados o reunidos en pequeños grupos hablando en tono bajo y fumando. Los cigarrillos eran a diez centavos el paquete, y la cantina tenía todas las marcas. Además, las mujeres voluntarias traían cigarrillos a las salas con revistas y caramelos. Fumar era casi universal entre los veteranos. La asociación de fumar con la enfermedad pulmonar no había sido establecida todavía.

Todos los pacientes llevaban uniformes arrugados y desteñidos que consistían en camisetitas blancas, chaquetas verde oscuro abiertas

al frente y pantalones que parecían pijamas con un cordón para atar. Me recordaban las fotografías de prisioneros de guerra japoneses, quienes siempre parecían estar en pijamas.

La ocupación del hospital en cualquier momento era de aproximadamente ochocientos pacientes, que en su mayoría podía deambular. Ellos estaban allí para hacerse algunos exámenes, o para recuperarse de algún procedimiento o para cirugía electiva. Los que esperaban por exámenes a menudo tenían que esperar una semana o dos para que les hagan las radiografías o los procedimientos especiales pedidos. La duración de la estadía no preocupaba a nadie, pacientes o doctores. Los pacientes se sentaban alrededor de la cantina, o estaban alrededor de la piscina. El complejo con su población en movimiento lento, toda vestida igual, era como una gran prisión de mínima seguridad, con cada uno en el sistema de honor.

Cotidianamente, Hank, John y yo preparábamos en el laboratorio los experimentos del día. Ya que éramos tres haciendo los experimentos animales, uno de nosotros actuaba como anestesiólogo, otro como cirujano y el tercero era un enfermero de servicio que limpiaba todo. Estábamos probando cuáles drogas y cuáles dosis prevendrían la fibrilación auricular en perros. El procedimiento consistía en la infusión de una de las drogas seleccionadas seguida de la inducción de fibrilación al ocluir la arteria coronaria izquierda durante treinta minutos y luego liberarla. Bajo esas condiciones, un número predecible de perros *fibrilaría*. Era un trabajo fascinante, y nosotros aprendíamos acerca del diseño experimental, las dificultades con la reproducibilidad de los experimentos, y los análisis estadísticos apropiados para el método experimental de probar drogas.

El Dr. George Meneely dirigía el laboratorio de investigación. Además de nuestra investigación, había otros grupos trabajando en un corazón artificial y una máquina pulmonar, otros midiendo los efectos en ratas de dietas con alto contenido de sodio, y otros intentando definir los requerimientos de vitaminas en humanos. Era realmente un grupo variado y reflejaba los intereses de largo alcance de Meneely.

Decir que el Dr. Meneely era un hombre corpulento no era suficiente, era enorme, masivo, gigante como *Gargantúa*. Alto, medía casi dos metros, y encima de eso pesaba más de ciento cincuenta kilos. Algunos hombres gordos llevan sus pantalones por debajo de sus abdómenes, y algunos los llevan por encima, pero Meneely los llevaba directamente sobre el diámetro mayor de su inmensa barriga. Su cintura debe haber tenido más metro y medio.

Tres tardes por semana, el Dr. Meneely nos llevaba a Hank, John y a mí para oír su clase en el auditorio al final del pasillo del laboratorio. La escena tenía un carácter surrealista. El auditorio podía albergar más de trescientas personas, pero allí estábamos sólo nosotros tres. El primer día pensamos que era un poco temprano para la clase. Pronto descubrimos que éramos su única audiencia, y que lo seríamos por el resto del verano. Por qué escogía dar la clase en el auditorio grande y caliente en lugar de la sala de conferencias es aun un misterio. El estrado estaba equipado para una presentación teatral completa, con pesadas cortinas, luces y toda la parafernalia de un teatro.

Todo era realmente formal. Nos sentábamos allá esperando que llegara el Dr. Meneely. Generalmente unos pocos minutos después de la una de la tarde, bajaba rápidamente por el pasillo central, entraba por una puerta lateral que llevaba al estrado y se sentaba en una silla detrás del podio por unos pocos momentos, sin decir nada. Después de una pausa, se levantaba, aclaraba su garganta, y se subía en el podio. Habría hecho lo mismo con el auditorio lleno.

Meneely se paraba como a un metro sobre el nivel del piso. Los tres estábamos sentados en las sillas en la primera fila frente a él. A fin de ver al Dr. Meneely teníamos que estirarnos hacia atrás y poner las cabezas en los espaldares de las sillas dobladas. Esta vista alargaba a Meneely como un Buda gigante flotando sobre nosotros. Esto me recordaba a Orson Welles en su peso más extremo. La posición de Meneely directamente sobre nosotros hacía que

deslizáramos nuestros cuerpos en una posición casi supina en nuestras sillas.

Meneely aclaró su garganta y comenzó. “Bienvenidos al programa de estadística de este verano. Aquellos de Uds. por primera vez entre nosotros necesitarán conocer un poco acerca del contenido del nuestro curso.” Meneely continuó hablando del cronograma de clases, y algunas fechas en las que no estaría en la ciudad y siguió, “Aaah, unos pocos detalles de mantenimiento antes de entrar en la agenda del material de esta tarde. Espero el cien por cien de asistencia a estas clases. Uds. encontrarán el material a veces difícil y a veces más allá de lo que Uds. puedan entender. De tiempo en tiempo, yo haré preguntas, pero para mejor desenvolvimiento de la clase pediré que la audiencia guarde las preguntas para más tarde a fin de que otros puedan seguir el flujo de mis conceptos sin interrupción...” Leyó sus notas y no se desvió ni una palabra. Esto continuó tres tardes por semana, siempre inmediatamente luego del almuerzo. Estar despierto era una batalla constante.

Hubo un día memorable a finales de junio. Como era costumbre, los ojos de Meneely estaban fijos en el techo. Él estaba ido, inconsciente a la presencia de cualquiera. De pronto, estaba perdido en estadísticas, cifras, desviaciones del promedio, coeficientes de variación, suma de cuadrados de las diferencias del promedio... y luego los sonidos comenzaron a desvanecerse. Los sonidos iban dentro y fuera de mi mente y resonaban con los enormes ventiladores de ventana haciendo su esfuerzo inútil de remover el aire del auditorio no usado y no ventilado. Los sonidos se mezclaron en un sonoro *jum* y combinado con mi estómago lleno para formar un sedante desconocido. Un gran sentido de relajación y una necesidad por sueño profundo superó mi débil esfuerzo por permanecer despierto. Me sentí como que había sido premedicado para una cirugía. Los sonidos amortiguados, el *jum* y *dron* finalmente tomaron control y me dormí.

Repentinamente un fuerte *bang* me llevó a una conciencia completa. Tomo unos pocos momentos saber que pasaba. Hank, dormido hacía rato, se había resbalado de su silla. La silla de metal plegada había colapsado y caído hacia atrás, haciendo un sonoro ruido. Hank estaba en el piso. Daba pena. Apenas emergiendo del coma, parecía como alguien que acaba de recibir tratamiento con electrochoque. Tenía su cara contra el piso, sus ojos estaban enrojecidos, su pelo desordenado. Estaba mojado en sudor de sueño. John y yo no mucho mejor, retiramos la silla hacia atrás y luego ayudamos a Hank a regresar a la posición sentada. Todo el tiempo, estábamos mirando al estrado para ver si Meneely lo había notado. EL Dr. Meneely hizo una pausa breve, nos miró por encima del marco de sus lentes de lectura, y sin decir nada volvió a la clase. Nunca nos mencionó el episodio.

Tres días a la semana, luego del almuerzo, sufrimos estas clases de una hora. Obviamente estaba usando las notas de algún curso al que había enseñado previa y frecuentemente, y que tenía una mejor asistencia. Cada día teníamos que pelear la batalla para estar despiertos. Y cada día uno o más de nosotros nos dormíamos, sin importar cuanto nos esforzáramos por estar despiertos.

Como acumulábamos más y más *data* de los experimentos, pasábamos más tiempo en la oficina del Dr. Meneely para revisar los resultados. Estos fueron días antes de los computadores, así que teníamos que hacer todos nuestros cálculos a mano, o con una sumadora mecánica. Era aritmética lenta y tediosa. Pero Meneely personalmente nos dirigía en todos los cálculos. Las bromas, los comentarios al margen y las interrupciones del teléfono hicieron la experiencia deliciosa. Yo llegué a disfrutar completamente de la compañía de Meneely.

George Meneely tenía un carácter maravilloso. Cuando no estaba parado en un podio durante la muy formal y extraña presentación en el teatro, estaba lleno de historias, había viajado mucho, sirviendo en muchas comisiones internacionales de investigación. Parecía conocer

a todos en la medicina académica, y no vacilaría en agarrar el teléfono y llamarlos. Una vez entramos en discusión acerca de la angina de Prinzmetal, un peculiar grupo de hallazgos en el ECG asociados con dolor de pecho anginoso. Meneely llamó a Con, su ayudante. “Con, ponga a Prinzmetal al teléfono.” En un momento, Meneely estaba en el teléfono.

“Myron, George Meneely al teléfono. Bien... si... no... si... no en Chicago, OK.” Continuó por algún tiempo discutiendo sobre un próximo congreso.

“Dime Myron, cuando el segmento ST esta elevado solamente en las derivaciones precordiales sin recíproco descenso en la derivaciones de los miembros, ¿qué piensas de ese hallazgo?” Continuó en considerables detalles en sus preguntas, perdiéndome en las complejidades. Luego colgó. La información fue condensada y presentada a nosotros, directa de la boca del mismo Myron Prinzmetal. Era como pensar que había llamado a Pasteur o Lister o aun a Osler. Aquí estábamos en la parte de atrás de un VA hospital escuchando a Meneely hablar con las grandes mentes médicas del momento. Hizo esto con otras luminarias médicas, impresionándonos con cada llamada o cada cuento o historia de algún paciente que había visto.

Una vez estuvimos discutiendo el trabajo del día en su oficina, y Meneely estaba jugando con un pequeño vidrio pasándolo de una mano a otra. Le pregunté que qué era. Sin hacer pausa, contestó de la manera más informal, “Ventosas, el médico personal del Rey Farouk me las dio.” Continuó con lo que habíamos estado hablando como que esto último fuera un trivial comentario. Farouk acababa de ser coronado rey de Egipto y la noticia había causado gran revuelo.

No podía dejar pasar esto y dejar de preguntarle acerca de las ventosas de vidrio. “Estas ventosas de vidrio fueron usadas por los médicos de la antigüedad. Todavía lo usan en Egipto. Ali Hamid Cussef, el médico personal del rey Farouk, me dio estos y me dijo que las usa con frecuencia para bajarle la fiebre al rey. Aves extrañas,

estos médicos egipcios.” Describió como estas copas huecas son primero calentadas y luego sostenidas firmemente contra la piel. El aire caliente se contrae cuando se enfría, succionando la piel dentro de la copa. Era uno de los muchos falsos caminos que la medicina había tomado a través de siglos. Aparentemente, aun estaba en práctica en Egipto.

Dos veces cuando el carro de Hank no pudo funcionar, Meneely nos llevó a casa. Manejaba un pequeño carro importado. Apenas pude entrar con él en el asiento delantero. Hank y John se sentaron atrás. Meneely hablaba incesantemente, una historia tras de otra yendo de la práctica médica extranjera, al remolino social de Nashville, a los hábitos alimentarios de los habitantes de Guam, a la electrofisiología, y más a menudo, a su tema favorito, “el potasio del cuerpo.”* Años más tarde construyó y operó el primer contador de radiación para todo el cuerpo. Hizo algunos de los primeros experimentos contando la cantidad que ocurre naturalmente en el potasio radioactivo y calculando la cantidad en todo el cuerpo. Meneely hubiera sido un científico maravilloso del siglo diecisiete. El estaba maravillado por la biología y amaba las invenciones. Sus intereses no tenían ataduras, y su laboratorio reflejaba sus amplios intereses.

La vida que incluía los entrenadores en la residencia Phi Chi estaba en agudo contraste con mi vida durante el día en el laboratorio de investigación de Meneely. Los entrenadores tenían interés solamente en tres cosas: deportes, cerveza y mujeres.

Ese verano rompió todos los récords de calor, y por varias semanas la temperatura pasó los treinta y ocho grados. No había aire acondicionado, solo ventiladores. Jean y yo regaríamos los lados de la casa con la esperanza que la evaporación pudiera enfriar el interior un poco. No pude ver mucha diferencia. En la tarde cuando regresaba con Hank, los entrenadores, estaban juntos en el porche tomando

* NT: El Dr. G. Meneely publicó decenas de artículos sobre los electrolitos sodio y potasio y las afecciones cardiovasculares.

cerveza. Con el calor tan intenso, se habían sacado la mayor parte de sus ropas.

Jack, claramente el auto-nombrado líder estaba en calzoncillos, con medias de seda hasta la mitad de la pierna, y zapatos de dos colores marrón y blanco. Estaría en el borde de concreto del porche, cerveza en mano, saludando a los carros que pasaban por la calle cercana. Para cuando yo llegaba a la casa al final de la tarde, Jack y su grupo de entrenadores estaban borrachos. Ellos estarían completamente borrachos a la hora de ir a la cama. Jack, quien tenía una tremenda capacidad para beber en exceso, regresaría de la cena y seguiría tomando y la mayoría de las noches aparecería con diferentes mujeres. El tocadiscos estaría sonando ruidosamente con uno de los nuevos discos de Johnny Ray.* Era como vivir en los altos de un club nocturno de mala muerte.

Jack saludaba cuando caminaba por la acera aproximándome a la casa. “Oye, Doc, ¿hiciste algunos descubrimientos hoy?” Yo había cometido el error de hablarles acerca de mi trabajo de investigación en el verano. Deseaba no haberlo mencionado nunca. Jack se volvió hacia el grupo que formaba su audiencia diaria.

“El Doc, aquí, está haciendo investigación sobre el cáncer, Uds. saben, van a encontrar una cura para eso. Matando perros. Qué cosa. Cuéntales a ellos acerca de tu trabajo. Como me dijiste a mí.” Era obvio que estaba buscando hacerlos reír y burlarse de mí. Yo farfalle algo y estuve con los entrenadores por un rato. Nunca sabía que hacer, sentía mi cara calentarse y enrojecer. La mayoría de las veces yo forzaba una sonrisa y no decía nada.

“Diablos, yo entreno pelota todo el año. Enseño un poco de física y cívica en mi pueblo.” Dijo Jack un día. Tenía una manera curiosamente refinada de sostener su meñique fuera de la lata de cerveza cuando tomaba un sorbo. Se subía un poco sus shorts,

* NT: Famoso baladista de la década del cincuenta.

estiraba una pierna para ayudarse en el ajuste y se rascaba. Todos los entrenadores tenían casos fulminantes de prurito en esa zona.

Jack continuaba. “Otro verano más y obtendré mi grado de maestría y ochocientos más al año. No es nada malo vivir aquí tampoco. Hay un gran grupo aquí.” y señaló al grupo de entrenadores. “Lejos de la vieja todo el verano, no esta nada mal.”

Cualquier cosa era buena para reírse. Uno de los entrenadores daría vueltas alrededor y gritaría “uaaa” cada vez que Jack dijera algo gracioso. Otro levantaría su lata de cerveza para brindar por Jack cuando él se reía.

Jack seguía, “Doc, lo lograste. Unos pocos años más y tendrás la licencia para robar.” El grupo se reía de nuevo y miraba al piso. Ellos movían sus cabezas de incredulidad. Algunas veces Jack era demasiado para ellos. No siendo fácil la dirección que tomaba la conversación, yo trataba de cambiar de tema. “¿Qué cursos están tomando Uds.?” preguntaba.

Jack en cuclillas, hacía unas pocas flexiones de rodilla y rotaba una pierna hacia fuera al lado para acomodarse sus pantalones cortos. Parecía un *quarterback* quien no podía decidir si pasaba o corría. Cualquier pregunta tomaba mucho de preparación física y un sorbo o dos de cerveza. Jack de pie derecho, sosteniendo sus manos sobre las caderas, y daba la cara hacia la calle y la vecindad. El grupo esperaba pacientemente, Yo podía imaginarme a Jack en el vestuario a la mitad del partido. Apuesto que estaría enfurecido, especialmente si su equipo estaba perdiendo.

“Doc, voy a ser directo contigo. Yo tomo lo mínimo necesario en la escuela y tanto como puedo en la noche.” El grupo rugía de aprobación. Cuando sus risas se aplacaban, se ponían de pie, caminaban alrededor en pequeños círculos, movían sus cabezas, miraban a Jack, reían nuevamente, y finalmente se sentaban de nuevo en el porche. Las cosas que decía Jack traían consigo la misma actividad ritual en los otros entrenadores. Ellos me recordaban a los perros caminando en pequeños círculos antes de acostarse.

Con la más ligera pausa en la conversación, me iba rápidamente arriba a mi cuarto. Era casi siempre lo mismo cada tarde, excepto los fines de semana, cuando los entrenadores se iban a sus casas.

Había un amplio abismo entre los entrenadores y yo. La mayor parte del tiempo ellos me dejaban incomodo o apenado. Pero en otra forma, yo disfrutaba su humor y aun envidiaba su estilo de vida libre. Era ciertamente un agudo contraste con mi vida en la escuela de medicina. No había ninguno completamente honesto y correcto en el grupo y no pretendían ser otra cosa sino lo que eran. Sin importar si ellos fueran buenos o malos como entrenadores, hubiera sido interesante verlos en la clase de física o cívica.

El verano con los entrenadores fue mi primer encuentro con sentimientos de distanciamiento. El primer año en la escuela de medicina nos había sacado completamente a todos los estudiantes del mundo alrededor de nosotros. La distancia a la que nos habíamos movido era en parte responsable por esos sentimientos. Yo había estado alrededor de los entrenadores. Estaba físicamente allí. Escuchando y aun riendo de su humor crudo, pero al mismo tiempo yo estaba despegado a alguna distancia. Los caminos que estábamos tomando divergían. Hay una clase de despego que es esencial para la práctica de la medicina. Y yo ya estaba experimentando las fases tempranas de esa separación. La separación emocional crucial de un médico es una razón por la que no es sabio para los médicos tratar a los amigos cercanos y a la familia. No me di cuenta de eso en esa época, pero pronto comprendería que los médicos son puestos en una posición aparte del resto del mundo por la gente de ese otro mundo. Es como si los médicos deben de algún modo ponerse a un lado, y nunca estar completamente en la otra parte. Ese verano experimenté con los entrenadores esos sentimientos por primera vez.

Un día al final del verano, los entrenadores metieron sus cosas en los carros y se fueron despidiéndose gritándose unos a otros, y diciéndonos a Jean y a mí, adiós con las manos. Nos quedamos de pie en el porche retornándonos los saludos. Jean dijo, “Bueno al menos

ellos pagaron la renta por el verano, y por otro lado nosotros hicimos un poquito por la casa.”

El verano terminó. El ligero tono sepia en los árboles, que indicaba la llegada de la temporada de fútbol, me decía que el segundo año de la escuela de medicina iba pronto a comenzar. Era una sensación agradable y yo estaba listo.

La anatomía patológica...

Un cirujano en traje de patólogo

21. Patología general y especial.- Diversas fases de la patología general y especial se presentan en clases, demostraciones, discusiones, y trabajo de laboratorio. Tanto las lesiones macro y microscópicas de diversas enfermedades son estudiadas y correlacionadas. La clase asiste y puede ayudar en los exámenes post-mortem realizados durante el año.

Diecisiete horas de clases y trabajo de laboratorio por semana durante el primer trimestre y quince horas de clases y trabajo de laboratorio durante el segundo trimestre del segundo año.

*Programa 1952-1953
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Los suaves vientos fríos del inicio del otoño alternaron con el aire caliente residual del verano. Era un tiempo de transición. Nos moveríamos del mundo de lo normal al mundo de lo anormal. La patología era el principal curso del segundo año, y el Dr. John Shapiro era su maestro absoluto.

Después de nuestro verano con los entrenadores, Jean y yo estuvimos encantados de tener el viejo grupo de nuevo. Wally, regresó de su verano en una reservación india, estaba entrando a su tercer año, y trajo consigo el valor de los consejos y advertencias de otro año. Oscar había regresado del verano en su granja en Arkansas. Jean había dirigido un campamento de niños a lo largo del verano. Hank, John y yo terminamos los experimentos con drogas en el hospital de veteranos, y saldría una publicación de ese trabajo. Era la primera cena de viernes por la noche del nuevo semestre en la

residencia Phi Chi. Todos los que vivían allí estábamos juntos más dos nuevos estudiantes. Era tiempo para recordar los espíritus de los ausentes.

Primero vino la madre de Oscar, ratificando su presencia en una forma fina en su carta semanal, luego de la ausencia en el verano.

Querido Oscar,

Espero que hayas recibido las galletas que envié. Dile a Wally que puede tomar sólo dos. Y dile a Jean y a Clifton que yo quiero que ellos también tomen algunas galletas.

Estoy contenta que hayas terminado todo eso de cortar cuerpos. Espero que no tengas que hacerlo de nuevo. Olvidé lo que me dijiste que estarías estudiando este año, pero ojalá que no sea tan difícil como el año pasado.

El Sr. Lewis llamó de la granja después que te fuiste, y dijo que el caballo está mejor y que el pondrá anticongelante en los baños antes de que se congelen este otoño.

Es mejor que termine ahora y vaya a hacer mis compras. Debes recibir pronto tu caja de ropa limpia.

*Te quiere,
Mamá*

Oscar escondió su pesar y pasó a todos las galletas de su madre, gritando a Wally cuando él trató de tomar tres.

Luego era tiempo para que Wally haga una evocación de su cuenta... del “espíritu de esos por venir.” Wally comenzó la evocación del Dr. John Shapiro. Shapiro había servido como cirujano de un batallón en la campaña italiana en la II Guerra Mundial y había sido herido gravemente. Casi murió y quedó con una infección de la articulación de la rodilla. La infección crónica resultante dejó a Shapiro con la rodilla derecha rígida y una furia con él mismo y con todos alrededor de él. Físicamente impedido de continuar con los

rigores del entrenamiento quirúrgico, Shapiro se volcó a la patología como una carrera alternativa. Las fuerzas profundas de la fiereza psíquica que mueve a los cirujanos a hacer lo que ellos hacen ahora se redirigieron en una obsesión en Shapiro. Enseñaría a todos y cada uno de los estudiantes de medicina todo lo que había que conocer acerca de la patología humana. Ese era su llamado divino.

El Dr. Shapiro tenía la pierna derecha completamente rígida. Su rodilla estaba congelada e inmóvil. Cuando caminaba, tenía que mover la pierna derecha en un amplio círculo elevándose sobre los dedos del pie izquierdo y luego bajando el pie derecho con alguna fuerza. El sonido de su caminar producía terror en los alumnos del segundo año, era oír algo como la pata de palo de un capitán marino viniendo a la cubierta. Podíamos oírlo antes de que apareciera. El amplio movimiento de su pierna derecha hizo imposible caminar por su lado derecho; si alguien se atrevía, él lo golpearía sin perder un paso.

Shapiro era un moderno *Capitán Ahab** de nuestros días, y su ballena blanca era cualquier signo de incompetencia o evasión del trabajo en un estudiante de medicina. Exigía trabajar y hacer un trabajo duro. No toleraba una preparación mediocre para una clase. No se contenía en nada con sus insultos y censuras. Mentir o tratar de engañar en una pregunta era impensable, y los pocos que lo intentaran provocarían un ataque de desaprobación.

Siempre que Wally me contaba una de sus historias sobre Shapiro, se paraba y caminaba alrededor de la habitación para poder imitar la cojera, la cual exageraba hasta que lograba grandes risas del público. Wally debería haber estado en un escenario. Ese primer viernes de regreso a la escuela, Wally escogió contarnos una de sus historias favoritas acerca de Shapiro.

Uno de los compañeros de Wally era el hijo de un ex-alumno prominente de la escuela de medicina. Como muchos hijos de padres

* NT: se refiere al personaje de la novela *Moby Dick* de H. Meville.

famosos, él estaba apoyado por la influencia de su padre. La reacción a esta fuerza paternal puede tomar dos caminos: puede guiar al hijo en la dirección del padre; o como en el caso de este estudiante, puede llevarlo en la dirección opuesta, quizás inconscientemente provocando la ira del padre. En cualquier caso, la meta parece ser provocar la buena o mala atención del padre. Este estudiante estaba perdiendo el tiempo, no estudiaba, no contestaba preguntas en clase. Y haciendo precisamente todo lo posible para irritar a los profesores. Si no hubiera sido por la influencia de su padre, al estudiante le habrían pedido que deje la escuela en el primer año. Shapiro descubrió el problema y lo atacó frontalmente.

Wally representaba la escena con su exageración habitual. Imitando a Shapiro, Wally, dijo: “Señor Sabelotodo, por favor venga delante de la clase.” Wally caminaba alrededor en círculos, balanceando la pierna ampliamente y dejándola caer en el piso. “Señor Sabelotodo, Ud. tiene que salir inmediatamente de esta clase e irse a casa. Voy a darle un día. Cuando haya pensado sobre su vida y haya descubierto si Ud. quiere ser un médico o no, entonces Ud. vendrá a mi oficina y me dirá qué ha decidido. Si Ud. decide estudiar medicina, bien. Si Ud. decide cavar zanjas, bien. ¿Ud. me comprende? ¿Hay alguna pregunta en esa idiota cabeza suya?”

El estudiante regresó al día siguiente, le dijo al Dr. Shapiro que realmente quería estudiar medicina, y comenzó a aplicarse. El Dr. Shapiro nunca lo acorraló de nuevo. Años más tarde el estudiante se convirtió en un excelente cirujano sobrepasando los logros del padre.

A pesar de toda la fiereza de Shapiro, y de todas las veces que parecía malo y cruel, nosotros todos sabíamos que era exacto en lo que decía. Por encima de todo era justo y no tenía favoritos. Nunca dijo nada que no quisiera significar y nunca se inhibió de decir su opinión ante un desempeño que dejaba mucho que desear. Infundir temor era parte del hombre como era en muchos de los profesores de esa época. De algún modo sabíamos con certeza que él llevaba profundo en su alma lo que más nos convenía y lo que más le

convenía a la medicina. Antes o desde entonces, yo nunca he tenido un profesor que inspirara ese nivel de respeto.

El corazón de todo en patología era la autopsia, el árbitro final de la medicina, la última corte de apelaciones diagnóstica, la respuesta final. De la autopsia venía la verdad de la medicina clínica, y Shapiro era el mensajero que entregaba esas verdades. Ningún clínico podía esconderse de sus hallazgos, Shapiro se aseguraba que eso fuera así. La autopsia era también el eje del curso de patología. Cerca del noventa por cien de las muertes en el hospital iban a autopsia, así que en el curso de un año, nosotros veíamos todo el rango de la medicina clínica que iba a la muerte.

Como parte del curso de patología, Shapiro hizo que asistiéramos en grupos de cuatro a las llamadas para autopsia. Los residentes de patología hacían las autopsias tan pronto como fuera posible para entregar el cuerpo a la funeraria. Como en el laboratorio de fisiología cada uno de los cuatro estudiantes tenía una tarea asignada, la cual nos rotábamos en cada autopsia. Uno de nosotros hacía la disección en la mesa con el residente de patología. Otro de nosotros llevaba las notas de los hallazgos de la autopsia, registrando el peso de los órganos, medidas y descripciones dictadas por el residente o el profesor. Otro estudiante se sumergía en la historia clínica, y resumía el caso, hallazgos del examen físico, hallazgos de laboratorio, y el curso en el hospital hasta llegar a la muerte. Como en fisiología, el grupo de autopsia también tenía a uno que hiciera la limpieza, pero había una gran diferencia entre el de la limpieza de fisiología y el de la limpieza de patología. El de la limpieza de la autopsia era el hombre más bajo en la pila del tótem. Él tenía que lavar y limpiar los intestinos en un gran fregadero de acero inoxidable, y luego limpiar la mesa de autopsia al terminar el caso. La apertura y limpieza de los intestinos generalmente necesitaba de dos estudiantes.

Una noche, el mismísimo Dr. Shapiro se presentó para hacer una autopsia con el residente. Hacía esto a menudo e inesperadamente,

justamente para mantenernos alertas. Esto sucedió en una de las autopsias de Wally y era una de sus historias favoritas. La contó al menos una docena de veces.

Wally y su compañero estaban en el fregadero en el cuarto de autopsia limpiando los intestinos. El fregadero estaba lleno con seis metros o más de intestinos. El intestino tenía que ser cortado con tijeras a todo lo largo y luego lavado segmento por segmento. Era extremadamente resbaloso y difícil de sostener, era como sostener una gelatina. Cuando habían terminado de lavar todo el intestino, un cuarto o medio metro de intestino se escurrió por el drenaje.

Wally continuó su acto, recordando el horror de la noche. “Yo estaba allá de pie con mi compañero tratando de sacar el intestino de la cañería, mientras más tirábamos, más se deslizaba hacia la cañería. Demonios, hablando francamente era como tratar de sostener algo como quimbombó o ruibarbo (vegetales babosos en su interior)” Wally ahora controlaba la audiencia, la mesa del comedor era el fregadero, y su servilleta era la punta de intestino cuando él trataba de simular estar tirando del intestino.

“Yo estaba tratando de sacar el intestino. Comenzamos a susurrar y luego hablar cada vez alto y más alto. No importaba cuánto tratáramos de agarrar, más intestino se deslizaba. Todos seis y pico de metros. Cañería abajo. Idos. Y con Shapiro precisamente allí en la sala.”

Wally se desplomó en su silla, con la boca abierta de horror. “Comenzamos a cuchichear uno al otro, juntos sobre el desagadero. Podía ver toda mi carrera seguir al intestino. Tenía visiones de ser despedido allí mismo. Estaba frenético.” Wally imitaría la desesperación del momento. Lo hacía diferente cada vez dependiendo de la audiencia.

“Mi compañero me susurró finalmente, ‘OK. ¿Quién le va a decir al viejo hijo de p.?’ Nos volteamos, y estaba Shapiro justo detrás de nosotros, mirando. El bastardo, de algún modo, se había deslizado sobre nosotros. Parado allí. No dijimos ni una palabra. Él no dijo una

palabra. Sólo movió la cabeza, volteó su pierna buena, fue hacia la mesa de autopsia. Luego se detuvo y dio la vuelta y dijo, ‘Ah por cierto, dile a tu amigo que no soy viejo’. Nunca dijo nada sobre el intestino esfumado.”

Además de nuestras clases, Shapiro arreglo tres sesiones especiales por semana con el Dr. Ernest Goodpasture. El Dr. Goodpasture era y todavía es una de las deidades de la Escuela de Medicina de Vanderbilt. Descubrió el primer método para cultivar virus por sembrarlos en embriones de pollo y luego sellar los huevos. Escribió el primer libro sobre el estudio patológico sistemático de una variedad de virus. Antes del trabajo de Goodpasture, los virus eran considerados un elemento misterioso que podía pasar a través de un filtro de papel ordinario. De hecho antes de ser nombrados virus fueron llamados “agentes infecciosos filtrables.” Todo lo que conocemos acerca de los virus se origina del trabajo que siguió al original y colosal trabajo de Goodpasture. Muchos científicos creían que Goodpasture debería haber recibido el premio Nobel por su investigación. Shapiro creía eso y más. En la mente de Shapiro, Goodpasture era el Santo de la Patología nombrado directamente por Dios. Shapiro lo adoraba y veneraba. Esperaba y pedía que nosotros lo siguiéramos, y tenía un método para asegurarse que lo hiciéramos.

El Dr. Goodpasture era lo opuesto a Shapiro en casi todos los aspectos. Hablaba en una suave voz y lucía como *Clarence* el ángel en la sempiterna película de navidad “*It is a Wonderful Life.*” Era amable, bondadoso y extremadamente cortés.

El Dr. Goodpasture tenía una rutina y un sistema para sus clases. Él daba un poco de clase, y luego hacía que sus estudiantes se pusieran de pie y contestaran sus preguntas acerca del tópico del día. Los temas eran publicados con bastante anticipación. El Dr. Shapiro se ocupaba de que eso se cumpliera. Se esperaba que nosotros leyéramos el material antes de ir a las clases del Dr. Goodpasture, y era mejor que no hubiera una pregunta que no pudiéramos contestar. El Dr. Goodpasture tenía una libreta con nuestros nombres e iba en

estricto orden alfabético. Generalmente interrogaba dos o tres estudiantes por clase. Sabíamos de memoria nuestro orden alfabético, así que podíamos predecir con una o dos clases de anticipación cuando nos llamarían, y así estar preparados para la sesión.

Como si el rigor de encarar al Dr. Goodpasture, el más grande patólogo viviente del mundo, no fuera suficiente, había un estricto escrutinio de Shapiro, el cual traía temor y terror al proceso. Como guardias de una prisión de máxima seguridad, Shapiro los profesores jóvenes, y los residentes de patología se sentaban atrás con la clase completa al frente de ellos. Shapiro vigilaba cuidadosamente en detalle nuestras respuestas en el *quiz* de Goodpasture. Cualquier respuesta errónea traía un estallido audible de Shapiro. Hank diseñó la escala de Desagrado y Disgusto de Shapiro para las respuestas de los malos estudiantes.

El primer nivel de desaprobación en la escala de Shapiro construida por Hank, generalmente en respuesta a una respuesta incompleta menor, era un suave, “¡Buen Dios Todopoderoso!” Su segundo nivel de desaprobación, para una más seria omisión de conocimiento, era “Oh, demonio, maldición. Un tonto sabría eso.” El tercer nivel era en voz alta, “Demonios, fuego del infierno. Ud. es un idiota estúpido.” El nivel más alto de condenación, reservado para respuestas incorrectas terribles, era un arrastrar de su pierna mala, asentar con su pie bueno y toda suerte de combinaciones de “maldición,” “infierno,” y aun “mierda.” La palabra “*F*”^{*} simplemente no era permitida en 1952, o Shapiro probablemente habría estado entre esos pocos despedidos.

Durante uno de mis turnos de ponerme de pie y ser interrogado por el Dr. Goodpasture, hablé con inseguridad acerca de la formación del cartílago. Recuerdo vividamente la sangre fluyendo a mi cabeza cuando oía sonidos de la parte de atrás del aula. Después de la sesión,

* NT: se refiere a la inicial del vocablo inglés *fuck* considerado obsceno o al menos vulgar

pregunté a Hank que calificación tuve en la escala de Shapiro. Hank dijo que no se podía repetir de una manera cortés.

Aunque la muerte ocurre en cualquier momento, parecía que casi todas las llamadas para autopsias ocurrían en la noche. No importaba donde estuviéramos o que estábamos haciendo, teníamos que ir al hospital si nuestro grupo de cuatro estábamos de guardia. No me di cuenta entonces, pero esta era nuestra introducción al aprendizaje de que la medicina y sus demandas vienen primero, no importaba ninguna otra cosa. Acudir a la llamada de autopsia era la primera parte de una lenta progresión en las exigencias de la medicina. Era también un paso más que nos alejaba del mundo fuera de la medicina. Cuando ahora miro atrás a mis experiencias, el estudio de la medicina nos movió año a año dentro de un mundo muy aislado, alejándonos de casi todo contacto social fuera de nuestro pequeño círculo de compañeros y de nuestros pacientes.

En adición a las clases y a nuestra sesión vespertina de laboratorio de microscopio, nos reuníamos semanalmente una mañana completa para revisar los hallazgos de autopsia de la semana anterior. Shapiro estaba al mando, nosotros éramos la tripulación. Nuestra clase completa, llenaba el cuarto de autopsia, montados en tres inusuales gradas de metal. Parecían gimnasios distorsionados, o equipo de escalar de los parques infantiles. Cada fila de la gradería tenía barras de metal, una para sentarse, otra para las manos al frente, y una tercera para apoyar los pies,. Eran incómodas, más allá de toda descripción, especialmente después de un par de horas. Cerca de seis estudiantes se podían sentar por fila, dieciocho en total en la gradería. Una gradería de estudiantes era colocada al frente de la mesas de autopsia, con una gradería en cada extremo de la mesa. Shapiro y los residentes, todos con monos blancos y guantes, estaban parados en una fila detrás de la mesa metálica de autopsia rodeada por gradas elevadas con cincuenta y dos estudiantes de medicina, cuando la clase estaba llena. En nuestras batas blancas éramos los marineros colgando sobre los andamios, mirando abajo como oficiales en el

puede de un bote muy extraño. La escena era tan vieja como la ciencia médica, y me recordaba de pinturas de antiguos cirujanos en anfiteatros haciendo demostraciones de disecciones a un grupo de estudiantes de medicina.

Algún estudiante grandemente olvidado había apodado las sesiones semanales “recitales de órganos.” Varios grandes recipientes de cerámica con órganos estaban en la mesas de metal de autopsia. Cada recipiente contenía los órganos de una autopsia. Luego el Dr. Shapiro leería el número nunca el nombre del paciente. Con esa clave los cuatro estudiantes que habían participado en la autopsia se colocaban en un extremo de la mesa y se paraban allí con toda la atención mirando a Shapiro. Un estudiante leía el resumen clínico, dando primero la historia del paciente, los hallazgos, el curso en el hospital y los eventos clínicos terminales. Luego el Dr. Shapiro sacaría un órgano después de otro del vaso de cerámica. En pocos momentos todos los órganos estaban expuestos sobre la mesa, orientados de la cabeza a los pies, formando un *homunculus* particular... pulmones, corazón, hígado, intestinos, riñones y órganos genitales internos. Expuesto de ese modo, lográbamos en esa forma dar una rápida mirada a todos los órganos vitales. Esto me impactó, cuán realmente pequeña era la maquinaria vital interna. Al menos comparado al grueso de un cuerpo humano.

Shapiro llamaba a cada uno de los cuatro estudiantes quienes habían hecho la autopsia. Le preguntaba acerca de los hallazgos de la autopsia hasta que los detalles fueran claramente puestos en una forma lógica y comprensible. Luego podríamos ver y oír cómo los hallazgos de la autopsia se correlacionaban con los hallazgos clínicos antes de la muerte. Podríamos mirar las válvulas cardíacas enfermas y ver los defectos que generaron un soplo registrado en la historia clínica. Podríamos ver metástasis del cáncer ahora reemplazando el tejido hepático normal. Podríamos ver los uréteres obstruidos dilatados hasta ser casi de tamaño como mangueras de jardín, causando riñones enormes e insuficientes.

Estos fueron tiempos mágicos para mí. Shapiro hizo el estudio de la enfermedad algo vívido. Si había un hallazgo clínico, había una explicación patológica. No había nunca un día para mí sin absoluta fascinación y maravilla. Aprendimos que una historia y un examen físico cuidadosos combinados con una precisa selección de exámenes de laboratorio, conducía en la mayoría de los casos, a diagnósticos muy exactos. Aprendimos que en cara a una muerte muy rápida o a una ausencia de historia, habría poca correlación entre el curso clínico y los hallazgos de la autopsia. La historia y la vida del paciente eran tan vitales como siempre lo serán. De todos mis profesores, Shapiro permanece como el más vívido en mi mente. Había un rasgo que no se mostró en él durante su curso, y que era una medida visible de su corazón. Tan pronto como el curso de patología terminó, ese mismo día Shapiro me llamó “Clifton” cuando lo encontré en el pasillo. Ya yo no era más “Señor Meador.” Sentí un profundo goce de aceptación y logro. Supe inmediatamente que había aprobado su curso. Era la manera de Shapiro de decirlo. Me había aceptado en sus altos rangos, como lo hizo con todos excepto con uno de nuestra clase.

Pasamos a la siguiente fase de estudiar medicina.

El mal estudiante...

El bizarro Harper

A los estudiantes se les puede pedir que se retiren de la Escuela si su desempeño no ha sido satisfactorio, aun no teniendo ninguna falta reportada.

*Programa 1952-1953
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Madison Harper apareció un día en el laboratorio de patología, varias semanas después del comienzo de nuestro segundo año. Por varios días pensamos que era un nuevo profesor de patología, o quizá un profesor visitante. Su edad mucho mayor y su acento extraño nos intrigó. Parecía un inglés viejo, vacilante, que había bebido mucho. Harper a menudo caminaba para arriba y para abajo a lo largo de las mesas donde estábamos estudiando nuestras láminas bajo el microscopio. Ocasionalmente, diría algo como, “Aah, buen trabajo, hombre.” “Hombre” era su saludo acostumbrado.

Después de una semana descubrimos que Harper no era un profesor, sino un estudiante de treinta y ocho años que vino por traslado a nuestro curso. Pronto descubrimos porqué su acento sonaba tan extraño. Era pura afectación, Harper había crecido en Chicago.

Hank descubrió que Harper había sido transferido de alguna escuela en Viena, Harper se llamaba a si mismo “Maddie,” el nombre

corto para Madison, pero nosotros pronto lo apodamos “Harpo” como uno de los hermanos Marx.*

Cuando decidió aparecerse en nuestras clases, se sentó al lado de Walter. Walter se había mudado a la residencia Phi Chi y se había vuelto un miembro regular de nuestro grupo y el biógrafo no oficial de Harper. Su interés surgió no del gusto o disgusto por Harper; sino más bien, que Walter vio en el sujeto un enigma fascinante que merecía observarse de cerca y sobre el cual hacer reportes frecuentes a la hora de la cena. Walter le sacó provecho a estas historias que pronto comenzaron a tomar un lugar al lado de las cartas de la mamá de Oscar y de las descripciones prohibidas que hacía Wally de los profesores por venir. Cada viernes en la noche, las observaciones documentadas sobre Harpo era reportadas, con datos adicionales que otros enviaban.

Walter pronto se dio cuenta que mientras más estudiaba a Harper, más recompensado era con sus notorias características. Además del acento falso, estaba la horrible chaqueta de lana de dos colores y los pantalones que apenas le combinaban. Aun más resaltante fue el haber observado que las mangas de su pijama sobresalían del abrigo y los ruedos del pijama sobresalían de los pantalones. Aunque estábamos un poco escépticos con el primer reporte, estábamos lo suficientemente seguros con respecto al pijama. Cuando Walter le preguntó porqué llevaba pijama todo el tiempo, Harper contestó, “Tu ves, mi viejo, mis ropas de lana son de *Outer Hebrides*. Ellas pican terriblemente. De ahí mi necesidad de usar pijama como ropa interior.”

Harper se distinguía tanto por lo que vestía como por lo que llevaba consigo. Siempre cargaba bajo un brazo un gran bulto de papeles con las puntas dobladas y varios libros bajo el otro. Se las arreglaba para sostener en el aire con dos dedos la caja de madera del microscopio debajo de resmas de papel. Nosotros guardábamos los

*NT: Los Hermanos Marx afamado grupo de comediantes americanos de la primera mitad del siglo XX, uno de ellos llamado Harpo.

microscopios en los gabinetes del laboratorio de patología. Harper, por razones desconocidas, prefería llevarlo de clase en clase.

En el medio de su montón de papeles había una serie de fotografías de su esposa flamante. Aparentemente, Harper se había casado poco antes de regresar al país, dejando a la novia en Viena. Las fotos la mostraban en todos los estados de vestido y desvestido. Su pose en la mayor parte de las fotos era muy sugestiva, en algunos casos casi pornográfica. Harper disfrutaba pasándonos las fotos a todos para que las viéramos. En muchas ocasiones, Ud. podía ver su foto pasando de fila en fila en la parte de atrás del aula durante la clase. Harper esperaba de pie al final de la clase, para pedir que le devolvieran las fotos. Parecía realmente orgulloso de las fotos y sin vacilar las mostraba si se lo pedían.

Harper parecía no darse cuenta o no se preocupaba de cualquier regla de cortesía o conducta que son esperadas en toda relación, bien sea con los otros estudiantes o con la escuela.

Walter había notado que Harper constantemente miraba sus apuntes durante las clases, obviamente copiándose de ellos. Las propias notas de Harper mostraban un extraño patrón. Había escritura en el lado izquierdo de la página, luego un espacio grande en blanco, y luego escritura en el lado derecho. Walter se sentaba a la derecha de Harper y mantenía su brazo izquierdo sobre sus notas como hábito. El brazo de Walter tapaba las notas debajo de la mitad de la página izquierda. Para Harper no había problema, copiaba precisamente lo que él podía ver y dejaba en blanco lo que él no podía ver. Después de clase, Harper le pedía a Walter las notas para poder llenar los espacios en blanco. Walter le quitaba algunas notas a Harper y nos las pasaba junto con las fotos para que pudiéramos ver su patrón bizarro.

Aunque Harper era un estudiante de segundo año, no se restringía a las clases o laboratorios del segundo año. Un día estaba en las revistas con los estudiantes de tercer año en medicina. Al día siguiente se uniría a un grupo de estudiantes de cuarto año en la clínica pediátrica. Inclusive pasaba tiempo con los de primer año en

el laboratorio de cadáveres. En pocas semanas, todos en la escuela de medicina lo conocían y tenían una historia que contar. Se había aparecido en casi todas las clases o clínicas o salas desde el primer año hasta el último año. Tenía rienda suelta en la escuela entera. Estábamos asombrados de que los profesores no se hubieran referido a su conducta caótica. La falta de acción de la facultad ciertamente no derivaba de no haber notado la conducta de Harper. Esta era llamativa en todos los frentes y para todos los que lo veían, profesores así como también compañeros.

Un día en clase un profesor había presentado un caso de una fiebre crónica persistente o lo que se llama FOD, por “fiebre de origen desconocido.” El profesor estaba llamando a los estudiantes por orden de lista.

“Señor Harper, ¿qué tiene Ud. que decir?” preguntó el profesor.

“Pobre tipo, murió de un aneurisma aórtico roto.” Contestó Harper sin siquiera mirar el libro que estaba leyendo. La respuesta era demasiado apartada y demasiado fuera de lugar. El diagnóstico diferencial de una FOD incluye todas las clases de oscuras infecciones, con la tuberculosis a la cabeza. Luego una larga lista de enfermedades raras asociadas con fiebre persistente. Pero los accidentes vasculares no están en la lista por ningún lado. El profesor hizo una pausa, miró perplejo, inclusive pensó quizá que había mal interpretado la pregunta. Había risitas regadas en la clase.

“Perdón, no estoy seguro de haberlo oído,” dijo el profesor. Era uno de los médicos de la ciudad que ofrecía voluntariamente su tiempo, así que no nos conocía. No tenía forma de conocer la creciente reputación de Harper por respuestas y conducta inapropiadas.

“Realmente no es molestia, mi viejo,” respondió Harper con algo de animación. “Ud. ve, el pobre tipo murió de un aneurisma aórtico roto.” Harper estaba seguro por su tono de voz. Con frecuencia daba respuestas que no tenían nada que ver con la pregunta, y siempre lo hacía en una voz alta y asertiva.

El profesor, a quien nosotros habíamos visto una sola vez, estaba obviamente confundido. No quiso sin embargo saltar demasiado rápido a la evidente conclusión de que Harper estaba fuera de juicio. “¿Alguien más piensa que este hombre tiene un aneurisma roto?”

Las risitas se difundieron por el salón de clase. Nadie levantó la mano. El profesor continuó con el siguiente nombre en la lista, ignorando a Harper por el resto de la sesión.

Aun cuando se desaparecía completamente, Harper todavía se las arreglaba de una manera que confundía y dejaba perplejo a cualquiera.

Una de sus sobresalientes ausencias ocurrió poco después que el decano Youmans decidió añadir las visitas de campo durante el segundo año. La idea era que deberíamos movernos de un *pensum* fijo y tener una visión más amplia de nuestros papeles de médicos y líderes médicos. En los años cincuenta, los directores de salud del municipio eran los mismos que los directores de las sociedades médicas del municipio, así que caía sobre los médicos del municipio administrar y vigilar los programas de salud pública. Nosotros hicimos un día un viaje al campo a una planta de desechos de aguas negras, a una planta de carne, a un departamento de salud del municipio y a una planta de tratamiento de agua. Para que nos llevaran a los mencionados sitios dependíamos de los estudiantes de la ciudad que podían usar los carros de sus familias, ya que sólo unos pocos estudiantes tenían carros. Harper amaba los viajes de campo y generalmente estaba en el centro del grupo rodeado de los guías, quienes eran trabajadores de las diversas instalaciones. En la planta de desechos de aguas negras, seguimos el flujo del sumidero de su estado crudo a la última purificación y remoción. El operador de la planta dijo, “en esta fase, la cuenta de bacterias no es más alta que en la mantequilla de maní.” Para mí, eso puso finiquito a la mantequilla de maní por un tiempo.

Al final de la visita a la planta de desechos, regresamos a la escuela de medicina con los mismos que nos habían llevado hasta allí.

Harper había cambiado de grupo de compañeros para el transporte, pero ninguno lo sabía. Así que inadvertidamente fue dejado en la planta a cuarenta y cinco kilómetros, en la parte más rural del condado. La clase lo supo al día siguiente. Nosotros esperamos. Esperamos un día, luego otro y luego un tercero. Al cuarto día, Harper se apareció en clase. Incluso Walter no pudo descubrir que había pasado con él. Harper nunca comentó sobre su desaparición, ni parecía estar molesto por haber sido dejado en el campo, sin transporte para regresar.

Creció la anticipación sobre el primer encuentro directo entre Harper y Shapiro. Harper siendo por la H aun no había sido llamado por Goodpasture. Su grupo de cuatro por autopsias aun no había hecho ninguna. Nosotros habíamos oído por encima a los residentes hablando acerca de la opinión de Shapiro sobre Harper. Ellos decían que Shapiro había descubierto que Harper no era un estudiante de medicina usual. El primer encuentro en vivo ocurrió en una sesión de revisión de órganos en el salón de autopsias. El Dr. Shapiro tiró un colon completo sobre la mesa de disección. Lo abrió hasta haber expuesto toda la capa que recubre el interior del colon. La mucosa estaba negra como que hubiera sido cubierta con hollín.

Shapiro caminó con su pierna buena hacía Harper. Harper estaba sentado en la tercera fila de metal, escondido en medio de todos sus papeles, libros y su caja de microscopio.

“Señor Harper, diga a la clase lo que Ud. piensa de este colon.” Shapiro sostuvo el colon levantado para que todos vieran la cubierta negra. Harper no vaciló. “Obviamente un caso de suicidio. Pobre tipo lo hizo.” Harper contestó en su habitual tono confiado

La clase rugió en risas. Nosotros sabíamos acerca de la *melanosis coli*, una condición causada por el abuso crónico de laxantes, donde la mucosa del colon está pigmentada muy oscuramente. Se consideraba una condición benigna que sólo se descubría en la autopsia o a veces por proctoscopia. Habíamos estado esperando ver un ejemplo desde que nos hablaron de ello en las clases.

El Dr. Shapiro apenas pudo contenerse. Rara vez sonreía, de hecho, decir nunca sería lo más próximo a la verdad. Esta vez, no pudo esconder su sonrisa forzada. “SUICIDIO,” gritó. “Señor Harper, ¿cómo en nombre de Dios puede Ud. salir con suicidio?”

“Realmente, un suicidio obvio. El pobre hombre se dio un enema de hidróxido de sodio.” Harper contestó en un tono que sugería impaciencia.

Con eso, la clase reía aun más fuerte, pero había una corriente de anticipación. ¿Cómo Shapiro, el fiero destructor del inepto y demolidor de la estupidez, manejaría a Madison Harper? Shapiro se volteó sobre su pierna buena, movió su pierna tesa y luego la tiró rápidamente sobre el piso y salió precipitadamente de la habitación, llamando sobre su hombro al jefe de residentes en una apenas perceptible risa contenida, “despida a la clase, es suficiente por hoy.” Esta fue en cierto modo, una respuesta aun más extraña que la respuesta de Harper.

La decisión de Shapiro de salir de la escena más que destruir a Harper, nos sonó como un posponer más que dar un resultado, así que nosotros esperaríamos ansiosos a que el grupo de autopsia de Harper tuviera que reportar la revisión de órganos. El día llegó finalmente, y nosotros pensamos que sería una venganza retardada. Había tres autopsias para ser reportadas ese día. El grupo de Harper era el último de los tres. Shapiro había usado veinte minutos con los dos primeros casos. Shapiro llamó el número de autopsia del caso de Harper. Tres del equipo se bajaron de las gradas de metal y se pararon junto a la mesa. Shapiro caminó de arriba abajo detrás de la mesa.

Shapiro llamó, “Señor Harper, ¿nos daría el placer de su compañía? Tenemos poco tiempo.”

Detrás de mí y a mi derecha vi una forma blanca pararse sobre el pasamano. Harper lucía como un gran pájaro que iba a volar. El saltó, papeles, bata blanca volando y todo, sobre la fila de estudiantes en frente de él. Cuando aterrizó sobre el piso mojado por el agua corriente del fregadero, sus pies continuaron, y él se deslizó bajo el

extremo de la mesa de autopsia. Sus papeles dispersos por todas partes. La clase explotó. Los residentes se voltearon para esconder su risa. Shapiro estuvo parado en el sitio moviendo su cabeza. “Señor Harper, por favor levántese del piso.”

Harper se levanto, mojado. “Señor Harper,” dijo finalmente Shapiro después que la que risa se calmó. “Nos quedan solo pocos minutos. Por favor acorte su resumen para que podamos tener los hallazgos de la autopsia.”

A Harper le había tocado el trabajo de hacer el resumen clínico. Tenía dos opciones, podría condensar la historia clínica, o podría leer tan rápido como pudiera. Harper escogió la última opción. Se lanzó en algo que sonaba como una subasta en un extraño acento, leyendo el resumen clínico tan pronto como su boca y lengua se podían mover.

Shapiro se detuvo en obvia incredulidad, moviendo su cabeza lentamente. “Señor Harper, pare. Pare ahora.” Harper continuó leyendo. “PARE,” gritó Shapiro. Harper se detuvo.

Shapiro dijo, “Se nos acabó el tiempo. Señor Harper, quiero verlo en mi oficina inmediatamente.” De nuevo, la anticipada explosión no ocurrió. Quizás Shapiro estaba justo fuera de equilibrio; con cada encuentro, Harper de algún modo se las arregló hasta el absurdo.

Finalmente, Harpo manejó una escena digna de su apodo inspirado en los hermanos Marx. Con el progreso del curso, las cargas de papel, libros y cualquier otra parafernalia de Harper había aumentado. Era el día del examen final práctico de patología microscópica. Los largos mesones negros estaban cubiertos con nuestros microscopios, uno en cada puesto de la mesa. Bajo cada microscopio había una lámina representando una lesión de un tejido desconocido. Nosotros teníamos que mirar la lámina, escribir qué tejido era, y qué proceso de enfermedad veíamos. Por ejemplo, nosotros podíamos decir “adenocarcinoma del páncreas” o “infarto de miocardio” o “glomerulonefritis,” o cualquier lesión microscópica que viéramos. Cuando el tiempo tocaba, nos moveríamos al siguiente

microscopio. Siempre esperábamos en el pasillo, hasta que todos los estudiantes estuvieran presentes, luego el Dr. Shapiro iría al laboratorio y nos dirigiría a nuestra primera estación designada. Este día, nosotros esperamos. Nada de Harper. Shapiro iba y venía, murmurándose a así mismo. “¿Alguien ha visto al Señor Harper?” preguntó en alta voz.

Nosotros esperamos un par de minutos. Repentinamente, las puertas dobles batientes al fondo del corredor se abrieron. Aquí vino Harper a toda velocidad. Su brazo derecho estaba lleno con papeles doblados y colgando por los bordes. En su brazo izquierdo estaban varios libros. Pegados a su índice derecho apenas siendo agarrada, estaba su caja de microscopio. Se veía algo raro y cómico, se apareció a través de las puertas del salón como un vaquero buscando pelea. Se aproximó lo más rápido que pudo.

El laboratorio de estudiantes estaba siendo remodelado, y a lo largo de las paredes de los corredores estaban varios de los viejos mesones de laboratorio. Había cuatro patas en el centro de cada mesón, con largas extensiones no apoyadas afuera de cada lado. Así, cada mesón formaba un sube y baja potencial. Cualquier peso en un extremo del mesón largo, y el otro lado saldría disparado al aire. Harper aparentemente no sabía eso. Cuando el vino casi corriendo corredor abajo, se adelantó por uno de los mesones así pudo poner algo del peso extra de sus cosas acumuladas. Alguien grito, “¡Cuidado!, no haga eso.” Era demasiado tarde. Todo se fue abajo, su microscopio, libros y los cerros de papeles. El tiempo se detuvo cuando mirábamos que lo inevitable, impredecible solo un momento antes, ocurría. El otro lado del largo banco se fue hacia arriba, golpeó al extintor ligeramente pegado a la pared de arriba. Se vinieron abajo los extintores de fuego no anclados. La espuma se difundió en todas direcciones saliendo de la boquilla después de que golpeó en el piso. La clase se esparció. Shapiro gritó a Harper. Harper tomó el extremo espumoso de la manguera, y finalmente dobló la manguera y detuvo el chorro, estaba todo envuelto en espuma. Era difícil hacer la

coreografía para una escena de farsa tan efectivamente como la de Harper. De nuevo, Shapiro estaba frustrado. Levantó sus manos, sin recibir ninguna respuesta. “Vamos a tomar el examen,” fue todo lo que dijo cuando abrió las puertas para que entráramos en el laboratorio. Cuando entramos, apenas sacudió su cabeza de lado a lado, sin decir nada.

De algún modo Harper sobrevivió a este fiasco y todos sus otros desaciertos y transgresiones de ese trimestre. Permaneció en la clase hasta el final del primer período antes de ser despedido por el decano Youmans. El no regresó. Nunca supimos que pasó con él. Alguien creyó haber visto su nombre en una lista de gente de Minnesota. Alguien oyó que se había ido a una escuela dental en Oregon. Otro pensó que se había convertido en farmacéuta. Pero nadie sabía con seguridad, y nosotros nunca oímos de Madison Harper de nuevo. Siempre fue un misterio. Debió haber sido capaz de lograr algún alto nivel para terminar la escuela antes de ingresar a Medicina, y luego ser aceptado para el traslado. Puede ser que haya podido pasar algunas pruebas y repetir material en forma escrita. Quien sabe como fue que logró llegar a donde estaba. A pesar del hecho que cada estudiante en cada clase sabía de Harper, ninguno de nosotros realmente lo conoció lo más mínimo, ni siquiera su biógrafo, Walter.

Hay una observación que vale asentar acerca de los Harpers de este mundo. He visto donde quiera, no importa cuan competitiva o enrarecida sea la atmósfera, siempre hay un Harper, alguien que desafía toda descripción, ignora a los que le rodean, comete errores estúpidos, y parece carecer aun de los más básicos componentes de sentido común. Incluso se pueden encontrar algunos justamente en algunas posiciones altas, completamente incompetentes para lo que están haciendo. Allí están ellos. Vi Harpers en mi residencia en New York, los vi en mis visitas al *National Institute of Health*. Me he encontrado con Harpers como miembros del cuerpo de profesores en varias universidades que he visitado. Los vi en el cuerpo médico del ejército, una vez como el oficial comandante de un hospital. Aunque

Harper era un caso extremo, caracteres similares a él se presentan en casi toda escuela de medicina cada tantos años. De algún modo, no importa cuan cuidadosos sean los procedimientos de selección, siempre habrá alguien que se cuele a través del proceso. Todavía me sorprende cuando me encuentro con uno. Siempre recuerdo a Harper. Él estará siempre en mi banca para alguno que está subiendo a un nivel más allá de su competencia.

Después que terminé la escuela de medicina, llegué a conocer al Dr. Shapiro como un colega, como un amigo cercano y como uno de mis pacientes. Un día, muchos años más tarde, me preguntó de repente si yo alguna vez había entendido a Madison Harper. Le dije que no. Sonrió y sacudió su cabeza con incredulidad, todavía frustrado después de todos estos años.

La salud pública...

Zapatos, tela metálica y carne

522. Enfermedades parasitarias- Métodos de diagnóstico de laboratorio, aspectos clínicos y medidas de control. Un curso con clases, demostraciones y ejercicios de laboratorio para estudiar los parásitos, sus vectores y las enfermedades producidas en el hombre. Se hace énfasis en los ciclos biológicos de los parásitos. Los pacientes y sus historias se usan siempre que sea posible; los métodos de tratamiento pueden ser discutidos, y la prevención y control son resaltados. Cinco horas a la semana durante el segundo trimestre del segundo año.

Puede haber actividades conjuntas de clínica con el departamento de medicina con el propósito de integrar la enseñanza de la medicina preventiva y la clínica. Estas actividades no están planificadas en un horario formal pero pueden realizarse cuando haya pacientes en el hospital con enfermedades tales como fiebre tifoidea, malaria, fiebre ondulante, tifus endémico, tularemia y envenenamiento con plomo.

*Programa 1952-1953
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

La parasitología desapareció del programa de Vanderbilt al año siguiente. Así que fuimos los últimos en tomar el curso de parasitología que se ofreció en la Escuela. En unos pocos años la parasitología dejaría de ser un curso en la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos. No serian necesarios más. Las enfermedades parasitarias, ahora muy raras en el país, estuvieron todavía presentes, aunque en números cada vez menores en los años cincuenta, especialmente en el medio rural del Sur. La desaparición de las enfermedades parasitarias es una historia del extraordinario

poder del método científico en acción, acoplado con el extremo poder de la educación pública. Sobre todo es una historia de la prevención sobre la curación.

La dramática reducción de la prevalencia de estas enfermedades es evidenciada por las diferencias en la cantidad de material escrito en los libros de texto entonces y ahora. En la primera edición de *Principles of Internal Medicine* de Harrison en 1950 había más de sesenta páginas dedicadas a las enfermedades parasitarias, que constituía cerca del cuatro por cien de todo el libro. Cuatro secciones completas del texto estaban dedicadas a las cuatro clases de parásitos que infectaban al hombre. Había una sección para los protozoos (el de la malaria o paludismo era uno), una sección para los nemátodos (como el áscaris), una sección sobre trematodos (los parásitos de la bilharzia) y una sección sobre cestodes (la tenia)

Por el contrario, la quinta edición de *Essentials of Medicine* de Cecil de 2002 contiene apenas cuatro páginas con el título de “Enfermedades Infecciosas de los Viajeros; Infecciones por Protozoos y Helmintos.” Las enfermedades parasitarias son agrupadas con enfermedades que están ahora limitadas al tercer mundo y países subdesarrollados. El Sur de mi juventud en los años treinta era un tercer mundo, un país subdesarrollado, que sufría pillaje, destrucción y enfermedades, remanentes de la Guerra Civil y los años de la ocupación federal que le siguieron.

Nuestro profesor de parasitología, el Dr. Alvin Keller, había servido como un funcionario de Salud Pública en el Sur en las décadas de 1920 y 1930. Había visto la miseria humana y la devastación producidas por las enfermedades parasitarias y la desnutrición. Las principales parasitosis que afectaron el Sur rural fueron: anquilostomiasis, ascariasis, y malaria. Había otra enfermedad pandémica de origen nutricional, la pelagra. Todo esto fue completamente erradicado hacia el comienzo de los años sesenta. El Dr. Keller hizo la historia de la eliminación de estas enfermedades vívida y fascinante.

La mayoría de parásitos son llevados en las heces humanas y deben ser identificados en muestras de materia fecal. La malaria, una excepción, es llevada en la sangre. Sería nuestro trabajo, como ayudantes clínicos en el tercer año, el ser capaces de encontrar e identificar todos los parásitos de Norteamérica en las heces de nuestros pacientes. El laboratorio de examen de heces constituía la mitad del curso de parasitología.

Los parásitos de los humanos son organismos muy variados y muy diferentes de las bacterias. En primer lugar, los parásitos son animales, contrario a las bacterias la mayoría de las cuales son clasificadas como plantas. Los parásitos van desde los protozoarios unicelulares como el parásito de la malaria a lombrices muy desarrolladas que pueden llegar a alcanzar cerca de seis metros de largo como la tenia. Hay algo nauseabundo que linda con el horror, el del gusano que toma residencia dentro del cuerpo humano. En cierto sentido, esa forma de vida se hace más evolucionada, demasiado cerca de una forma alta de vida. Las bacterias son pasadas pasivamente dentro de nuestros cuerpos en el aire, la comida o el agua. Los parásitos especialmente los gusanos, con frecuencia nos invaden, trepando a través de nuestra piel. Y luego horadando dentro de nosotros. Hay un cierto grado de miedo de que ellos nos están invadiendo o aun peor, que ellos tienen algún intento consciente de alcanzarnos. Finalmente, hay algo realmente perturbador y extraño en una infección dentro de nosotros que puede aun moverse más a nuestro alrededor. Al menos las bacterias y virus tienden a quedarse en un sitio, una vez que ellos se asientan.

Estos pensamientos intranquilos fueron traídos vívidamente cuando vi fotos de un gusano redondo saliendo de la nariz de una niña pequeña, ya afectada de la combinación de anquilostomas, paludismo crónico y desnutrición. La madre, una mujer en sus treinta, parada a su lado. Ella se veía desgastada y parecía estar en sus sesenta. Ambas descalzas, Walker Evans y James Agee capturaron imágenes similares del campo en el Sur en su prosa poética y clásico de la

fotografía, “*Let us now praise famous men.*” Cerca de una cuarta parte de los sureños del medio rural, negros y blancos por igual, tenía la feroz y letal combinación de las tres enfermedades: anquilostomiasis, malaria crónica y desnutrición.

Evans y Agee tomaron sus fotos y escribieron sobre la gente que vivía en la misma sección del sur de Alabama donde crecí. Ellos pudieron también haber estado en mi escuela primaria. Recuerdo cuando regresé a casa un día en 1939 cuando estaba en mi tercer grado. Le pregunté a mi madre porque los niños que venían del campo a la ciudad eran tan pálidos y amarillos, y los de la ciudad eran rosados. Ella pensó un minuto con una expresión triste en su cara. Me dijo que ellos eran pobres y no tenían comida o zapatos o ropa como nosotros. Ella no sabía nada de la endemia de anquilostomiasis, o paludismo o pelagra y de la resultante anemia que estaba detrás de la palidez de esos niños. La enfermedad que se produce es una anemia por deficiencia de hierro debida a la pérdida sanguínea. En los niños, la anemia esta frecuentemente asociada con desnutrición, y los que sobreviven a la pubertad, a menudo muestran retardo en el desarrollo mental, físico y sexual. Al comienzo de los años 1930, el treinta y seis por cien de los sureños negros y blancos tenían anquilostomiasis.

Sólo cuando supe de la alta prevalencia de estas enfermedades en el Sur, comprendí lo que había afligido a tantos de mis compañeros de clase. El Dr. Keller hizo las cifras epidemiológicas vívidas cuando contaba historias de familias y pacientes que había tratado al comienzo de su carrera.

Además de mi interés en la epidemiología de estas enfermedades, la vida misma de los parásitos me fascinó. Nada en la ciencia-ficción puede superar el ciclo de vida de cualquier parásito. Una y otra vez, estaba maravillado de la complejidad de sus ciclos de vida. Estaba aun más asombrado de los muchos científicos que descubrieron esas casi increíbles transformaciones en sus ciclos de vida. Tomemos por ejemplo, la vida de uno de los anquilostomas, el *Anquilostoma duodenale* en el viejo mundo y *Necator americano* en el nuevo

mundo. Estos parásitos, casi de dos centímetros de largo son llevados en el tracto intestinal humano, donde el parásito engancha partes de su boca en el epitelio intestinal y comienza a succionar sangre. Periódicamente, el parásito se desengancha y se mueve progresivamente en el intestino hacia la salida. Cada gusano adulto bebe medio mililitro de sangre por día, o lo que es lo mismo una cucharadita en diez días. La hembra después de la copulación (si Ud. puede imaginarse eso) y la fertilización pone alrededor de diez mil huevos por día. Los huevos sin abrirse se eliminan por las heces. Si el suelo es húmedo, luego de pocos días los huevos se abren y liberan una larva que en unos días más puede infectar. Estas larvas esperan por cualquier pie desnudo para erosionar la piel y luego dirigirse al torrente sanguíneo. Hay algunas veces intenso prurito en los pies llamado “prurito de tierra” que aparece en las áreas afectadas. Las larvas luego encuentran su camino a los pulmones, donde se meten dentro de los alvéolos (los pequeños sacos de aire), luego migran hacia la tráquea, faringe para ser deglutidas. Durante esta fase, el paciente puede presentar tos. Finalmente, en tres o cuatro semanas, las larvas maduran en los intestinos, se pegan y comienzan a chupar sangre y a poner huevos. El repugnante y grotesco ciclo de vida se repite una y otra vez.

Además de la anquilostomiasis o necatoriasis, cerca de un tercio de la población rural sureña tenía paludismo crónico, por vivir en casas sin tela metálica en las ventanas. La malaria, palabra que significa “mal aire” es llevada por un mosquito. Se producen fiebres y escalofríos recurrentes y gran debilidad crónica. Mi madre había sufrido de malaria crónica durante muchos años de su vida y estaba parcialmente ciega de tanta quinina en su juventud. Como si la malaria y la anquilostomiasis no hubieran sido suficientes, se añadía la plaga de la desnutrición, especialmente en la forma de pelagra. Cerca del veinte y cinco por cien de los sureños tenía pelagra, una enfermedad causada por el déficit de triptófano, un aminoácido esencial en la dieta. La dieta de los granjeros sureños consistía casi enteramente de pan de maíz y grasa de cochino, ninguno de los cuales

tenía ninguna cantidad significativa de triptófano. La pelagra se caracteriza por diarrea crónica severa y una erupción en la piel en las zonas expuestas del cuerpo. La fase final de la pelagra se caracteriza por deterioro mental, demencia y muerte.

A mediados de los años treinta no sólo se conocía el origen de las parasitosis intestinales sino que los científicos habían descubierto las causas y prevención de la pelagra y malaria. A través de los esfuerzos de la Fundación Rockefeller y los departamentos de Salud Pública de los estados, una masiva campaña de educación fue puesta en acción. El resultado final de esa campana fue librar al Sur de las tres terribles enfermedades. La malaria se eliminó por el control de la reproducción del mosquito y por la colocación de telas metálicas en puertas y ventanas; la pelagra por enseñar la necesidad de comer carne en la dieta y tener suplementos de vitaminas; y la necatoriasis por usar calzado. No conozco historia más dramática y exitosa del uso de la ciencia y la educación para eliminar la enfermedad en tal escala. La modernización del Sur no podía considerarse hasta que estas tres enfermedades fueron controladas.

Aprendimos a identificar los parásitos bajo el microscopio además de aprender los ciclos de vida y epidemiología de los parásitos. Las sesiones del laboratorio de procesamiento de muestras de heces estaban en completo contraste con las fascinantes clases del Dr. Keller. Cada martes en la tarde, inmediatamente luego del almuerzo, nos reuníamos en los largos bancos negros del laboratorio de estudiantes. Allí estábamos para aprender a reconocer todos los parásitos que infestaban a los humanos, al menos aquellos que se encontraban en las heces.

Como asistentes clínicos de los terceros y cuartos años seríamos los responsables de examinar las heces de cada paciente que viéramos. El propósito de este laboratorio era enseñarnos cómo hacer estos exámenes. Teníamos que buscar e identificar todos los huevos y parásitos. Esto aparecía en las órdenes para los estudiantes encargados como “heces para H y P.” Además teníamos que buscar

sangre oculta en cada muestra. El laboratorio de heces, como lo llamábamos se convirtió, por encima de cualquier otra cosa, en una prueba de nuestra fuerza de voluntad sobre las reacciones más viscerales.

Alguna pobre alma, en algún lugar perdido en el sótano de la escuela de medicina, mantenía cada parásito en recipientes con heces humanas. Cada martes esos grandes vasos de cerámica eran traídos al laboratorio en un carrito. Un vaso estaba marcado como “anquilostomas,” otro “áscaris,” otro “tenia” y otro como “giardia” con una etiqueta debajo “cuando esté disponible”

A las dos de la tarde, el olor del laboratorio (el hedor para ser más exacto) era imponente. Ello requirió de todo el valor y determinación que yo pudiera reunir para estar en mi mesa mirando la gota del negro fluido extendida en la lámina. Esto ponía la muestra fecal sólo a pocos centímetros de mis narices. Era como meter mi cabeza dentro de un tanque séptico. Si lograba sobrevivir al laboratorio de heces, Ud. podía manejar casi cualquier clase de porquería y desecho funcional. Los profesores nos dijeron muchas veces que nada humano es repugnante. El laboratorio de heces en parasitología fue la prueba ácida para esa afirmación.

Tener náuseas era contagioso. Cuando una sola náusea ocurría, ponía a todo el laboratorio fuera de control en segundos. Una arcada, y luego dos y luego tres, luego todo el banco estaba vomitando. Por ese tiempo, uno o más estudiantes corrían al pasillo en busca de algún alivio y aire fresco. Ninguno realmente vomitó, pero algunos estuvieron cerca. Las náuseas traían risa histérica del resto de compañeros y luego el ciclo se repetiría. Gradualmente, en el curso de varias semanas, las náuseas cesaron y nos volvimos más y más inmunes a los olores desagradables o a la despreciable apariencia de las lombrices. Además de aprender a manejar esta desagradable tarea, el laboratorio de heces me dio gran respeto por lo que los científicos precedentes habían soportado en su búsqueda de la verdad acerca de los parásitos intestinales.

Tanto el Dr. Kampmeir quien nos enseñó el diagnóstico físico y el Dr. Keller insistieron muchas veces en que ninguna enfermedad había sido eliminada nunca por ningún tratamiento médico. La razón era obvia. Hasta que el reservorio de una enfermedad no sea contenido, removido o eliminado del contacto humano, la enfermedad persistirá. El tratamiento es siempre una acción más allá de la causa. El tratamiento es siempre una reacción después del hecho.

La historia del descubrimiento y eliminación de las enfermedades parasitarias y de la pelagra en el medio rural del Sur de los Estados Unidos es el mejor ejemplo de la fuerza del método científico, de la prevención y de la educación pública. Ningún tratamiento estuvo involucrado. ¡Todo consistió en llevar calzado, poner telas metálicas en las ventanas y comer carne magra!

La semiología...

Herramientas para el trabajo

2. Introducción a la Clínica Médica.- Un curso integrado impartido por los miembros de los departamentos de bioquímica, medicina, radiología y cirugía. Clases, demostraciones y prácticas han sido diseñadas para introducir a los estudiantes al método usado para examinar pacientes y para la interpretación de los datos obtenidos. Este curso sirve también como una transición de los cursos de bioquímica, fisiología y patología a su aplicación en la clínica médica. El curso consiste de catorce clases o demostraciones y seis horas de demostraciones prácticas semanales durante el tercer trimestre del segundo año. Dr. Kampmeir y Dr. Hartman.

Se requiere que cada estudiante tenga un microscopio estándar con cuatro objetivos, equipado con luz debajo de la platina. Todos los estudiantes tienen que proveerse de hemocitómetros, hemoglobímetro y oftalmoscopio antes del comienzo del segundo trimestre del segundo año.

*Programa 1952-1953
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Después del receso de navidad del segundo año, comenzamos el curso de introducción a la medicina clínica. La carga de trabajo no era más liviana que la del año anterior, llevábamos este curso junto con farmacología, parasitología, microbiología y un curso nuevo llamado patología clínica. Pero también estábamos comenzando a pasar de un esquema de laboratorio y clases a vernos con los pacientes de verdad. En la introducción a la medicina clínica, aprenderíamos a tomar una historia médica y a realizar un examen físico. No pudimos haber

tenido un mejor profesor para el curso. El Dr. Rudolph Kampmeier literalmente había escrito el libro sobre el tema, "*Physical Examination in Health and Disease*," el libro de texto usado entonces en la mayoría de las escuelas de medicina a lo largo y ancho del país.

Después de nuestra primera clase, donde el Dr. Kampmeier nos dijo qué podíamos esperar del curso, corrimos a la tienda de instrumentos médicos para comprar las herramientas que se convertirían en artículos indispensables de nuestras vidas profesionales. Regresé a mi cuarto de estudiante y comencé a abrir los paquetes. Cada instrumento estaba envuelto en papel blanco de seda, y la emoción que sentí al abrirlos era la misma que sentía la mañana de navidad cuando era niño. Los juguetes nuevos y las herramientas nuevas comparten una característica particular, la anticipación de su uso frecuente. Acomodé los instrumentos sobre mi cama en filas y me senté allí abrazándolos a todos. Luego comencé a examinar cada instrumento.

Tomé el oftalmoscopio varias veces, prendí la lucecita, roté los lentes, y ajusté las dioptrías. ¿Qué vería *dentro* de los ojos? Luego coloqué el otoscopio y las piezas para los oídos, quité la lámpara para ver cómo trabajaba y luego seleccioné diferentes tamaños de piezas para los oídos. ¿Cuándo y para qué usaría cada pieza?

Colgué mi estetoscopio nuevo alrededor del cuello y me paré frente al espejo. Creo que acababa de cumplir los veintiún años, y parecía un muchachito con un estetoscopio alrededor del cuello. Puse el estetoscopio sobre mi pecho desnudo y escuche el *lobdob, lobdob*. ¿Qué sensación podían causar esos sonidos? Sabía de los ruidos cardiacos, pero yo no tenía idea de cómo sonaban. Escuché mi reloj con el estetoscopio, luego susurré sobre la campana para oír la magnificación de mi voz. Tomé el martillo de reflejos de goma roja y golpeé sobre mi rodilla hasta que produjo algo que parecía un tirón de la rodilla.

De todas las herramientas, el hemoglobinómetro y hemocitómetro serían los favoritos. Venían en un lindo estuche que era conveniente

para llevarlo a las guardias. Nosotros haríamos todo el trabajo de hematología en nuestros pacientes con este pequeño equipo. No tenía idea de cómo trabajaban sus partes. Había pipetas de diferentes formas y un aparato manual para contar. Había cámaras de vidrio para contar los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. Había un dispositivo con una aguja para pinchar los dedos. Esto lo usaríamos una y otra vez únicamente con limpiezas con alcohol entre los usos (no existían entonces los temores de enfermedades transmitidas por la sangre). En pocos meses conocería todo acerca de estos pequeños instrumentos, sabría como usarlos con precisión, y medir todos los componentes de la sangre en pacientes reales. Pero sólo por ese primer momento permanecí sentado en la cama, contemplándolos fascinado. Estas eran las herramientas de mi profesión. Ellas estaban en mi futuro, las tomaba una y otra vez en un estado más de trance que despertar... al futuro.

Al día siguiente cambiamos las batas blancas largas que usamos los dos primeros años por la bata corta de los alumnos de los dos últimos años. Habíamos llegado! Esa primera caminata en la escuela de medicina con la bata corta con mi estetoscopio saliendo del bolsillo está todavía presente en mi memoria. En días como ese, el sol brillaba más y los colores eran más fuertes. Los árboles estaban en su verde espectacular de primavera. Si la savia puede surgir en un ser humano, esa fuerza o vigor estaba elevándose ese primer día en batas cortas cuando nuestro grupo se dirigía a la fraternidad Phi Chi para el almuerzo.

Después de años de preparación, finalmente estábamos a punto de hacer contacto con pacientes. Pero primero deberíamos practicar exhaustivamente en los cuerpos de cada uno de nosotros, cuando nos esforzábamos por aprender y hacer nuestras las enseñanzas de Kampmeier. Una historia médica consiste de cuatro partes diferentes. Primero, la queja principal, luego el relato cronológico de la enfermedad actual, seguido por la revisión por órganos y sistemas. Y finalmente, la historia pasada, la cual comprende los antecedentes

médicos, personales, sociales y familiares. Durante varias semanas, nos tomamos las historias entre nosotros mismos. Como ninguno de los compañeros tenía ninguna enfermedad interesante en su pasado, nos aburríamos pronto con lo casi normal. El Dr. Kampmeier nunca nos permitió usar los términos “normal” o “negativo” o “dentro de límites normales” en nuestras descripciones. Cualquiera fuera la parte del cuerpo, teníamos que escribir una descripción de lo veíamos, sentíamos, oíamos e inclusive olíamos, es decir lo que podíamos obtener con todos los sentidos, excepto el gusto. “Inspección, palpación, y auscultación” nos dijo muchas veces en ese orden. Era una de sus muchas letanías. Nos acostumbramos a la secuencia, la misma rutina en el mismo orden. ¡MIRAR! ¡SENTIR! ¡ESCUCHAR! “Busquen lo que van a sentir. Sientan lo que van a oír. Escuchen lo que han visto y sentido.” Oler no estaba en la lista, sin embargo, nos contó historias sobre los olores de algunas enfermedades.

Hacíamos descripciones detalladas de nuestros exámenes físicos semanales. Por ejemplo, cuando trataba de describir la erupción de acné de mi compañero, yo podía escribir, “la piel de la frente es rosada amarillenta y sin lesiones visibles. Hay áreas rojas elevadas distribuidas alrededor del borde de las fosas nasales que miden entre dos y cuatro milímetros de diámetro. Algunas tienen centros blanco amarillentos. Otras tienen excoriaciones con pequeños centros rojo oscuro. En esta fase no podíamos usar ningún término médico. Teníamos que describir como si fuéramos el vulgo mirando a otra persona en gran detalle, como marcianos viendo a terrestres por primera vez. Inclusive cuando empezamos a ver pacientes verdaderos, continuábamos escribiendo descripciones detalladas. Nunca podíamos decir que una parte era “normal” o dentro de “límites normales.” Kampmeier detestaba el término “negativo.” Decía que el uso de esos términos se ganaba por observaciones repetidas de lo normal. No teníamos idea de lo que era normal o anormal hasta después de que habíamos visto pacientes por largo tiempo. Además, variaciones de lo normal son frecuentes, así que tendríamos que aprender lentamente para poder hacer distinciones entre esas

variaciones y las variaciones que vienen por la enfermedad. Él prefería los términos “ausente” o “presente” siempre y cuando hayamos especificado qué estaba o no presente. Por ejemplo, teníamos que escribir, “No había enrojecimiento o edema visible en ninguna parte del cuello.” El Dr. Kampmeier leía cada historia en detalle y hacía uso de la tinta roja. Era como un excelente profesor de inglés que pasaba tiempo marcando temas y piezas de escritura creativa, corrigiendo aquí, añadiendo allá, o reforzando párrafos completos. Nuestros escritos podían fácilmente ser de doce o quince páginas. No importaba lo largos que fueran, él los leía, corregía y devolvía en la siguiente sesión.

Aprendimos rápidamente que no existía eso de “no hay síntomas.” Lo que había meramente era una larga lista de síntomas ausentes. En lugar de escribir “no hay síntomas de oído, nariz o garganta” o cualquiera sea el área del cuerpo explorada, teníamos que escribir “no hay dolor de oído, no hay tinnitus, no hay secreción ótica, no hay prurito, no se percibe disminución de la audición.” De esa manera se construía una lista exhaustiva de quejas que no había. Esta práctica aseguraba que me hiciera un catálogo interno de cada imaginable síntoma de cada órgano o sistema. Para el final del curso yo podría recitarlos y finalmente, si dejaba un síntoma fuera de mi lista, una alarma automática sonaría en mi cerebro. Este aprendizaje ha durado toda una vida, y ha mostrado ser invaluable para un tratamiento adecuado cuando el diagnóstico no es claro.

La necesidad de preguntar acerca de todos los síntomas fue entendida desde comienzos del curso. Ben (mi compañero de clase y de cuarto en la fraternidad Phi Chi) y yo estábamos tratando de tomar una historia en uno de nuestros primeros pacientes verdaderos. La mujer, en sus sesenta, venía de uno de los condados más pobres cerca de Nashville, gente del campo los llamábamos. Ella parecía haber llevado una vida dura. Aunque no tenía dientes, mostraba manchas en su labio inferior de masticar tabaco, y sus pies parecían como que nunca habían usado zapatos. Nunca se había casado, y vivía con su

hermana y cuñado en una granja en la colina, kilómetros fuera de la vía pavimentada más cercana. No tenía electricidad ni agua corriente.

Ben y yo pusimos la larga lista de síntomas de cada órgano sobre nuestras piernas, de modo de poderla ver y así no olvidar preguntar todo (en ese tiempo no se me ocurrió que sentarme frente al paciente con esa lista entre mis rodillas no era el mejor modo de establecer una relación con el paciente). No había nada espontáneo en la mujer. Cuando le preguntamos porque estaba en el hospital, ella contestó, “porque el doctor me dijo que viniera aquí.” Por más de una hora la interrogamos acerca de todos los síntomas desde la cabeza a los pies. Cuando terminamos la lista, mire a Ben y él me miró. No teníamos idea de lo qué tenía la mujer. Para cada síntoma, ella había respondido: “no, no tengo nada de eso.” Contrario a pacientes que tenían muchos síntomas, esta mujer no tenía ninguno y nosotros no sabíamos porqué estaba en el hospital. Nuevamente revisamos la lista que teníamos, y entonces Ben no sé de dónde, preguntó, “¿Cuánta agua toma?” Nosotros habíamos saltado inadvertidamente de la lista “polidipsia (sed excesiva). “Ah, cerca de doce litros al día,” respondió la mujer, en una voz aburrida, con tanta emoción como si nos hubiera dicho la hora. Ben y yo nos miramos. Mientras nos sentíamos triunfantes de haber descubierto el problema de la mujer, habíamos violado una de las reglas básicas de la buena recolección de la historia clínica. En lugar de pedir a la paciente que nos cuente su historia, nosotros habíamos saltado al interrogatorio. Habíamos hecho preguntas de “sí” y “no” y obtuvimos respuestas de “sí” y “no.” Ella continuó explicando que treinta años atrás una mula la golpeó en su cabeza causándole pérdida de conocimiento. Desde entonces ella tenía que tomar litros de agua al día para calmar la sed. Como vivía en una montaña y la fuente de agua estaba en la hondonada, todas las noches su hermana y ella tenía que cargar agua cuesta arriba para poder pasar la noche. Esto lo habían hecho por treinta años. Ella no hubiera estado aquí si su hermana no caía enferma. El médico que trataba a su hermana se enteró del problema del consumo de agua y la envió al Hospital de Vanderbilt.

Lo que la paciente tenía entonces era diabetes insípida causada por la ausencia de la hormona antidiurética. Cuando la mula la pateó, el golpe causó una lesión del tallo de la hipófisis, glándula localizada en la base del cráneo. Esto detuvo la secreción de la hormona antidiurética, permitiendo así que el riñón excrete cantidades excesivas de orina diluida. Ella había sufrido de esta afección por tanto tiempo que no la veía como si fuera anormal o inusual. Unos pocos días más tarde, nos enteramos al leer la historia, que la mujer había rechazado las inyecciones diarias que habrían normalizado el volumen de orina y la sed. Aparentemente, cuando rechazó el tratamiento, ella le había dicho al interno, “no gracias, yo sólo quiero seguir tomando agua” Además de aprender el valor de preguntar acerca de cada síntoma, esta paciente caracterizaba una de las lecciones que Kampmeier repetía más: los pacientes con frecuencia le dicen exactamente lo que esta mal en ellos, si Ud. se los permite. Nosotros nunca le dimos a esta paciente el tiempo para que nos lo dijera.

Kampmeier hizo más que enseñar acerca de la forma sutil y efectiva de tomar la historia, él mismo era una especie de leyenda. Había tenido una larga lista de triunfos clínicos en su haber, de los cuales dos en particular vienen a mi mente. El primero ocurrió durante las revistas en nuestro último año. Kampmeier era mi médico de sala. Íbamos caminando de sala en sala en el ala privada. Además de la carga docente, él tenía una muy activa práctica privada de referencias. Llegamos al cuarto adyacente al de una pareja de ancianos que habían sido misioneros en Africa. Habían vivido en la selva con los habitantes del lugar para escapar ser capturados por el ejército alemán y así sobrevivir a la Segunda Guerra Mundial. Ambos tenían aneurismas ascendentes de la aorta, una de las manifestaciones clásicas de la sífilis terciaria. Kampmeier era un reconocido experto mundial en sífilis. Además de su libro de texto sobre el diagnóstico clínico, él había escrito el libro clásico sobre sífilis, “*Essentials of Syphilology*.” Sir Willian Osler dijo, “Conocer la sífilis en todas sus

manifestaciones, es conocer la medicina.” Kampmeier *conocía* la sífilis.

Estuvimos parados en el pasillo hablando en tono bajo para no ser oídos por los pacientes. Uno de mis compañeros de clase presentó la historia, obviamente orgulloso de incluir muchos detalles que él creyó podían agradar a Kampmeier. Cuando terminó, Kampmeier preguntó, “Ahora, ¿qué me dice acerca de la lesión primaria... el chancro?” El estudiante enrojeció y respondió que le había dado mucha vergüenza preguntar tal cosa a los misioneros, especialmente ancianos. Kampmeier nos pidió esperar afuera. Entró a la habitación del hombre. Minutos más tarde, Kampmeier regreso al pasillo. Tenía el hábito de hacer muecas que hacían recordar a un conejo sabio. Su bigote bien cortado se movía hacia delante y atrás al final de su boca. Fruncía sus labios como una especie de puntuación para indicar el final de un punto que estaba haciendo. “El anciano caballero me dice que... lamentablemente, un día... había estado en la jungla con una joven del lugar... que esto ocurrió hace mas de veinte años, que perdió el control y tuvo una relación sexual. Dice que ha sido su única transgresión. Unos pocos días más tarde él notó una pequeña lesión... sobre su pene... en la unión del glande justo debajo del meato urinario, para ser exacto... no pensó nada de esto en ese tiempo.” Cada breve frase fue puntualizada por una mueca de sus labios “La falta de la fase secundaria, no es infrecuente... es muy importante obtener la historia de la primaria. No se puede estar seguro sin la historia del chancro. Se requiere dar un poco de ayuda... para lograr un interrogatorio cuidadoso.” En sus clases, Kampmeier había enfatizado que la sífilis no respetaba edad, sexo, educación, o posición en la vida. La había visto en todos los estratos. Nadie y ninguna profesión o nivel de educación estaban a salvo. Ver a dos ancianos misioneros con sífilis terciaria de la aorta grabó este punto en mi mente.

El episodio me enseñó otra lección más acerca de la habilidad de Kampmeier. Era una lección sobre el papel que la discreción debería

jugar en el diagnóstico. Mi compañero había estado demasiado apegado a la toma de su historia, dejando que la vergüenza interfiriera con el diagnóstico. Pero una vez que la verdadera historia se descubrió, había la obligación de no decir más que lo que a uno le concernía. En este caso, Kampmeier le aseguró al hombre que no le diría nada a la esposa sobre su trasgresión. Ambos fueron informados de la naturaleza de su enfermedad, y fueron tratados por sífilis terciaria, pero Kampmeier dijo que no era asunto suyo sino del esposo, el decir o no a la esposa la historia completa. Kampmeier no haría ningún juicio acerca del tema, considerándolo solamente un asunto entre el hombre y su esposa. La esposa sabía lo que tenía, pero no tenía idea de cómo había pescado la enfermedad. No era nuestra tarea como médicos meternos donde no éramos llamados o bienvenidos. Kampmeier creía que la medicina no es inmoral*, sino amoral. Como médicos, no estábamos para juzgar la moral de nadie. Estábamos para tratar asesinos con la misma atención como a cualquier otro, estábamos para confortar y curar, no para juzgar conductas.

El otro caso que demostraba la impresionante habilidad de Kampmeier para sacar la verdad de una historia médica, era el de un joven que había sido ingresado al hospital repetidas veces con un conjunto de hallazgos curiosos. Era admitido con fiebre alta y aire palpable debajo de la piel en la parte superior del cuerpo: enfisema subcutáneo. Cada vez entraba al hospital, se obtenían cultivos bacterianos, se comenzaba a tratar con estreptomycinina y penicilina, se recuperaba, regresaba a su casa para ser readmitido pocos meses después con los mismos síntomas. Nadie tenía la más ligera idea de la causa de este extraño síndrome. En una de las admisiones, el caso fue presentado en la revista semanal. Este era el evento de la semana y todos los alumnos de los dos últimos años junto con la mayoría de los

* NT: Según el Diccionario de la Real Academia Española, *inmoral* es que se opone a la moral o a las buenas costumbres; y *amoral* es desprovisto de moral o que prescinde del fin moral.

clínicos asistían a la discusión del caso. Uno de los médicos tratantes conducía la discusión, y discurría sobre cada posible germen que podía generar gas y hacía finas especulaciones para explicar cómo el microorganismo podría producir las manifestaciones clínicas del paciente, aunque ningún caso de enfisema subcutáneo infeccioso espontáneo había podido ser encontrado en la literatura. Toda clase de imaginables fistulas entre el pulmón y la piel, esófago y piel, faringe y piel, y otras fueron presentadas como posibilidades. Nada se había encontrado. La mayoría concluyó que el joven hombre tenía su propia y singular enfermedad, cualquiera que ésta sea. La historia de este caso fue famosa. Todos los residentes con entusiasmo anticiparon la siguiente admisión, esperando dar con la solución a este rompecabezas. Y las readmisiones continuaron, cada vez tan intrigantes como las anteriores. Finalmente, alguien pensó en pedir al Dr. Kampmeier que viera al paciente. Kampmeier escogió ver al paciente una noche después de que todas las visitas se habían ido. Después de hablar a solas con el hombre, Kampmeier emergió con la respuesta en la mano. El muchacho vivía en el campo, como también su novia. El padre del paciente administraba una gasolinera que estaba entre las dos casas. La pareja se encontraba con frecuencia en las noches en la parte de atrás de la gasolinera cerrada y tenían relaciones, pero no lo usual. Su novia tenía ideas extrañas acerca del sexo. Ocasionalmente ella insistía en hacerle un pequeño agujero en la piel de su brazo. Ella le insertaba una aguja para llenar los balones de fútbol y le metía aire con una bomba de bicicleta. El joven dijo que a ella le gustaba la sensación crujiente del aire debajo de la piel. La mayoría de las veces no le causaba problemas. Cuando le daba fiebre, sabía que tenía que ir inmediatamente al hospital. El misterio estaba resuelto y las acciones de Kampmeier subieron mucho más. Si Ud. es capaz de obtener una historia como ésta, Ud. puede obtener la historia de cualquiera.

Kampmeier vio la enfermedad como una interacción única entre una persona, los que la rodean y el ambiente en el cual vive, incluyendo la comida que come, el aire que respira, y las bacterias,

virus y parásitos que lo rodean. Para él, la historia de la enfermedad era la historia de la persona. Él con frecuencia diría: “¿Cuál es la historia del hombre? No se pierda en los detalles de los nombres de las enfermedades. Dígame la historia de la enfermedad del paciente.” Él prefería ir atrás, al comienzo de la enfermedad, al tiempo cuando la persona se sentía bien y estaba saludable por última vez y comenzar desde allí. Yo usé esta táctica con frecuencia en mi ejercicio.

Las revistas de Kampmeier en la consulta o en las salas demostraban su maestría en el proceso diagnóstico. Le presentábamos los casos. Únicamente quería la historia, e invertía una cantidad de tiempo en los detalles de la misma. Quería saber todo lo que fuera posible sobre un dolor. ¿Dónde estaba? ¿Adónde se irradiaba o movía? ¿El paciente lo podía señalar con un dedo o usaba toda la mano? ¿Usaba el dorso o la palma de la mano cuando indicaba el dolor? ¿Estaba la mano cerrada o abierta cuando señalaba el dolor? ¿Sonreía o se fruncía cuando hablaba del dolor? ¿A qué hora del día ocurría, en la noche, durante el día, antes o después de las comidas y si así era cuanto después aparecía? ¿Cuánto duraba el dolor? ¿Qué característica tenía el dolor? ¿Aparecía abruptamente o lentamente? ¿Subía y bajaba de intensidad o era constante? El Prof. Kampmeier podía continuar con preguntas acerca del dolor por tiempo interminable, especialmente si Ud. estaba presentado el caso o si Ud. no sabía las respuestas acerca de su paciente.

Kampmeier nos dio una cantidad de consejos útiles acerca de cómo hacer historias clínicas. Uno de los mejores era hacer repetir al paciente la descripción del síntoma. “Si Ud. esta en lo correcto, el paciente asentirá con la cabeza.” Lo verá en sus ojos. Ellos saben y Ud. sabe que Ud. entendió como se sienten los pacientes. Sólo entonces, podrá saber cómo el paciente siente realmente el síntoma.” Este es un método poderoso que apliqué toda la vida en el ejercicio profesional

Algunas veces en las presentaciones, él resumiría lo que había aprendido de la historia. Nos diría en detalle lo que el examen físico mostraría o no. La mayor parte del tiempo el examen físico añadiría poca o ninguna nueva información. Podría solamente confirmar lo que la historia le decía, pero no por eso él recomendaba un examen superficial o malo. Sólo hacia la salvedad que el examen físico era débil comparado con la historia. Usaba el examen físico para confirmar o refutar las posibilidades diagnósticas de la historia y para buscar signos de enfermedad que no eran sintomáticos todavía. Después del examen físico, nos decía lo que los resultados del laboratorio mostrarían o no. Él pensaba que el trabajo de laboratorio era sólo confirmatorio. Veía el laboratorio como una extensión del examen físico, y opinaba que los exámenes se debían pedir en respuesta a hallazgos de la historia o del examen físico. Un segmento del proceso diagnóstico lleva al siguiente segmento en un orden lógico. La historia llevaba al examen físico, éste llevaba al laboratorio y así de un modo iterativo.

Cuando pienso en el comienzo de ese semestre, todavía recuerdo la emoción que sentía ese día en la residencia de estudiantes cuando estaba contemplando todos esos instrumentos nuevos. Esos instrumentos refulgentes contenían muchas promesas. Y hacia el final del curso, realmente los había explorado y usado y vine a comprender la extensión a la cual tales instrumentos me llevaban y capacitaban a la más adecuada práctica de la medicina. Pero para entonces, los métodos de Kampmeier me habían mostrado cuan limitado es cualquier instrumento médico. Ningún estetoscopio puede detectar emociones como vergüenza y pena, y ningún oftalmoscopio puede decir lo que un paciente ha visto o hecho. Sólo el paciente puede decirle al médico esas cosas. Afortunadamente, si está entrenada y aguzada, todos tenemos la herramienta necesaria para trabajar en esas áreas donde otras se quedan cortas, ¡la mente humana!

El laboratorio clínico...

El frotis perfecto

Patología Clínica. – Una serie de clases y ejercicios de laboratorio con el microscopio y el método químico para el diagnóstico de la enfermedad. Los estudiantes son entrenados en las técnicas para examinar orina, sangre, esputo, contenido gástrico, heces y “líquidos obtenidos por punciones.” Se discute la interpretación de los datos del laboratorio. Ocho horas a la semana en el tercer trimestre del segundo año. Dr. Hartman.

*Programa 1952-1953
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Si uno se pregunta por qué han subido los costos del cuidado de la salud, sólo se necesita mirar cómo era la situación con respecto a los exámenes de laboratorio en los hospitales de enseñanza antes de la introducción de la cobertura de *Medicare** en 1966. Antes del *Medicare*, todo el trabajo del laboratorio era hecho por estudiantes de medicina sin ningún costo. Era trabajo de rutina, y era bastante trabajo. Se hacía un cobro nominal por química sanguínea y radiografías, pero todos los otros exámenes eran gratis. Los trabajadores hospitalarios estaban específicamente excluidos de la ley de salario mínimo, y muchos trabajaban por un dólar la hora o menos. La empresa entera era de baja tecnología y bajo costo. En lugar de equipo y pruebas sofisticados, el razonamiento clínico era el que reinaba. El costo del cuidado médico era generalmente pagado en

* NT: programa gubernamental de atención médica especialmente para ancianos.

efectivo o regalado como caridad. Había muy poco o nada de seguros de salud. Los pacientes eran muy cuidadosos al momento de hacerse exámenes aun cuando su médico los haya ordenado. Con frecuencia rechazaban hacérselos si ellos no podían pagarlos. La carencia de fondos hizo para los médicos que fuera imperativo el tener una aguda precisión clínica y evitar pedir exámenes innecesarios; y para los estudiantes de medicina que fuera necesario desarrollar rápidamente esas habilidades. Pero no importaba cuán agudo fuera el doctor, un trabajo de laboratorio lerdo podría hacer lento un diagnóstico o incluso desviarlo. Era responsabilidad del Dr. Robert Hartman asegurar que realizáramos todo el trabajo de laboratorio, con la habilidad y el cuidado que garantizarían que los resultados fueran la bendición para el diagnóstico propuesto, sin importar cuan rutinaria pudiera ser la tarea.

Nosotros conocimos al Dr. Hartman justo después de las vacaciones de navidad en el segundo año. Enseñaba patología clínica, una sección de la introducción a la clínica médica del Dr. Kampmeier. En este curso nos enseñaron todos los métodos de laboratorio que usaríamos para realmente hacer una serie de análisis en sangre, orina, heces, fluido espinal, y otros trabajos de laboratorio en pacientes que veríamos el año siguiente. Las únicas pruebas que no hacíamos eran las químicas sanguíneas, las que se realizaban en un laboratorio aparte.

Aunque trabajamos con una serie de fluidos corporales y sustancias, la sangre es la que asocio con el curso y con el Dr. Hartman. En algún grado esto es simplemente debido a la cantidad. Los estudiantes extraían sangre en todo el hospital y consultas para los análisis, así la sangre sería el principal fluido con el que trabajaríamos. Pero más allá de lo práctico y mundano, había algo más. Aquí había un *hombre* enseñando en el curso sobre sangre. Y él comenzó con una salpicadura.

En una de sus primeras clases, Hartman nos hizo esperar. Al lado del podio había una sábana blanca limpia enrollada sobre un paral de

madera. Después de que toda la clase había llegado tenía pocos minutos para acomodarse y comenzar a preguntarse acerca del para qué de la sábana, Hartman entró rápidamente seguido por dos mujeres. Las conoceríamos después como Dorothy y Susan, las dos técnicas en el curso, que se veían como dos adorables asistentes en el escenario listas para ayudar a su jefe, el mago, a realizar algún acto sorprendente. Las mujeres desenrollaron otra sábana, tapando la vista del gran Hartmandini. Segundos más tarde, la sábana fue corrida, revelando a Hartman parado al frente de una sábana cubierta de sangre. Susan y Dorothy, obviamente conscientes de cómo todo esto lucía, se pararon a cada lado, y extendieron sus manos hacia Hartman. Por su parte, Hartman parecía aun estar actuando lo ejecutado detrás de la sábana. Elevó ambos brazos en el aire y caminó alrededor en pequeños círculos.

Después de unas pocas vueltas, él desaceleró y habló. “Ahora, vamos a estimar la cantidad de sangre que acabo de derramar en la sábana,” anunció a viva voz. Cuando habló, la ilusión de Hartman como un maestro de magia era estremecedora. Carecía de voz como para comandar desde el escenario. Su voz sonaba siempre como que necesitaba aclararla, y luego aumentaba el volumen de una voz gangosa.

Dorothy fue a la pizarra y comenzó a hacer una tabla con varias columnas. Hartman interrogando a los estudiantes de la primera fila, luego la siguiente fila, hasta que cada uno había hecho un estimado (uno de sus primeros actos de magia menor fue aprenderse todos nuestros nombres al final de la primera semana.). Nuestros estimados fueron desde cincuenta a trescientos mililitros con un promedio de doscientos. La sábana parecía que había sido sumergida en sangre, y yo habría adivinado casi un litro de sangre si los otros no hubieran adivinado cifras más bajas.

Hartman sonrió ampliamente, casi carcajeando, cuando metió los números en la sumadora (el equivalente más cercano a una calculadora que los años cincuenta tenían para ofrecer) que él había

llevado a clase. “Por supuesto, yo podría calcular el promedio y desviación estándar del promedio, pero no haría eso. ¿Alguno sabe por qué?” Él hizo una pausa, y miró hacia atrás sobre su hombro con orgullo, pero no esperó por la respuesta. “Bien, nosotros todos sabemos que ya que tenemos el universo de respuestas y no simplemente una muestra del universo, nosotros no necesitamos hacer ningún cálculo de varianza. Nosotros podemos ver la varianza ahí mismo en el pizarrón.”

Luego, con nuestro interés y anticipación *in crescendo*, Hartman habló por varios minutos acerca de estadística y métodos de cálculo detallados. Cuando caía en esos frecuentes desvíos, su voz cambiaba a un tono más suave y bajo. Su expresión facial perdía intensidad. Si su voz disminuía en sus intentos de animador, sus divagaciones en metodologías misteriosas y formulas estadísticas se salían completamente del tema. Era como si dos personalidades distintas batallaban por el control. En lugar de *Jekyll y Hyde*,* había un conflicto menos dramático pero aún incongruente entre el investigador académico y el maestro de ceremonias, y este último nunca estaba en el escenario por mucho tiempo. En un momento, Hartman era un aficionado pero entusiasta mago deseoso de asombrar, luego ¡puf! se transformaría en el preocupado investigador académico. Algunas veces, parecía consciente de una divagación y él movería su cabeza y parpadearía sus ojos como para forzarse a salir de eso. Otras veces, saldría de ese estado por momentos como el estado post-ictal de confusión luego de crisis de gran mal. Tal como corresponde a una buena discusión errática, lo que él dijo acerca de estadística este día no tenía nada que hacer con el tema presentado: estimar la cantidad de sangre perdida.

Así que nosotros sentados allá, con la anticipación que había sido hábilmente construida, desvanecida, y de repente ¡puf! el animador se reafirmó. Hartman metió la mano en el bolsillo y con exageración

* NT: se refiere a la novela “*The strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde*” de R.L.B Stevenson de 1886, que plantea la lucha del bien y el mal en el mismo individuo.

sacó un pequeño recipiente con sangre. Sosteniéndolo tan alto como para que todos pudieran verlo, él anunció en una voz gangosa, “La cantidad de sangre real fue de diez mililitros como la que contiene este tubo.” Se volteó hacia una de sus asistentes. “Susan, por favor ponga una sábana limpia para mi próxima demostración.” Cuando la nueva sábana estaba lista, Hartman sostuvo el pequeño envase sobre su cabeza y lentamente caminó hacia la primera fila de asientos antes de regresar a la sábana.

Dando un paso atrás, tomó el tubo con sangre y con un rápido movimiento hacia la sábana, lanzó la sangre hacia la sábana limpia. La sangre se esparció sobre toda la sábana. La sábana se empapó. Los diez centímetros cúbicos se extendieron como casi un litro de sangre. Hartman luego caminó hacia la ventana abierta y sacudió el recipiente vació fuera de la ventana sobre el patio debajo. Su gesto tuvo el sabor de celebración como cuando se tira el vaso de champaña en la chimenea después del último brindis de la noche.

Hartman se volteó hacia la clase, obviamente complacido. “Nunca permita que se diga que Ud. no aprendió el verdadero problema de estimar la pérdida de sangre. Caballeros, esto no puede hacerse sólo por observación. Uds. deben medir la pérdida de sangre. En el caso de ropa de cama o aun campos quirúrgicos la pérdida de sangre no puede estimarse. Los cirujanos no pueden hacerlo, ni tampoco los pacientes.” Luego, continuó en una larga descripción de peso, luego secado, luego repesado de sábanas y gasas. De las diferencias en peso, uno podría exactamente calcular la cantidad de sangre. El método no era nada práctico, pero ilustraba el celo de Hartman por la exactitud.

Era una lección importante. Mientras aprendíamos a afinar y confiar en nuestros ojos y juicio, había el peligro que lo haríamos en tal medida que creeríamos demasiado en nuestros ojos y juicio. La presentación de Hartman nos reforzó la importancia de las técnicas que teníamos que aprender.

Mientras que el acto de Hartman en el escenario con las sábanas fue brillante, él exigía de cada uno de nosotros que realizáramos nuestro propio acto con sangre, haciéndolo incluso un requisito para aprobar el curso. Para pasar, cada uno de nosotros tenía que producir un frotis perfecto. Usando dos cubreobjetos de vidrio, poníamos una gota de sangre en uno de los vidrios dejando caer el segundo cubreobjeto sobre la gota de sangre y luego separando rápidamente los cubreobjetos, dejando un fino frotis en cada cubierta de vidrio. Luego teñíamos ambos frotis. Hartman detestaba el método de una lámina corrida contra la otra lámina, que era el más usado por la mayoría. Hablaba con pasión y animación sobre los errores que el viejo método de las dos láminas podría producir. Esto era un tema que le hacía alzar la voz a una completa voz gangosa cuando hablaba acerca de la idiotez de usar una lámina para hacer algo tan importante como un frotis de sangre.

Hartman era exacto y preciso en sus definiciones del frotis perfecto. El frotis no debería tener ni un solo glóbulo rojo que toque otro glóbulo rojo. Ninguno. Si encontraba cualquier célula tocándose con otra, rechazaba el frotis. La distancia entre dos glóbulos rojos no debería exceder el diámetro de dos glóbulos rojos. Siempre que creyéramos que teníamos el frotis perfecto, deberíamos llamarlo a nuestro microscopio y él evaluaría el frotis y daría su sentencia. Retiraba el banquito de laboratorio, se echaba los lentes sobre la cabeza y miraba al microscopio. Luego rápidamente movía la lámina un poquito y la mayor parte de las veces nos decía porqué era la lámina imperfecta. Algunas veces era que unas pocas células apenas se tocaban o una parte donde la sangre estaba muy delgada en los bordes. Cada vez que él rechazaba lo que yo tenía la esperanza de que estaba perfecto, sentía una sensación de náusea en mi estómago. Yo sabía que tenía que hacer muchos más antes de que alguno estuviera cerca de lo perfecto.

En cualquier momento de descanso, a menudo en la noche, nos sentábamos en las largas bancas del laboratorio de estudiantes. Al

principio nosotros nos pinchábamos los dedos entre nosotros, pero eso nos atrasaba mucho. Pronto aprendimos a pincharnos nuestros propios dedos. Nos sentábamos noche tras noche después de estudiar, para pincharnos con una aguja fina, dejando que la sangre gotee y luego haciendo frotis uno tras otro con nuestra sangre. Después que teníamos una docena o más, teñíamos los mejores con la coloración de *Wright*.

Y Hartman no solo exigía el frotis perfecto; también esperaba la coloración perfecta, con la cantidad correcta de azul y de rosa y sin precipitación del colorante. Era frustrante hacer un buen frotis y luego un desastre la tinción. No sé cuantos frotis tuve que hacer hasta obtener lo que se consideraba perfecto, pero deben haber sido cientos. Gracias a ello, este proceso nos enseñó cómo hacer los frotis rápido y apropiadamente. Usaríamos esta habilidad una y otra vez en los siguientes años en la escuela de medicina y en el internado. Pero parecía una enseñanza matadora. Nosotros nos quejábamos y despotricábamos lejos de los oídos de los profesores acerca de repetición sin sentido, y de los reclamos obsesivo-compulsivos de detalles triviales de todo esto.

Finalmente, todos hicimos frotis perfectos, a pesar de todas nuestras quejas. Hartman nos enseñó que hay un método correcto y uno incorrecto para hacer cualquier cosa. Más importante que un curso que comenzó con una salpicadura y terminó con un frotis, aprendimos acerca de la esencia de la perfección, una lección que caló lento pero profundo. Cuando se consigue la perfección, se aprende. Pero como aquellos que saludan el viaje cuando alcanzan el destino, es el perseguir la perfección tanto como su logro lo que produce los más valiosos dividendos al estudiante y más tarde, al médico. Por aprender cómo hacer para lograr la perfección en la más pequeña de las cosas, nosotros aprendimos porqué tales esfuerzos importan.

La relación médico-paciente...

Un vuelo solitario en la historia clínica

230. Medicina. Clases y demostraciones clínicas. Los estudiantes presentan los pacientes que les fueron asignados.

*Programa 1952-1953, página 80
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Los cursos clínicos con Kampmeier y Hartman estuvieron en el último mes del segundo año. Pronto estaríamos en las salas y en las pasantías. Las pasantías consistían en rotaciones de tres meses en los principales campos de la medicina y de la cirugía. Pediatría y obstetricia tenían seis semanas cada una. Todo lo demás era considerado una sub-especialidad y sería cubierto por rotaciones clínicas en el último año. Estábamos en las fases finales de nuestra preparación para trabajar directamente con pacientes y ser parte del equipo de internos y asistentes de los residentes quienes realmente atendían a los pacientes.

En este último mes del curso, trabajamos solos por primera vez con un paciente a la vez. Yo estaba en la fase terrible de hacer la historia clínica y todavía tenía que tener mi esquema a mano y la lista de síntomas sobre una carpeta en mi regazo. Llegué a pensar que tomar una historia era justamente eso. Haría preguntas acerca de los síntomas y el paciente contestaría. Para cuando terminara, tendría una lista de todos los síntomas, fechas, y nombres de enfermedades

previas, operaciones, y medicamentos actuales. Sabría qué enfermedades tuvieron el padre y la madre, y sabría algo sobre la historia social. El paciente estaba allí para contestar mis preguntas. Eso era lo que pensaba, hasta que me encontré con Lemuel Harrison en mi viaje solitario en la toma de la historia.

Lemuel Harrison era un granjero de sesenta y nueve años de edad del condado de Cheatham, uno de los cinco condados que rodean a Nashville. Estos condados eran llamados condados marginales por su localización alrededor de la ciudad, y porque ellos formaban un alto anillo de arena y piedra caliza alrededor de la cuenca donde se asienta Nashville. Geológicamente, todo esto era los residuos de la erosión de millones de años de los desgastados montes Apalaches al este. El Sr. Harrison vivía en el condado más pobre, donde el suelo era tan estéril que lo único que crecía era el maíz, y el único dinero que se producía era de la ganancia del *whiskey* de maíz.

El Sr. Harrison estaba en la 3300, en la sala de hombres de dieciséis camas. Estaba en la tercera cama de la izquierda, con una vista de toda la sala. Cada cama tenía una cortina que colgaba de un riel y que podía cerrarse para crear un poco de privacidad. Rápidamente descubrí que la cortina no bloqueaba ningún ruido. Él estaba levantado sobre almohadas cuando me dirigí hacia la cama. Cerca de siete u ocho hombres en batas y pijamas retrocedieron, deslizándose en sus sillas cuando me aproximé. El gran sultán estaba despidiendo a su corte.

“Bueno, mejor lo dejamos por ahora, muchachos. Me dieron un doctor nuevo,” anunció el Sr. Harrison en una voz alta no habitual. Todavía yo no había aprendido que él estaba parcialmente sordo.

“Ud. es uno de los aprendices de doctor, ¿no es cierto?” preguntó el Sr. Harrison. Sacó sus piernas del borde de la cama, se levantó de su pila de almohadas, y arregló su cabello con su mano. “Como que está aprendiendo a ser doctor, ¿no es verdad?” Esto trajo unas risitas de su tribu.

“Si señor, yo estoy aprendiendo,” dije. Tiré la cortina alrededor de su cama y me senté en la silla directamente en frente de él. Se sentó más alto que yo y lanzó una mirada a ambos lados. Con percepción tardía, me di cuenta que estaba chequeando a su audiencia. Volviendo hacia atrás, ahora me doy cuenta que mi gran error fue estar sentado más bajo que el Sr. Harrison. Así renunciaba inmediatamente a cualquier pequeña ventaja que pudiera haber tenido.

“Bueno, dispare nada más. Hágame cualquier pregunta que Ud. quiera,” dijo, acomodando su brazo derecho en el aire para ajustar las mangas de su bata de baño.

“Bien, ¿qué le trajo a Ud. al hospital?” pregunté, pensando que le dejaría contarme su historia y divagar un poquito. No iba a cometer el error que cometimos con la mujer que tomaba doce litros de agua al día.

“¿Qué dijo?” contestó él. Yo había aprendido que tenía que hablar en voz muy alta, o tenía que repetir todo. Sospeché que me hacía repetir las preguntas siempre que él tuviera particularmente una buena respuesta. Repetí mi pregunta, investigando qué lo había traído al hospital.

“Era un Ford del 38,” contestó el Sr. Harrison, riéndose entre dientes. Fuera de la cortina delgada, yo podía oír unas pocas risas, luego sillas que se movían como una pequeña audiencia que se reunía afuera de la cortina. La tribu estaba viniendo a la sesión.

Ahí aprendí de inmediato a nunca enunciar de ese modo tal pregunta. Aprendería un montón de cosas más ese día antes de terminar de tomar la historia del Sr. Harrison.

“No quise decir qué carro lo trajo. ¿Qué problema médico lo hizo venir?” pregunté. Podía sentir enrojecer mi cara. Sentí una sensación de hundimiento, dándome cuanta que estaba en un momento difícil.

“Bueno pues justo *poder* hacerlo bien. No puedo mear como antes.” Más risas y algún murmullo al otro lado de la cortina.

Di una mirada a mi lista de preguntas, aun no automáticas en mi interrogatorio. “Ud. quiere decir que su chorro ha disminuido?” pregunté.

“Qué demonios, sí. Era capaz de abrir un hueco en una hoja de col a unos seis metros.” Hizo una pausa para esperar las risas y aplausos cerrados de afuera de la cortina. “Cuéntale, Lem,” oí que uno de ellos gritó. Su ocasión era perfecta.

“Ahora no puedo hacer un hueco en una servilleta de papel mojada.” La audiencia creció más, podía decirlo por el ruido de más sillas. Nadie quería perderse esto. Ahora había pocos ecos de respuestas del grupo reunido. “Cuéntale viejo.” Más risitas y unas pocas risas fuertes.

“De hecho mi *pipi* no hace muchas de las cosas que acostumbraba hacer.” El Sr. Harrison lanzó esto. Para este momento él tenía una audiencia llena afuera de la cortina.

Luché a través de una larga y divagante historia de su vida en la granja, sus tres esposas, y trece hijos, la Gran Depresión, su parte en la I Guerra Mundial, y las partes de sus hijos en la II Guerra Mundial. Se enorgulleció de haber conocido personalmente al Sargento Alvin York, el legendario héroe de guerra de Tennessee. El Sr. Harrison dijo que se había criado en el valle al lado de donde todavía vivía, cerca de Jamestown en el condado Fentress, y que más tarde se mudó al condado de Cheatham donde se casó con su primera esposa. Cada cuento traía más y más risa. El Sr. Harrison estaba completamente a cargo de la situación y yo estaba luchando para hacer todas las preguntas que se suponía tenía que hacer. Yo había ido muy lejos en dejar al paciente contar su historia.

Una fase de la historia es la llamada revisión por sistemas, donde los síntomas por cada órgano se exploran sistemáticamente. Esto comienza con cabeza y progresa pasando por corazón, pulmones, tracto gastrointestinal, y riñones hasta bajar a piernas y pies. Yo había ido bajando al tracto gastrointestinal y estaba chequeando sus hábitos intestinales.

“¿Cómo están sus hábitos intestinales?” pregunté.

“¿Qué dice?” preguntó él.

“Sus hábitos intestinales. Sus heces. Cómo están?” Elevé mi voz un poquito.

“No puedo oírlo,” dijo él, arrimándose hacia mi con su cabeza inclinada hacia un oído. Yo sabía de alguna manera en el fondo de mi cerebro que estaba siendo probado.

“HABITOS INTESTINALES. SUS HECES. ¿UD. PUEDE IR AL BAÑO?” Yo estaba casi gritando.

“Ah, le entiendo. Bueno sí, hago una descarga todos los días de mi vida.” Eso trajo la audiencia abajo. Para este momento, debe haber tenido la sala completa y todos los visitantes afuera de la cortina. Yo estaba al borde de renunciar a cualquier semblante de ser profesional. Estaba comenzando a disfrutar la sesión, y no me importaba alimentarlo con algunas líneas directas.

Yo había revisado todos los sistemas por síntomas y ahora intentaba obtener su “historia social.”

“¿Qué otros trabajos ha tenido aparte de la granja?”

“Ah, le entiendo. Yo hago licor de maíz.”

“¿Cómo lo hace?” pregunté. Yo estaba fascinado.

“Bueno, pongo maíz y cebada, y mucha azúcar y agua. Hago una mezcla. Pongo todo en un gran barril de madera. Toma algún tiempo este trabajo, Ud. sabe, fermentar. Por supuesto, yo lo *preparo* algo. Yup, yo lo *preparo*.” El hizo una pausa, esperando. Yo tomé el bate.

“Prepararlo, ¿qué quiere decir?” pregunté.

“Bueno, yo lo hago especial,” contestó. “Yo pongo una pala o dos de mierda de caballo.”

“¿Qué... de caballo?” pregunté, no creyendo lo que el acababa de decir.

“MIERDA DE CABALLO, HIJITO, MIERDA DE CABALLO.”

La sala reventó en risa. Ahora había gritos, todos se sumaron a esto. Me sentí como que estaba en un encuentro de lucha con la multitud que estaba desbocada. “Cuéntale, viejo.” “Continua” “Eso es verdadero *whiskey*.” “Hombre, no voy a ir cerca de su casa!” “¿Quién oyó alguna vez acerca de *whiskey* de mierda de caballo?” Finalmente, la multitud se aplacó.

“¿Por qué pone heces de caballo en su mezcla?” pregunté.

“Le da al *whiskey* un gusto especial.”

Continué viendo al Sr. Harrison diariamente y conversando con él. Le operaron la próstata y se quedó en el hospital por casi dos semanas. Me narró historias de cuando creció en las montañas de Tennessee, de cazar pavos salvajes, del baile de cuadrilla, de cortejar a su primera esposa. El había cazado osos salvajes, y tiempo atrás había alcanzado todavía a ver lobos en la región. Su abuelo mudado desde las Carolinas, se había establecido en las montañas y había llegado a conocer indios que todavía vivían en el área.

El Sr. Harrison me enseñó mucho acerca de la toma de la historia clínica. Yo aprendería lentamente como ser directo, dejar espacio para que los pacientes se muevan libremente cuando es necesario dentro de sus propias historias. Descubriría que la información verdaderamente importante surge cuando se le permite al paciente hablar, y que las preguntas de “sí” y de “no” sólo traen respuestas de “sí” y de “no.” Hay una fina línea para mantener fluyendo la historia, y todavía cubrir todo lo que es necesario para reunir la información requerida. Años después, yo encontraría que algunas historias tardan semanas o meses en llenarse. Algunas necesitan años para extraer la completa narrativa de la vida de una persona y su relación con su salud y enfermedad. La enfermedad es en gran parte una narración personal, y perder toda la narrativa es perder mucho acerca de comprender la enfermedad en un individuo dado. Yo aprendí la verdad de un viejo dicho, que es tan importante conocer al paciente

con la enfermedad como conocer la enfermedad. Algunas personas se desempeñan muy bien con la enfermedad que a otras las incapacita.

Nosotros necesitábamos aprender a hacer una historia completa de una vez, pero ese proceso daba una comprensión artificial de lo que sería en la práctica, ver pacientes a lo largo de mucho tiempo. Solamente entonces entendería cuan lentamente se revelan algunas historias, y cuan imposible es reunir algo más que una pobre descripción de una vida en menos de una hora.

El Sr. Harrison tuvo una vida maravillosa. Y él la compartió conmigo y me enseñó mucho acerca de la gente. Siempre le estaré agradecido. Todos mis pacientes fueron mis maestros. Él fue uno de los mejores.

Las diversiones...

El fantasma de plata

Aunque no hay tiempo planificado para actividades extra-curriculares, yo sugiero recesos periódicos en su rutina de estudio como un modo de refrescar sus mentes.

*Notas del Decano
Otoño 1951*

Una noche cerca de la medianoche, hacia el final del segundo año, encontré a Oscar sentado en la sala de la casa Phi Chi, sosteniendo una gran lata de pintura.

“Mira lo que encontré en el armario del pasillo,” dijo. Era un galón de pintura plateada metálica y varias brochas. Nuevo aun no abierto. Ambos miramos la lata.

“Vamos a pintar los pomos de las puertas de plateado,” balbucí. “Es exactamente lo que estaba pensando,” dijo Oscar. “Y no digamos nada. Esperemos hasta que alguien lo note.”

Hicimos nuestro plan. Pintaríamos de plateado unos cuantos pomos de las puertas y esperaríamos. Nos pusimos de acuerdo en negar cualquier participación y crear así un misterio. Esa noche pintamos tres manubrios y el marco de uno de los cuadros de plateado brillante. Luego escondimos las pinturas.

Nadie notó nada en los dos días siguientes. Requirió de toda nuestra voluntad para no decir nada. Oscar y yo nos pusimos de acuerdo para encontrarnos de nuevo tarde en la noche cuando los demás estén durmiendo y pintar algo más. La noche siguiente

pintamos todos los manubrios del recibo y las cerraduras, también. Luego continuamos la juerga y pintamos el borde de la televisión, todos los marcos de los cuadros en el pasillo abajo, y el manubrio y la aldaba de la entrada.

La noche subsiguiente era viernes con todas sus ceremonias. Es decir, la carta más reciente de la mamá de Oscar y la adjudicación del premio *Novillo Cornudo* para el estudiante más “excitado” de la semana. Alguien había encontrado un enorme lote de cuernos *Texas Longhorn*, así que cada semana se galardonaba al que saliera con la historia más absurda de algún compañero con una muchacha. La mayoría de las historias eran acomodadas, más fantasía que realidad. Wally, como era habitual, nos estaba hablando sobre el nuevo jefe de cirugía y el terror del pabellón, el Dr. Scott. En ese momento, alguien mencionó los manubrios plateados. Alguno más dijo que el televisor estaba plateado. Con esto la mesa del comedor se quedó vacía. Todos corrimos arriba a ver qué más estaba plateado.

Nos quedamos en el recibo, mirando el trabajo manual de Oscar y mio. Wally chilló, “Miren, pintaron los marcos de los cuadros.” Jean dijo, “Chequeen las cerraduras... todas plateadas. ¿Qué demonios está pasando?”

La multitud estaba corriendo en búsqueda de más objetos plateados. En minutos todo lo que habíamos pintado había sido encontrado. Oscar y yo corrimos mirando alrededor como los demás, señalando una o dos cosas que los otros habían dejado escapar. Era difícil contenernos y no reír. La respuesta excedía nuestra más salvaje imaginación. El lugar estaba enloquecido.

Wally le dio nombre. “Es el Fantasma de Plata. Alguien está pintando esta casa de plateado. Va ser uno de esos AKKs.”

La residencia AKK, la otra fraternidad médica. Estaba en la siguiente puerta con un lote vacío de por medio. Nos movíamos libremente para allá y para acá entre las dos casas, y poníamos poca atención o ninguna atención a que casa pertenecía cada quien. El único tiempo en que poníamos atención era las noches de los sábados,

cuando jugábamos a la caza de citas y captura entre las dos casas, pero esa es otra larga historia.

Por días la AKK permaneció sospechosa como la número uno. Oscar y yo incitamos esas sospechas. Oscar insistió que esperáramos para hacer cualquier otra pintura más. Yo quería hacerlo la primera noche que la pintura se descubrió. Nosotros esperamos. La tensión se elevó. Cada noche a la cena, era el principal tópico de discusión. Quien era el Fantasma de Plata. Cada quien estaba buscando objetos plateados recién pintados.

Después de varios días, Oscar y yo hicimos planes para el siguiente ataque de pintura. Habíamos escondido la pintura en una esquina bajo la casa para que nadie pudiera encontrarla. Decidimos regresar temprano luego de estudiar cuando nadie estaba en la casa, hacer la pintura, luego regresar al hospital y regresar más tarde a la casa junto con el grupo. Esa noche pintamos casi todo lo que se podía ver. Hicimos el marco de la puerta del recibo, la lámpara en el cielorraso, las ventanas cerradas en la sala., las divisiones en la ventana del frente, la tela metálica en la chimenea, y todos los restantes pomos en el primer piso. Estábamos allí cuando Wally entró.

“Bueno, me condenaré. No lo puedo creer. Uds. dos.” Wally se sentó en la silla movía su cabeza, y ría.

“OK, OK, nos encontraste, cállate y únete a nosotros.” respondió Oscar rápidamente, “pero mantén la boca cerrada, sin habladurías.” Oscar detestaba cualquier clase de chismorreo y más tarde predijo que Wally sería incapaz de tener la boca cerrada. “No hay modo que él pueda guardar un secreto.”

Wally estuvo de acuerdo y saltó a la tarea, se puso a pintar furiosamente. Riendo-pintando-riendo. Pintó algunos de los pasamanos de la escalera que va a los pisos de arriba. Limpiamos todo y corrimos al hospital justo a tiempo para regresar a la casa con el grupo de estudio. Ellos se pusieron frenéticos cuando vieron la pintura fresca.

Wally se puso loco con el resto del grupo, Wally era el más bullicioso de todos, profetizando la peor de las suertes a quien fuera el Fantasma de Plata. Toda clase de amenazas fueron hechas. Un miembro del grupo quería llamar a la policía. Nosotros sofocamos la idea rápidamente. Nos sentamos alrededor del recibo tratando de descubrir como encontrar el Fantasma de Plata. Finalmente, cada uno renunció y se fue a la cama.

Requirió de toda nuestra voluntad para mantener a Wally sin hablar. Sabíamos que él quería confesar, así que ganaría el crédito por ser el fantasma. Cada noche a la hora de la cena teníamos que hacerle caras para mantenerlo quieto cada vez que surgiera el tema de la pintura plateada.

Cada uno estaba tan vigilante, que no podríamos pintar de nuevo. Todos acordamos que nos rotaríamos de modo que alguien se quede en la casa estudiando y que así pudiéramos agarrar al fantasma. No nos atreveríamos a pintar fuera nuestro turno de quedarnos en la casa porque habría sido una revelación de nuestro secreto.

Tal como lo predijo Oscar, Wally no pudo mantener el suspenso. Un viernes en la noche se levantó y confesó, lanzándonos a Oscar y a mí al escarnio. El grupo explotó. Ellos comenzaron a gritar y a tirarnos comida y agua, riendo y gritando. Luego alguien gritó, “¡Vamos a mojarlos con la manguera!” Con eso, ellos agarraron a Wally, mientras Oscar y yo corríamos por los escalones. Llegamos al frente de la casa, únicamente para ser pescados, sujetados y mojados con agua fría. El grupo, ahora mojados y tiritando de frío, se doblaban de risa, de regreso al recibo. Y se tiraron en las sillas. Cada uno tomaba turnos contando quien había pensado que era el Fantasma de Plata. Reímos hasta más no poder. Oscar, con su excesivo detalle habitual contó su versión de lo que hicimos. Luego yo di la mía. Wally dijo su versión, constantemente interrumpida y corregida por Oscar. Cada historia provocaba más risa. Finalmente, nos fuimos acostar exhaustos pero también muy alborozados. Podía oír los brotes de risa franca y de risitas de los otros cuartos cuando cada uno

contaba y recontaba los cuentos del Fantasma de Plata. La casa gradualmente se fue aplacando y quedando en silencio el resto de la noche.

El Fantasma de Plata desapareció pero no quedó en el olvido. No había muchos límites para lo que unos estudiantes de medicina, privados de tantas cosas, pudieran hacer para divertirse.

La cirugía...

Los cirujanos nacen no se hacen

5. Sala de Cirugía.- Por un trimestre, una tercera parte de los estudiantes del tercer año trabajan diariamente como ayudantes en las salas quirúrgicas del Hospital de la Universidad de Vanderbilt. Los estudiantes, bajo la dirección de los cirujanos, toman historias, hacen exámenes físicos, y realizan los exámenes de laboratorio de rutina. Las revistas se pasan diariamente con varios miembros del cuerpo de cirujanos que discuten las afecciones quirúrgicas con los estudiantes. Los estudiantes pueden estar presentes en los quirófanos las veces que sus tareas lo permitan. Cuando sea posible, el estudiante puede ayudar en la operación del paciente que le ha sido asignado en la sala. Aproximadamente el curso es de veinte horas por semana durante un trimestre del tercer año.

*Programa 1953-1954
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Mi primera rotación clínica en el tercer año fue en las salas de cirugía. Hay dos cosas de la cirugía que no pude aprender a aceptar: quirófanos y cirujanos. Mi primer encuentro con la cirugía estableció esa posición. Yo iba al cuarto piso del hospital cuando el ascensor se detuvo en el tercer piso. Cuando la puerta se abrió, había un gnomo en bata blanca. El anciano me habló agriamente. Su larga bata casi tocaba el suelo, ya que apenas media un poco más de metro y medio. “Salga de este ascensor,” dijo en una voz aguda y desagradable. La sala de seguridad de psiquiatría estaba justo al voltear. Pensé que podía ser uno de los pacientes que se había escapado, disfrazado de doctor. Me eche más hacia atrás en el ascensor. “Salga ahora, salga de

este ascensor.” Tenía una actitud de reprobación y una postura que lo hacía ver más pequeño. Pensé por un momento que me iba a pegar.

No sabía que hacer. Había notado que tenía un estetoscopio en el bolsillo de la bata. Estuvimos allí por unos segundos mirándonos. “Salga. Los estudiantes de medicina no usan los ascensores. Salga ahora.” Él estaba imperturbable. Cuando me deslicé para salir pasando por su lado, él dijo de nuevo, “Los estudiantes de medicina no van en ascensores. No deje que lo agarre de nuevo” ¿Dónde cree que consiguió el tiempo para gastarlo haraganeando en los ascensores? Los estudiantes de medicina usan las escaleras.”

Me quedé en el corredor preguntándome quién y qué era todo esto. Uno de los residentes pasaba por allí, así que le conté lo que había sucedido y le describí al hombre. Me dijo que debía haber sido el Dr. Barney Brooks, el jefe de cirugía retirado. Para mi gran alivio, esa fue la única vez que vi al Dr. Brooks. Barney Brooks era una leyenda en la escuela. Había sido jefe de cirugía por más de veinte años, y había aterrorizado a los estudiantes y residentes por todo ese tiempo. Se había retirado como jefe el año anterior.

Había una historia vieja que era repetida y repetida. El Dr. Brooks estaba en el estrado del anfiteatro en una de sus clases. Siempre traían al paciente en una camilla. El Dr. Brooks estaba en un lado y el estudiante en el otro lado de la camilla. El paciente tenía una úlcera duodenal y estaba siendo preparado para una resección gástrica, la operación usual para las úlceras duodenales intratables en ese tiempo. El Dr. Brooks estaba discutiendo la terapia dietética, y le preguntó al estudiante que cómo alimentaría al paciente.

El estudiante ya paralizado de terror, se quedó congelado.

El Dr. Brooks le gritó con su aguda voz, “Bueno, ¿Qué le daría Ud. a este paciente?”

El estudiante vaciló, paralizado por el miedo.

El Dr. Brooks gritó “¿Y entonces?”

Todavía con terror, el estudiante balbuceó “puré de papas.” De dónde saco eso, nadie supo.

Brooks daba vueltas y gritaba “¿Puré de papas? ¿PURÉ DE PAPAS?

El estudiante se desmayó y cayó al suelo. Brooks iba a continuar su discusión, cuando el estudiante se levantó apoyándose en las barandas de la cama. Brooks fue de nuevo hacia él, “PURE DE PAPAS, ¿ESO ES TODO LO QUE PUEDE DECIR?”

El resto de la historia es que el estudiante se desmayó de nuevo. Después de mi encuentro en el ascensor, no tenía ninguna duda de la veracidad de cualquier historia acerca del Dr. Brooks.

Hubo otro encuentro con un cirujano que eliminó cualquier duda acerca de la cirugía como una opción para mí. Yo había sido asignado a un paciente de traumatología. El hombre estaba cerca de los sesenta años y tenía una fractura del fémur que requería una reducción abierta. Como estudiante de medicina mi trabajo era tomar la historia inicial, hacer el examen físico y realizar todo el laboratorio de rutina.

Iba a ser mi primer cepillado quirúrgico antes de la intervención de un caso real. Yo había practicado el cepillado como parte del curso de introducción a la clínica médica. Nos poníamos en las manos carbón negro, nos vendábamos los ojos y luego nos cepillábamos por los diez minutos requeridos. Cuando retirábamos los vendajes, nos sorprendíamos de ver cuánto material negro estaba todavía entre nuestros dedos y debajo de las uñas. Era un gran modo de enseñar cuan bien se debe restregar para limpiar cada parte de la mano. Pronto nos volvimos muy expertos en esto.

El lavado quirúrgico oficial era de diez minutos, usando jabón y un cepillo duro para las manos. Primero nos cepillábamos del codo al antebrazo, a la muñeca, las palmas y luego los dedos y el dorso. Cuando llegábamos a los dedos, sistemáticamente comenzábamos uno por uno (el tope, la base, los lados y el dorso) y lentamente hacer esta maniobra en los diez dedos. Luego poníamos especial atención

en las uñas, asegurándonos que las cerdas llegaran debajo de las uñas. Habíamos aprendido que las áreas entre dedos, eran especialmente difíciles de limpiar, así que poníamos atención a estas zonas también. Cuando terminábamos, nos enjuagábamos de las manos a los codos teniendo cuidado de mantener las manos en el aire por encima del nivel de los codos. Esto permitía que el agua corriera afuera de los codos y no se dirigiera hacia las manos.

El traumatólogo, el residente y el interno estaban ya vestidos y comenzado la operación cuando yo terminé mi cepillado, me arrimé contra la puerta batiente con mi dorso, poniendo cuidado especial de no tocar nada con mis brazos o manos. Ahora estaba en el quirófano. El cirujano se volteó, me miró y dijo: “Fuera, Ud. tocó el paral del suero. Regrese y vuelva a cepillarse otros diez minutos.” Apenas cuando había comenzado a protestar, el residente ayudante giró y exclamo: “Oiga, *mocoso*, vaya y cepílese. Y no se contamine de nuevo, ¿lo entendió?” Varios de los residentes de cirugía llamaban a los estudiantes “*mocos*.” Los internos de cirugía eran llamados “los muchachos de los lados.” Todos los internistas y residentes de medicina eran llamados “moscas,” implicando que ellos vivían en las espaldas de los cirujanos, quienes eran llamados “*top dogs*.” Un término alterno para los internistas era “quemadores de plumas.” Esto implicaba que los internistas realmente no “hacían” nada, que sólo danzaban quemando plumas alrededor de la cama.

Yo estaba seguro de no haber tocado nada cuando entré al quirófano, y absolutamente convencido que no me había contaminado. Estaba siendo acosado, y no había nada que pudiera hacer. El cirujano en el quirófano era Dios, Rey, Dictador y el Capitán del barco. Él tenía autoridad absoluta. Ese era el modo como era y yo lo sabía. Me metí en el cuarto para el cepillado y comencé nuevamente. Pronto pequeños puntos de sangrado aparecieron en mis brazos. Mi piel estaba casi en carne viva. De algún modo logre repetir la acción de lavado por diez minutos por el reloj. Nuevamente regrese

a la sala de operaciones tomando un cuidado extra de no tocar la puerta o cualquier otra cosa.

Estaba con mis brazos levantados listo para que la enfermera circulante me coloque la bata, cuando de nuevo, el cirujano se volvió repentinamente, me miró y dijo: “No voy a tener ningún estudiante *mocoso* que venga aquí a infectar mis pacientes. Ud. se ha contaminado de nuevo. Lávese otros diez minutos, sin equivocarse, ¿entendió?” Él se volteó hacia la enfermera, “Ponga el reloj y dígame cuando hayan pasado los diez minutos.”

Yo estaba echando chispas. Toda la situación era completamente injusta. Empujé la puerta hacia el cuarto de lavado y me paré allí. Rápidamente decidí que no lo iba a hacer de nuevo. La cirugía iba ya en más de la mitad. Decidí irme. Me escurrí en el vestuario, me cambié de ropa y me fui al laboratorio de estudiantes. Hank estaba “pipeteando” sangre para una cuenta blanca. Le conté lo sucedido. Era una rotación de cuatro semanas. Me escondería por el resto del tiempo para hacer el trabajo de los casos de cirugía, que me fueran asignados. Vivía con el temor de ser descubierto, pero la suerte estuvo conmigo, y pase todo el período sin que me descubrieran. Creo que el cirujano nunca supo mi nombre Y yo fui capaz de evitarlo por el resto del mes.

La idea de hacer cirugía por otros cinco años después de terminar la escuela de medicina era impensable. Aunque hay muchas habilidades que un cirujano necesita, hay mínimo dos cualidades, extraordinaria capacidad física y la habilidad para absorber regaños y abuso. Yo carecía de ambos. Después de cinco años de abuso de los superiores, es un milagro que los cirujanos no sean más gruñones y abusivos de lo que algunos de ellos son. Además de la carencia de estos atributos, no estaba hecho para ser cirujano. No tenía la destreza manual que se necesitaba para hacer el trabajo. No me gustaba estar de pie por largos períodos para sostener los retractores. Estaba aburrido con el progreso muy lento de la mayoría de las operaciones.

Parecía que abrir y cerrar tomaba horas. Pero más allá de estos requerimientos físicos, no pensaba como un cirujano.

Los cirujanos están orientados a la acción. Su credo es, “No esté allí parado, haga algo.” Por el contrario los clínicos podrían decir, “No sólo esté allí, no haga nada.” Los cirujanos están entrenados para tomar decisiones basadas en pocos datos. Una vez que deciden, van a la acción. Ellos operan. Un cirujano es de lo más feliz en la sala de operaciones. “Un chance para cortar es un chance para curar” era la antítesis de lo que yo pensaba era la esencia de la medicina.

Los cirujanos son una cepa especial, probablemente identificable a los cinco años, o a más tardar en la adolescencia, y con más certeza desde el primer año de medicina. Yo he enseñado a estudiantes de medicina por más de cuarenta años, y creo que puedo divisar los jóvenes cirujanos desde que los conozco en el primer año. Si jugaban fútbol americano, ellos eran casi siempre *running back*, *quarterback*, o *wide receiver*, excepto por los traumatólogos quienes generalmente jugaban en la línea ofensiva.

Cuando mi primera rotación clínica del tercer año terminó, yo ya había descartado una de las opciones para mi carrera. Pediatría, obstetricia y medicina todavía estaban por venir.

La inexperiencia...

Algunas lecciones no necesitan repetirse

340. Cirugía.- El objeto del curso es instruir al estudiante en los métodos de diagnóstico físico particularmente en lo que se refiere a enfermedades de tratamiento quirúrgico. El estudiante es instruido en los métodos de examen físico del abdomen, de la columna vertebral, de las articulaciones, deformidades y otros.

*Programa 1953-1954, página 89
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Estaba rotando en cirugía general como estudiante de tercer año cuando me asignaron a Rupert Mullins. El Sr. Mullins estaba completamente demente y era incapaz de dar una historia precisa. El divagaba acerca de su granja y de su hija, Rheet. Ella se aparecía de vez en cuando a visitarlo. Con su ayuda, logré juntar los pedazos de la historia médica de su padre.

El Sr. Mullins había cultivado tabaco en un pequeño pedazo de tierra en uno de los condados cercanos. Su esposa había muerto hacía un año, y él continuaba viviendo en la misma finca con su hija solterona. Ambos estaban viviendo de la ayuda del estado, sin ningún otro ingreso desde que el Sr. Mullins enfermó. Rheet para visitar a su padre tenía que tomar el bus o aceptar el transporte de un vecino cuando éste venía a la ciudad. Ellos no tenían teléfono, electricidad ni agua potable.

El Sr. Mullins ingresó al hospital luego de romperse la cadera al caerse de unos escalones. Su cadera se había estabilizado y había estado convaleciente por más de un mes cuando me lo asignaron. Las largas estadías en el hospital eran comunes en ese tiempo ya que no había otras alternativas. No había asilos, ni cuidados de salud en los hogares, ni unidades de rehabilitación. Su hija no tenía modo de cuidarlo hasta que él pudiera moverse algo.

En las noches el Sr. Mullins se ponía más confundido, gritón y a veces agresivo. Esta confusión nocturna era llamada “síndrome de la caída del sol” Cuando el sol caía algunos hospitalizados perdían toda referencia familiar en sus alrededores y se volvían combativos y confundidos por las sombras y la penumbra. Por las noches, el personal los sujetaba por las muñecas y los tobillos. El estar retenidos aumentaba su confusión, y los hacía gritar. La pobre enfermera solitaria y su única ayudante tenían sus manos ocupadas con treinta pacientes. La escena completa me recordaba las películas de Frankenstein de mi juventud, en las cuales la multitud pensaba que tenía el monstruo acorralado y amarrado, pero en la siguiente escena y sin que la gente lo supiera, el monstruo comenzaba a desatarse en el sótano del castillo.

Una vez avanzada la noche, estaba sentado en el puesto de enfermeras escribiendo las admisiones del día. La sala estaba a oscuras, y las luces del pasillo reducidas. Había luz sólo en la estación de enfermeras, donde la enfermera encargada y yo nos sentábamos. Éramos el único personal presente cuando yo oí una conmoción al fondo del pasillo. El Sr. Mullins venía saltando en el oscuro pasillo.

“Rheet, Rheet, por Dios, ven a sacarme de aquí. Ellos me amarraron. Rheet... Rheet ... sal del campo.” Su llamada era fuerte y penosa. De algún modo, había logrado desatarse las amarras de sus brazos y piernas. Tenía todavía las tiras blancas colgando de sus pies y manos. Estaba completamente desnudo excepto por las tiras y los vendajes *Ace* en ambas piernas. Tenía un tubo largo pegado a su

catéter de *Foley* y que colgaba hacia abajo entre las piernas e iba detrás de él como una cuerda. Una bolsa de orina todavía pegada al tubo estaba siendo arrastrada por el piso casi un metro detrás de él. Me recordaba a un soldado de la I Guerra Mundial quien había sido volado de las trincheras sin nada excepto sus medias de lana. La escena se repetía noche tras noche. Nada de lo que hacían las enfermeras podía mantenerlo en la cama.

El interno había estado preocupado porque Sr. Mullins no había evacuado durante algún tiempo. A pesar de los intentos con una variedad de laxantes fuertes, el Sr. Mullins no había evacuado en dos semanas y había desarrollado una compactación fecal. Las compactaciones fecales eran los eventos más temidos por los estudiantes de medicina. Primero, eran completamente prevenibles y se consideraban errores en el manejo médico. Segundo, una compactación podía disparar “una delegación de tareas en dominó.” Al ser descubierta la compactación, el jefe de residentes le daría un discurso al nuevo residente, quien se lo pasaría al interno, quien entonces “enseñaría” al estudiante de medicina como remover la compactación. Yo era el último dominó. Allí estaba escrito sobre la página amarilla del estudiante, “!Retire la compactación tan pronto como sea posible y no deje que esto pase de nuevo!” Esta sería mi primera experiencia con la compactación fecal, y yo la temía.

A la mañana siguiente, me acerqué a Jane Corvil, una instructora de la escuela de enfermería para pedirle ayuda. Jane se había graduado un año antes y había estado saliendo con uno de mis compañeros. Ella pensó que era maravilloso que yo fuera a retirar la compactación. Llamando a esto un “momento de enseñanza” ella dijo que quería que sus cuatro estudiantes de enfermería aprendieran acerca de la compactación. Quien quisiera ella llamar estaría bien para mí. “Ud. sabe el viejo dicho, ‘vea uno, haga uno, enseñe uno’” dijo ella en su inusualmente dichosa voz. Yo agradecí su ofrecimiento de ayuda.

“La Srta. Corvill” como yo llamaba a Jane en la sala, tenía todo arreglado para mí. Éramos realmente formales llamándonos a cada uno “señorita” y “doctor,” especialmente en frente de pacientes y estudiantes de enfermería.

El Sr. Mullins estaba en uno de los cuartos de cuatro camas, al fondo del corredor de la gran sala de dieciséis camas. Ellos tenían a todos los pacientes dementes en la sala de cuatro camas, para mantenerlos separados de los otros pacientes. Cuando yo entré a la habitación, las cuatro estudiantes de enfermería ya habían corrido la cortina y preparaban al Sr. Mullins para el procedimiento. Las estudiantes de enfermería se colocaron dos a cada lado de la cama. Ellas tenían sus delantales blancos almidonados encima de sus vestidos azul claro también almidonados con unas pequeñas cofias blancas sujetas a su pelo. Pequeños mechones de pelo colgaban en la parte posterior de sus cuellos. Por un momento mi mente voló. Estaba parado en un jardín con lilas y jacintos y botones de rosas. El olor de perfume y talco llenaba el ambiente con el aroma de rosas y un poco de jazmín. Por el más breve de los momentos, yo estaba parado en un jardín con cuatro bellas muchachas en el esplendor de su belleza de adolescentes.

Jane Corvill estaba parada en la cabecera de la cama, dando palmaditas en la cabeza del Sr. Mullins y acariciando su pelo, como una madre con su hijo antes de una operación.

Esta era mi primera vez dirigiendo asistentes de enfermería, y me sentía como un cirujano que va a hacer un importante procedimiento quirúrgico. Este era mi equipo, y la Srta. Corvil iba a ser mi enfermera instrumentista. Mi equipo estaba listo. Tenía una sensación de autoridad. A pesar del contexto, me divertía, esto debía ser cómo se sentiría un cirujano, cuando entra a un cuarto lleno de enfermeras circulantes y asistentes. Las estudiantes retrocedieron un poquito cuando entré a la cama con la cortina corrida. El perfume se intensificó.

“Dr. Meador,” dijo la Srta. Corvill. Pude sentir mi cara enrojecer ligeramente al ser llamado “doctor” por alguien de mi edad. “Dr. Meador, por favor dígales a las estudiantes qué procedimiento va a realizar.”

Aunque tomado un poco fuera de guardia, estaba decidido a hacer lo máximo en esta oportunidad. “Bien, voy colocar manualmente mi dedo en el recto y digitalmente remover la compactación fecal hasta extraer todo lo que pueda palpar. Este procedimiento no debe tomar mucho tiempo.” Yo no tenía idea de lo que ella quería que dijera, así que puse todas las grandes palabras que pude en mi esfuerzo. “Necesitaré tener al Sr. Mullins en la posición de rodillas y sobre sus manos, por favor.”

Con algún esfuerzo, todos las cuatro estudiantes, Jane y yo, pusimos al Sr. Mullins sobre sus rodillas. Él estaba casi doblado. Se necesitó tener a dos estudiantes en cada lado arrimadas sobre su cuerpo para mantenerlo en posición. Una estudiante en cada lado sostenía sus rodillas para evitar que se movieran. La otra lo sostenía para mantenerlo con su tórax mirando hacia la cama. Esta posición permitía un acceso completo al recto. También, las dos enfermeras más cercanas tenían una vista completa del “sitio de operación,” como ahora estaba llamando a la zona.

Cuando me puse los guantes de goma y lubriqué el área rectal, yo mantenía lo que esperaba fuera un tono profesional, describiendo para las enfermeras cada paso. El Sr. Mullins no compartía mi indiferencia profesional. Cuando entré en su recto, gritó, “¡En nombre de Dios, Rheet, ven a ayudarme, Rheet!” Su grito se hizo más fuerte y más fuerte. “Rheet, ellos me están matando, Rheet. Sal del campo, ven a la casa. Ellos me tienen... aquí... ahora ... Rheet, Rheet no me dejes.”

Yo estaba comenzando a sudar. Todo lo que podía sentir era concreto, tan duro como cualquier cemento que yo pudiera haber tocado. Yo cavé y cavé con mi dedo, y, poco a poco, extraje un pequeño pedazo después de otro, dejándolos caer en una bacinilla entre las piernas. Cada uno golpeaba el recipiente de metal como una

roca. Cada excavación traía más gritos. “Pare. Pare. ¡Ud. me está matando!”

Repentinamente todo cambió. Al principio, no pude descubrir que había pasado. Yo sentí de repente *algo* caliente que golpeó mi pecho. Luego hubo una explosión de un líquido caliente hediondo. Un torrente salpicó mi manga, debajo de mi camisa y sobre mi pecho desnudo. Pude sentir correrlo de mi pecho a los pantalones. ¡Oh mi Dios, rompí su aorta! fue mi primer pensamiento. Luego comprendí que había dado con una bolsa de heces líquidas. En un torrente que parecía sin fin, dos semanas de laxantes que habían fallado, hicieron su camino una vez que la obstrucción desapareció. Yo traté de parar el flujo, pero fue inútil.

Me retiré pensando que se detendría, pero se mantenía saliendo como agua de una manguera que gotea, desparramándose sobre la cama y sobre el piso. Todo mi cuerpo estaba empapado con heces líquidas humeantes y calientes. Luego cometí el error de todos los errores: puse la palma de mi mano contra su recto esperando contener el flujo de heces. Ocurrió lo opuesto. Mi mano creó un chorro a presión, enviando las heces hacia afuera y derecho hacia las estudiantes de enfermería. Cuando ellas retrocedieron, el Sr. Mullins cayó de lado en el charco que ahora llenaba la cama.

Extrañamente, en la mitad del grito y de la explosión de heces líquidas, yo estaba consciente de que los otros tres pacientes que estaban en la habitación habían volado hacia la puerta de la sala. Todos los visitantes se fueron en segundos. La sala estaba vacía. Allí estábamos parados. Las estudiantes de enfermería estaban salpicadas con heces, sus uniformes azul y blanco almidonados arruinados. Ellas todavía lucían como flores, solo que estaban viejas y pútridas en un florero. Yo estaba cubierto con heces de mis hombros a mis zapatos. Jane Corvil, quien había estado de pie en la cabecera, desapareció.

Las estudiantes de enfermería comenzaron a llorar. Tenían sus manos a los lados y las sacudían haciendo pequeños círculos, no sabiendo que más hacer. Yo quería gritar, pero los estudiantes de

medicina no lloran. Nunca. Estuve allí por un momento. Los únicos sonidos eran las quejas del Sr. Mullins y el sollozo de las enfermeras. Todos los esfuerzos de un discurso profesional fueron abandonados. Las estudiantes continuaron lloriqueando cuando movimos al Sr. Mullins a una silla y retiramos todas las sábanas y ropa de cama. Extrañamente, incluso el Sr. Mullins se había silenciado también. Cuando salí, pude oír a la Srta. Corvil tratando de consolar a las estudiantes.

Yo vagué en el pasillo todavía ofuscado y encontré un baño. Limpié mi cara y manos y tiré mi bata en la cesta de basura. Toda mi ropa estaba mojada por delante. Mis zapatos sonaban cuando caminaba. Pedí prestada una bata blanca larga, y emprendí el camino de dos cuadras a la residencia Phi Chi. Me preguntaba si alguna vez volvería a estar limpio de nuevo.

Caminé calle abajo y me imaginé a mi mismo empacando, llamando un taxi, subiéndome al tren, y yéndome a mi casa. ¿Por qué debería trabajar de ochenta a cien horas por semana y terminar así? Estaba decidido a renunciar, irme, olvidar el sueño. Quería salir de esto. No quería pasar mi vida limpiando heces. Si esto era la medicina, no quería nada de ella.

Cuando llegué a la casa Phi Chi, tiré todas mis ropas en un pote de basura y caminé desnudo escaleras arriba a la ducha. Me restregué y volví a restregarme. No importaba cuan fuerte o prolongado había sido el baño, el olor a heces parecía estar todavía. Me senté en el piso de la ducha y deje que el agua caliente corriera sobre mí. Me senté allí por un rato largo.

No hay nada como una explosión de mierda para atenuar el deseo y la ambición. Era el más bajo de los puntos bajos. Después de algún tiempo, las caras de todos aquellos que sabían que estaba estudiando para doctor comenzaron a desfilar por mi mente. Primero mi padre, luego mi madre muerta, después mi hermano, mi tío Sam el médico, y luego el viejo Dr. Stabler, mi ídolo de la niñez. Cada uno de mis profesores o adultos en la familia o amigos que sabían que iba a ser

médico vinieron a mi mente. ¿Qué les diría a ellos? ¿Cómo podría decirles que iba a renunciar a causa de una compactación fecal que había explotado en mi cara? Gradualmente, el peso de la indignidad que había sufrido comenzó a disminuir, mi vergüenza delante de las estudiantes de enfermería se desvaneció. Esta fue la única vez en cuatro años de la escuela de medicina que consideré renunciar.

Me vestí y me encaminé de regreso al hospital. Me encontré con Hank en el corredor. “No me vas a creer lo que acaba de pasarme,” dije, pensando ya como sacaría lo máximo de la historia.

En los cincuenta años siguientes, nunca dejé que otro paciente llegara a tener una compactación fecal. Algunas lecciones no necesitan repetirse.

La pediatría...

Una cepa especial

1. Clases y demostraciones de pediatría. – Aquí se tratan el período prenatal, el recién nacido, el crecimiento y desarrollo físico y mental, la nutrición de los infantes y niños, y la prevención de lo anormal. Atención especial es dada al niño normal como base para el estudio de lo anormal, o enfermedades de los niños. Una hora a la semana durante el tercer trimestre del tercer año.

2. Trabajo de sala.- Una sexta parte de los alumnos del tercer año son asignados como pasantes a las salas de pediatría durante la mitad de cada trimestre. Se da instrucción al lado del lecho del paciente y los pacientes se estudian con énfasis en la estructura y función del niño normal. Se consideran el diagnóstico físico y las variaciones de lo normal y su prevención. Dieciocho horas a la semana durante la mitad de un trimestre del tercer año.

*Programa 1953-1954
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

En cirugía me gustaban los problemas clínico-quirúrgicos de los pacientes, pero no me gustaba el estilo abusivo de los cirujanos. Lo opuesto sucedía con pediatría. Me gustaban los pediatras, pero no me gustaban los problemas involucrados en el cuidado de los pacientes pediátricos, especialmente los bebés.

No me pude acostumbrar a la ausencia casi total de historia. Un niño sólo sabe algo en sentido global. Ellos están o bien o están enfermos. Cuando están enfermos, no tienen idea dónde o qué enfermedades tienen. Casi cualquier enfermedad produce vómito. Con infecciones óticas, vomitan; con neumonías, vomitan; con

amigdalitis, vomitan. Ud. diga cualquier cosa y eso causa vómito. Vomitar es una clave para casi nada.

Pregunte a un niño qué le molesta y le dirá: “estoy enfermo,” o “me siento mal,” o “nada, solo que no estoy bien.” “No estar bien” es el estado de enfermedad para la mayoría de los niños. Pregunte a un niño dónde le duele y señalará los lugares más extraños. La vida está bien o está mal. No hay tonos de gris, ni síntomas sutiles como en los adultos. No hay chance de explorar las sutilezas de los síntomas o hacer deducciones de ellos. Todo es examen físico combinado con la historia dicha por la madre. Es medicina veterinaria practicada en humanos, y eso no es un irrespeto. Para ser pediatra se requiere ser una persona con talentos muy especiales.

Los niños se mejoran increíblemente rápido. Ese es un aspecto de la pediatría que me encanta. Cerca de la muerte un día, corriendo y jugando al día siguiente. La pediatría especialmente para infantes y preescolares era en todo lo posible, diferente de la medicina de adultos. No era apenas una especialidad de la medicina, era un campo completamente diferente. Hay un viejo dicho que dice que la pediatría no es la medicina interna en la gente menuda. No es ni siquiera del mismo sistema planetario que la medicina interna.

El examen físico de bebés y preescolares fue casi imposible y siempre difícil para mí. Era una pelea que tenía que dar. El pequeño o pequeña paciente está pegado a su madre, gritando, llorando, quitándose, agarrando o tirando el estetoscopio. Examinar los oídos era particularmente difícil. Cuando estaba tratando de descubrir la anatomía del tímpano, el bebé se movía y perdía el canal auditivo. Escuchar el corazón, lo cual ya era difícil incluso en adultos colaboradores que podían sostener la respiración, era virtualmente imposible en un niño llorando. Era lloro, inhalación de una respiración, oír dos latidos, exhalación, grito, inhalación, oír dos latidos, exhalación y lloro. Todo lo que podía decir era que había un corazón presente y aun eso era una adivinanza.

El Dr. Amos Christie era el jefe de pediatría, y nos maravillaba con su habilidad para examinar bebés, especialmente sus corazones. De un modo mágico, calmaba a los niños y era capaz de lograr que estuviesen quietos. Dejaba al niño sentado en el regazo de la madre cuando lo examinaba. Los niños casi nunca lloraban. Esto era lo más sorprendente pues el Dr. Christie era una enorme figura. Era un *All-American* de la pelota del equipo de Washington que ganó el *Rose Bowl* en los años treinta. Algunas veces en sus clases, sostendría un bebé en sus manos gigantes y elevaría el niño por encima de su cabeza para que todos lo viéramos. Él era como un dios griego gigante que vino a la tierra para enseñarnos el cuidado de los niños.

Aparte de ser un hombre voluminoso, el Dr. Christie atraía a un cuerpo de profesores talentosos. De los seis profesores a tiempo completo que tuvimos, cuatro fueron después jefes de departamentos de pediatría. Floyd Denny fue jefe en North Carolina; Ralph Petersen en Marquette; Robin Merrill en Arkansas; y Harris (Pete) Riley en Oklahoma. Los otros dos miembros de Pediatría fueron Randy Bastón, quien fue decano de la Escuela de Medicina en Vanderbilt, y Mildred Stahlman, que llevó a la creación de un nuevo campo de la pediatría, la neonatología. Más de veinte residentes de Christie llegarían a ser jefes de departamentos de pediatría. Ese era realmente un Departamento y el Dr. Christie era realmente un jefe.

Recuerdo una vez, cuando el Dr. Christie estaba auscultando el corazón de un bebé que estaba llorando, el niño estaba muy enfermo con una endocarditis bacteriana, una infección de las válvulas cardíacas. Él continuó describiendo la localización e intensidad de los soplos que escuchaba. Luego describió como podía sentir las vibraciones, llamadas “frémits” del soplo en la pared torácica. En nuestro pequeño grupo cada uno de nosotros se turnó para escuchar y sentir la pared del tórax. Todo lo que oí fue el llanto del niño. Todo lo que pude sentir fueron las vibraciones del llanto.

Los procedimientos tales como, sacar sangre o colocar una vía endovenosa para administrar líquidos eran muy diferentes a los que se

hacían en adultos. Las venas superficiales en brazos o piernas son inexistentes en bebés y cuando se encuentran son mínimas. Una noche estaba ayudando al interno de pediatría a colocar una vía endovenosa en un bebé de pocos meses, y el único sitio que había era una vena del cuero cabelludo. Podía ver las diminutas venas corriendo en su cabecita sin pelo. Tuvimos que envolver al niño en sábanas y enrollarlo como un paquete apretado para inmovilizarlo. La enfermera sostenía el bebé en la camilla mientras el interno intentaba una pequeña vena tras otra. El tamaño de la aguja era mínimo y tomó más de una hora colocar la aguja en una vena que sirviera. El bebé nunca dejó de llorar y gritar.

Extraer sangre era un proceso difícil también. Ahora, la mayoría de los exámenes de sangre pueden ser realizados sin ningún problema en gotas de sangre de una punción de un dedo o talón del paciente. Pero no en los años cincuenta. Los exámenes requerían grandes volúmenes de sangre extraída de venas grandes. Había sólo dos sitios: la vena femoral en la ingle o la yugular externa en el cuello. Si esos sitios fallaban, eso significaba que había que ir más profundo a la yugular interna, un proceso riesgoso. Eran procedimientos brutales. Todavía me asombra que hubiese tan pocas complicaciones con tales procedimientos agresivos.

Una de las más grandes diferencias entre la pediatría y la medicina del adulto es la atención puesta al crecimiento y desarrollo de los niños. Los niños son blancos que se mueven. Los adultos permanecen iguales de un mes a otro. Ningún grupo de normas puede aplicarse a un niño en crecimiento. El pediatra usa el crecimiento y desarrollo para casi cualquier juicio a cualquier edad. ¿Está el niño creciendo como se espera? ¿A qué edad se volteó, se sentó, gateó o caminó? ¿Qué habilidades manuales exhibe? ¿Puede colocar bloques unos sobre otros? ¿Su función mental y desarrollo son apropiados para su edad? ¿Cuándo dijo sus primeras palabras o comenzó a formar oraciones? El pediatra está constantemente en alerta sobre cualquier desviación de estos estadios temprano en la vida del niño.

Las enfermedades crónicas serias generalmente retardan la curva de crecimiento. Las enfermedades raras como el hipertiroidismo pueden acelerarla brevemente.

Hubo una experiencia que ella sola pudo haber sido el factor determinante que me alejó definitivamente de la pediatría, fue lo que nosotros llamábamos la Unidad de Polio. Aunque la vacuna Salk estaba en prueba, la poliomielitis, entonces llamada parálisis infantil, era todavía común, con frecuentes epidemias en el verano. La parálisis completa ocurría en la forma bulbar de la enfermedad, y la muerte resultaba de la incapacidad para respirar si la ventilación no era sostenida mecánicamente. En el centro de la Unidad de Polio estaban las habitaciones para los pulmones de hierro, tres máquinas por habitación. Los pacientes yacían encerrados dentro de estos dispositivos, excepto sus cabezas. Un apretado collar de goma estaba colocado alrededor del cuello. El aire era bombeado fuera del pulmón de hierro para hacer que el tórax del paciente se expandiera y así le entrara aire. El aire era luego forzado dentro del pulmón de hierro para hacer que el tórax se desinflara, haciendo que el paciente exhalara. Estos grandes aparatos eran largos barriles de metal con pequeñas ventanas y puertas selladas a ambos lados en la parte baja. Cada pequeña ventana tenía un manguito de goma alrededor del brazo para evitar que el aire se saliera de o entrara a la abertura cuando las enfermeras lo alcanzaban. Estas daban acceso al paciente para bañarlo, cambiarlo de ropa, y asearlo. Los cuartos olían a heces y orina a pesar de la constante y diligente atención de las enfermeras. Es que justamente no había modo de lidiar con el aseo de los niños encerrados en un tanque de acero.

Los pulmones de hierro salvaron muchas vidas y mantuvieron pacientes cuadripléjicos hasta que ellos lograban una recuperación neurológica suficiente como para respirar sin asistencia, pero había un lado trágico con estas máquinas. Muchos niños nunca lograron salir de ellas. Algunos vivieron por pocos meses o aun años hasta que murieron después por una serie de complicaciones. Yo no me pude

desprender emocionalmente del dolor y agonía que vi en las caras de los padres de esos niños que habían renunciado a todo chance de una vida normal. Eso era mucho más de lo que yo podía soportar.

Hubo una cosa final que me alejó irremisiblemente de la pediatría. Nunca me pude acostumbrar a que los pacientes me orinaran, defecaran o vomitaran. Ciertamente, había soportado la indignidad del episodio de la retención fecal, pero ese era un paciente y una circunstancia que yo pude evitar. No así en la práctica pediátrica. Yo tenía que enfrentar los hechos. No tenía el temperamento, habilidades, paciencia o imperturbabilidad que se necesitan para ser un pediatra. Por encima de todo, carecía de la habilidad para desprenderme del dolor emocional de ver un niño enfermo y desvalido. Los pediatras son de una cepa especial. Ellos están entre los últimos médicos verdaderos que quedan. Ellos son los mejores de todos nosotros, como médicos y como seres humanos.

Eliminé así un sendero más en mi carrera. La obstetricia era mi siguiente rotación.

La obstetricia...

Pilotos de bombarderos en medicina

3. Obstetricia Clínica. – Durante la mitad de un trimestre un pequeño grupo de estudiantes trabaja con las pacientes obstétricas de las salas y servicios ambulatorios. Ellos trabajan en la clínica prenatal, practican pelvimetría, y hacen ejercicios con los maniqués obstétricos.

Durante este período los estudiantes deben trabajar como pasantes con las pacientes obstétricas en el hospital y participan en el parto bajo la supervisión del personal de obstetricia. A todos los estudiantes se les pide haber asistido un número específico de partos en el hospital, antes de graduarse.

Aproximadamente dieciocho horas a la semana durante la mitad del semestre del tercer año, aparte de los partos.

*Programa 1953-1954
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Uno de los propósitos de las rotaciones clínicas en el tercer año era permitirnos comenzar a tomar decisiones acerca de nuestras futuras especialidades. Yo ya había rechazado pediatría y cirugía. Obstetricia era la siguiente.

En obstetricia, más que en ningún otro campo, la personalidad y carácter de los médicos van entrelazados con el carácter y la historia de la paciente que ellos ven. Los obstetras eran la gente más feliz en la escuela de medicina, quizá en toda la medicina. Nunca conocí a ninguno que fuera un cínico. Ellos como los cirujanos nacen no se

hacen. Esa clase de entusiasmo y eterno optimismo sería imposible aprender.

Otro conjunto de características separan los obstetras de los pediatras, de los cirujanos y otras especialidades en medicina. Ellos no estaban profundamente preocupados con la fisiología, bioquímica, u otras sutilezas de los mecanismos de enfermedad. Después de todo, no hay nada sutil en tratar de sacar un objeto de tres kilos a través de una apertura de diez centímetros. El embarazo es un evento natural que difícilmente puede ser llamado enfermedad. Es decir, hasta que algo va mal.

El embarazo representa un considerable cambio fisiológico. Sin embargo, si el cuerpo de la mujer es fuerte, y si se aplica una cantidad razonable de sentido común, la gran mayoría de mujeres (y maridos también) pasan por él sin problemas. Sin embargo, cuando los problemas aparecen, son monumentales y potencialmente fatales. No hay nada con más enfermedad y más dificultad que una mujer con un embarazo complicado y con el parto que le sigue. Los obstetras son como los pilotos de los bombarderos de la Segunda Guerra Mundial que buscaban un blanco dentro de Alemania. Horas de vuelo aburrido, hacia un blanco distante. Luego quince minutos de baterías antiaéreas y caos, y todo el infierno con ametralladoras disparando contra el blanco, luego horas de regreso a casa. La obstetricia es noventa y nueve por cien de aburrimiento y uno por cien de pánico absoluto. Las raras complicaciones convierten la sala de partos, un lugar de agradable charla y chistes, en un lugar de acción en una lucha de vida o muerte.

Los obstetras están entrenados para el uno por cien de pánico, aunque a ninguno le guste realmente. Casi todos los otros campos de la medicina rondan lo complejo o complicado. Rechazos de la naturaleza y errores son las principales preocupaciones del resto de la medicina. No así para la obstetricia. Los obstetras prefieren la rutina calmada de un parto normal. Ellos obtienen sus recompensas de una cálida relación con la madre, de ver un bebé sano traído a los brazos

de una nueva madre y de oír los *Oohs* y *Ahhss* de los abuelos. Los obstetras son gente feliz que les gusta estar alrededor de gente feliz. No hay un lugar más feliz en el mundo que la habitación de una primeriza el día después de un parto normal. No hay nada más triste o deprimido que el encuentro de un obstetra con una familia luego del nacimiento de un mortinato o de un bebe con malformaciones. Esto es una tragedia humana en su completa dimensión.

Hay sólo unas pocas complicaciones que generan el uno por cien de pánico, la placenta previa (una placenta que obstruye la salida del útero con frecuencia asociada con sangrado); el desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta de la pared del útero también asociada con el sangrado); y el prolapso del cordón (el cordón umbilical que precede el bebé). Todos son potencialmente letales para el niño. Las dos primeras pueden ser fatales para la madre. Ninguna tripulación de bombarderos tiene más acción que el equipo obstétrico cuando cualquiera de las tres complicaciones ocurre en la sala de parto. Todas tres son equivalentes al más fuerte ataque de artillería antiaéreo y ametralladoras de la guerra en la aviación.

Como estudiantes del tercer año, hambrientos por lo anormal y grave, estábamos envueltos con el noventa y nueve por cien de la obstetricia aburrida y de rutina. Esto nos llevó rápidamente a muchos de nosotros a otro campo, excepto que Ud. amara y disfrutara trabajar con un proceso natural. Hank se aburrió inmediatamente, detestando la obstetricia tanto como yo detesté la cirugía ortopédica. Para él cada día en el servicio fue un tormento. Se quejó todos los días.

El jefe de obstetricia nos exigía permanecer al lado de la cama de la paciente por todo el tiempo que durara el trabajo de parto. Nos decía que nos permitiría observar todo el proceso de principio a fin. Teníamos que sentir y registrar el intervalo, la duración y la intensidad de cada contracción uterina. Algunas veces teníamos que permanecer durante doce a dieciocho horas. Nos volvimos expertos en palpar y cronometrar las contracciones. Cinco décadas más tarde,

no encuentro todavía ninguna otra situación donde aplicar tal habilidad.

Finalmente, con la mujer lista para dar a luz, nos trasladábamos a la sala de parto. No podía sobreponerme al extremado buen trabajo de lubricación que la naturaleza hacía para el evento. Los resbalosos tejidos en el perro de laboratorio y en la cirugía se sentían como lija comparados a cada parte del aparato del parto. Las partes: bebé, cordón umbilical y placenta, parecían haber sido sumergidas en aceite de máquina de alto grado. La cantidad de líquido que viene con cada parto es enorme, varios litros de líquido amniótico, agua, y sangre. No podía creerlo cuando vi por primera vez cubrir el piso de la sala de parto con el reguero. No podía imaginarme a nadie queriendo tener un parto en la casa. Me imaginé todo eso en el piso de una cocina o habitación.

Después de observar unas pocas salidas increíbles de los bebés por estrecho canal del parto, estaba convencido que no había una gota de lubricación innecesaria. Mi temor constante era que dejara caer el resbaloso bebé o que éste saliera disparado a través del cuarto como una semilla húmeda de melón. Los obstetras nacen con ventosas en los dedos.

En cirugía y pediatría, obviamente las enfermeras juegan un papel muy importante, pero nada como las enfermeras en la sala de partos. Todo estudiante de medicina que pasa por una sala de parto pronto aprende que internos, residentes y aun obstetras son apenas encajes añadidos. Las enfermeras son la fuerza real. La jefe de enfermeras de pre-parto y sala de partos era de una clase especial. Para nosotros, esta persona vino en la forma de la Srta. Mabel Atkins. La Srta. Atkins pesaba alrededor de ciento veinte kilos, con un bigote para hacer juego. En el mono quirúrgico, que fue la única ropa que le vi llevar, la Srta. Atkins era una muestra de lo que sería el no usar sostén, moda que vendría muy posteriormente.

En alguna parte, la Srta. Atkins había pasado diez años en el cuerpo de enfermeras del ejército durante y después de la II Guerra

Mundial. Hank y yo discutíamos sobre lo que ella habría hecho en el ejército. No podíamos decidir si estaría encargada de disparar a desertores o si ella lideraba el desembarco de tropas en Anzio. Ella podía ganarle, maldiciendo y gritando, aun al residente de la boca más sucia. Excepto por su tiempo en la Armada, había pasado casi toda su carrera en la sala de parto. Nadie podía fumar un cigarrillo o sostener una taza de café con más autoridad que la Srta. Atkins. Ella era sargento y pistolero combinados.

Siempre simulando aburrimiento e indiferencia, casi no nos ponía atención. Los estudiantes de medicina eran vistos por ella justo lo que éramos, jóvenes y crudos estudiantes que no sabían nada y que sólo podían atravesarse en su camino. Yo le di amplio espacio y nunca le hablé a menos que ella me hablara primero. Antes de que nuestra rotación terminara nos volvimos amigos en cierto modo. A ella le gustaba Hank. Ella al menos dijo que nosotros manteníamos las bocas cerradas. Ese debió ser su más alto cumplido. Ella era una enciclopedia de obstetricia, pero nada que pudiera tener referencia en la literatura. Ella había visto todo. Yo aprendí de ella, la mayoría de la obstetricia que sé. El programa de residencia habría colapsado sin ella.

La Srta. Atkins era una chimenea. Una vez ella se fumó la mitad de un cigarrillo en una aspirada. Yo temí que podía encenderse todo antes de que ella deje de aspirarlo. El parto para la Srta. Atkins era un evento que transcurría entre bocanadas de cigarrillo. Dejando colillas sobre su escritorio, corría adentro y afuera de la sala de parto chequeando a cada paciente. Su escritorio estaba quemado con pequeñas marcas negras de años de colillas prendidas y olvidadas.

La Srta. Atkins se sentaba en el pequeño estar afuera de la sala de partos. Había seis salas en el corredor al lado del estar. Era allí que la Srta. Atkins tomaba constantemente su café, daba bocanadas de cigarrillos y escuchaba los sonidos que venían de la sala de partos. La mayoría de las pacientes que veíamos eran indigentes, con muy poca educación, y profundamente religiosas, al menos durante el parto. La

Srta. Atkins usaba el fervor religioso de las pacientes en su provecho para seguir las fases del trabajo de parto.

El trabajo progresa por una dilatación sostenida, sin descanso del cuello uterino. Cuando la cabeza del niño empuja hacia abajo en la pelvis, el cuello se abre un poco más con cada contracción. Cuando el trabajo se intensifica, las contracciones se vuelven más y más fuertes y dolorosas. Comenzando en un centímetro hasta alcanzar una dilatación completa de diez centímetros de diámetro al momento del parto. En esos tiempos, la mayoría de los obstetras, residentes, estudiantes de medicina y enfermeras seguían el trabajo de parto por examinar el cuello por repetidos exámenes rectales (el cuello puede sentirse a través de la pared rectal). La Srta. Atkins tenía un método diferente.

La Srta. Atkins seguía las llamadas y llantos de las mujeres. Los antecedentes de poca educación y mucho fervor religioso de las pacientes trabajaron a favor de la Srta. Atkins. No era nada racial o étnico. Nosotros veíamos pacientes de ambas razas. Era más profundamente rural, religioso y sureño que racial. Cuando la altura, tono y contenido del llanto era el propio, ella colocaba la mujer en la silla de ruedas y corría hacia la sala de partos, alistando todo lo necesario, y luego llamaba al residente y al obstetra. Nunca se equivocó. Siempre y cuando la Srta. Atkins llamaba, Ud. podía apostar que el trabajo de parto estaba completo con un cuello completamente dilatado. Los residentes y obstetras la amaban. Yo aprendí algunos pedacitos de sus métodos, aunque dejé escapar muchas de sus sutilezas.

“¡Oh mi Señor! ¡Diosito!” era un cuello de no más de uno o dos centímetros. Comienzo del trabajo a lo sumo. La paciente podía repetir la frase o algo equivalente con cada contracción en una voz aburrida o adormecida. Suspiros o respiraciones profundas seguidas, y la paciente con frecuencia caía dormida. Cada paciente tenía un recipiente de *trilene* un gas anestésico con un máscara sujeta a su

muñeca. Ella podían respirar esto si el dolor era demasiado fuerte. La máscara caía lejos de la cara, esto hacía el gas seguro de usar.

“¡Oh Diosito, Diosito, Diosito!” dicho *in crescendo*, generalmente significaba cuatro o cinco centímetros de dilatación y el comienzo de un trabajo sostenido. El tono era más intenso, alto y definitivamente no aburrido ni somnoliento.

“¡Oh Diosito, Diosito, Dulce Jesuuuús!” venía con siete u ocho centímetros, fuerte, pero no todavía el volumen completo de un cuello dilatado o expulsión inminente.

“¡Diosito, Jesús, ayúdame, ayúdame, Dulce Jesús. Dulce Jesús sálvame!” El llanto era agudo y tenía un volumen máximo. Había una innegable urgencia, un pedido completo por ayuda, y pronto.

Yo me preguntaba con humor cómo serían evaluadas las etapas en los trabajos de parto en salas de parto privadas. Sospecho que la Srta. Atkins no habría estado tan finamente entonada en un servicio de obstetricia de algunos hospitales privados donde se pagaba completo.

La obstetricia vino y finalmente pasó. No era para mí. Cada nueva rotación se llevaba a algunos compañeros quienes pensaban que habían encontrado su trabajo de por vida. Yo creo que podría haber escogido los joviales obstetras futuros aún antes de la escuela de medicina. Varios de nosotros, los más felices, escogieron obstetricia, los jóvenes cirujanos fueron ya claramente identificables. Por ahora, Hank era un caso perdido enamorado de la cirugía. Unos pocos de la clase habían escogido pediatría. Unos muy pocos, tres para ser exactos escogieron psiquiatría. El resto de nosotros todavía estábamos en la búsqueda. La pasantía de medicina era la siguiente.

La medicina interna...

Medicina finalmente

3. Trabajo de sala. – Un tercio de los alumnos del tercer año es asignado a las salas de medicina durante cada trimestre y una mitad durante el trimestre del verano. Aquí ellos trabajan como pasantes. Con esta asignación ellos se vuelven parte del equipo conformado por el residente, el asistente del residente, el interno, el asistente del médico y el jefe del servicio responsable por el estudio diagnóstico y tratamiento de pacientes. La instrucción al lado de la cama es dada diariamente por miembros del servicio de medicina que también son profesores. Aproximadamente 20 horas por semana durante un trimestre.

*Programa 1953-1954
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

La última rotación clínica del tercer año finalmente llegó. Yo había sido atormentado y humillado por los cirujanos. Había sido confundido por la casi ausencia de historia clínica en pediatría. Y había soportado el aburrimiento en obstetricia. La medicina interna era como regresar a casa después de un largo viaje de ensayos.

La medicina interna era el más grande de los rompecabezas. Casi todo paciente era una fascinante historia de detectives. Al final de cada noche de trabajo, leería sobre cada una de las enfermedades que había visto durante el día. A duras penas podía esperar a la mañana siguiente para buscar los puntos sutiles que había leído la noche anterior.

La medicina interna es tan amplia en tópicos como la enfermedad humana misma. No está limitada a una técnica como en cirugía,

restringida a ciertos órganos reproductores como en la obstetricia, o restringida por un grupo de edad como en pediatría. La medicina interna no excluye ningún órgano. Requiere el más amplio enfoque de un paciente. Uno debe ver el bosque, los árboles, y todo lo que yace entre y debajo de ellos. Como internistas, aprenderíamos a considerar la ocupación y lugar de trabajo del paciente, las sustancias que ingiere, el aire que respira, y aun las sustancias que lo hayan rozado. Necesitaríamos desarrollar a través del interrogatorio o intuición, la habilidad para detectar cuándo la familia cercana o amigos están contribuyendo a la enfermedad. La medicina necesita de la fisiología, bioquímica, patología y de todas las otras materias que habíamos estudiado. Era una integración de todos los campos en gran escala.

Como muchos internistas que conocería después, yo era aficionado a Sherlock Holmes. Cuando éramos adolescentes, un amigo y yo nos sentábamos en la acera en el centro del pueblo para ver a los transeúntes y adivinar sus ocupaciones por su ropa, su marcha o sus zapatos. Nos reíamos de nuestro papel de Watson y Holmes.

En la escuela de medicina, aprendí a buscar los detalles en busca de pistas. La medicina interna era el hogar de signos débiles que llevan a diagnósticos más grandes. Examinaba las manos en busca de callos o dedos en palillo de tambor, o manchas de nicotina de los fumadores, o las uñas mordidas de los ansiosos. Miraba las suelas de los zapatos en busca de zonas desgastadas desiguales, que con frecuencia indican cojeras o enfermedades neurológicas. Miraba las correas por cambios en los agujeros que indicaban aumentos o reducciones en la grasa abdominal o peso. El color de las manchas en la ropa interior podían decirnos de la presencia oculta de sangre en orina o heces o las inconfundibles manchas amarillas de ictericia. Me convertí en oledor de alientos, el tufo de *whiskey*, el excesivamente perfumado de la alcohólica en secreto, el olor a frutas de la acetona, el hedor de la insuficiencia hepática, el de amoníaco de la

insuficiencia renal, o el olor pútrido de un absceso pulmonar. Nunca fui tan bueno como Holmes, pero él fue mi modelo.

Esta atención a pequeños detalles no era sólo un ejercicio de estudiante de medicina. Nosotros teníamos que hacer diagnósticos a partir de la historia y el examen físico. Las baterías de exámenes no eran conocidas. Las pruebas que usábamos no eran tan específicas ni sensibles como las de ahora. Había unas pocas pruebas de función hepática. Excepto por el electrocardiograma, una medida del tiempo de circulación y una medida grosera de la presión venosa, no había pruebas para la función cardíaca. La capacidad vital para la función pulmonar era todo lo que teníamos. Los gases arteriales eran disponibles sólo en laboratorios de investigación. Se examinaba el cerebro por el examen neurológico o una radiografía simple de cráneo. Ésta a veces mostraba una calcificación de la glándula pineal si el paciente era afortunado. Desvíos laterales de la pineal calcificada indicaban lesiones que ocupaban espacio. El electroencefalograma se estaba apenas comenzando a entender.

Ya que carecíamos de herramientas diagnósticas sensibles, nos movíamos en un mundo de enfermedades muy avanzadas. La enfermedad precoz, especialmente la enfermedad crónica temprana, era infrecuente de ver y difícil de diagnosticar. Kampmeier nos había dicho que cualquiera puede encontrar una enfermedad avanzada, pero que se necesitaba un verdadero médico para encontrar la enfermedad precoz.

La medicina interna demandaba ver y oír tantos pacientes como enfermedades fueran posibles para que pudiéramos hacer nuestro álbum de experiencia para cuando lo necesitáramos mas tarde. Aprendí que veríamos sólo lo que buscábamos. Mientras más pudiéramos ver en la escuela de medicina más sabría qué buscar en mis futuros pacientes. Hacíamos un esfuerzo para ver los pacientes de cada uno de nosotros, para escuchar los diferente soplos, palpar bazos agrandados, escuchar crepitantes y otros signos de neumonía, ver la ictericia y saber que la luz artificial podía esconderla, aprender a

detectar el débil azulado de la cianosis, y a sentir una enciclopedia de masas abdominales.

Hank odiaba la medicina tanto como yo odiaba la cirugía. A él disgustaba la inactividad, la espera, y el largo período de observación para esperar ver que afloraba con el tiempo. El tiempo para un cirujano son los siguientes cinco minutos. El tiempo para un internista puede ser la más grande herramienta de diagnóstico. Él estaba frustrado de hacer un diagnóstico cuando no había nada que hacer. No podía tolerar la enfermedad crónica, con su curso lento pero sostenido y sólo con los pequeños ajustes que la medicina podía hacer. Estas frustraciones eran comunes a todos los cirujanos pasados, presentes y futuros. Para Hank, la personificación de su frustración con la medicina vino en la persona del Dr. Elliot Newman.

Elliot Newman fue el primero de una nueva ola de científicos clínicos que comenzaron a repoblar la Escuela de Medicina de Vanderbilt en los años cincuenta. Vanderbilt había caído de su cúspide científica que tenía antes de la Segunda Guerra Mundial. La guerra y el reclutamiento por otras escuelas de medicina, la habían dejado sin muchas de sus luminarias de la plana de profesores. Entre los que se habían ido estaban: Sydney Burwell, quien se fue para ser decano de la Escuela de Medicina de Harvard, y Alfred Blalock, para ser jefe de cirugía en Johns Hopkins; Tinsley Harrison, cuyo libro de texto fue una de las dos biblias médicas del día, fundaría y ejercería la jefatura de tres departamentos de medicina Bowman Gray, Southwestern y Alabama, después de que salió de Vanderbilt:

El Dr. Newman llevó a la reconstrucción de las ciencias clínicas en Vanderbilt. Como muchos otros quienes siguieron y lo precedieron, también vino de Johns Hopkins. Cuando llegó a Vanderbilt en 1952, lo encargaron de la nueva Cátedra Werthan de medicina experimental, y allí inició un programa en investigación clínica. Este programa de investigación se expandió y multiplicó, finalmente llevando al establecimiento de *Clinical Research Center* (CRC) financiado por el *National Institute of Health* (NIH) a finales

de los cincuenta. El Dr. Newman fue director del CRC por muchos años, llevando al programa a un lugar de prominencia nacional en corto tiempo.

Mi contacto más directo con el Dr. Newman ocurrió unos años después de mi graduación. Yo había regresado en 1959 del cuerpo médico del Ejército a mi entrenamiento en la residencia, y mi primera rotación iba a ser en el servicio de cardiología del Dr. Newman. En los pocos años, el Dr. Newman había establecido el laboratorio de cateterismo cardíaco, un laboratorio completo de función pulmonar, y había comenzado a crear la especialidad de cardiología en el departamento de medicina. Donde había habido sólo un miembro en investigación ahora había varios miembros en investigación en varios departamentos. La investigación clínica era una empresa activa en muchos departamentos de la escuela de medicina al comienzo de los años sesenta. Durante mi rotación como residente, el Dr. Newman me había resumido todo sobre las historias de pacientes con defectos atrio-septales, veía los pacientes cuando ellos venían a la consulta, y explicaba los detalles de los síndromes clínicos asociados con esos defectos cardíacos congénitos. Para el final de la rotación, me había vuelto un experto en defectos atrio-septales. Era la primera vez que yo me había metido en las profundidades de entender en tal extensión cualquier tema. La experiencia me hizo tener un gran aprecio por el conocimiento en profundidad y por lo que tarda asimilar el nivel de conocimiento.

Hank y yo vimos por primera vez al Dr. Newman en nuestro tercer año. Hacia el final del año nos dio una clase sobre la insuficiencia cardíaca congestiva. Los compañeros del curso anterior nos habían advertido que él podía ser vago y que hacía largas divagaciones. Algunos dijeron que parecía quedarse perdido pensando. Estas opiniones negativas de los estudiantes del año anterior precedieron nuestro primer encuentro y sesgaron a muchos de mis compañeros.

El Dr. Newman se dirigió hacia el salón de clase. Comenzó la sesión haciendo que el residente de medicina presentara la historia clínica y los hallazgos al examen físico de un hombre de sesenta años quien tenía una insuficiencia cardiaca congestiva severa. Toda la clase estaba presente como se requería para esas conferencias especiales en medicina, las cuales eran semanales durante el tercer año. En esa época, el paciente acompañado por una estudiante de enfermería, estaba siempre presente para cualquier presentación. El paciente estaba disneico aun cuando estaba sentado en su silla de ruedas. Podía decir unas pocas palabras entre respiraciones difíciles. Tenía edema masivo de sus piernas y el hígado aumentado de tamaño. Las venas del cuello estaban dilatadas y parecían cuerdas debajo de la piel. Después de agradecer al paciente por haber venido a la clase y luego hacer que el residente se lo lleve al pasillo, el Dr. Newman fue al pizarrón y escribió: “¿Qué es la insuficiencia cardiaca?”

El Dr. Newman comenzó la conferencia así, “¿Alguien puede decirme qué es la insuficiencia cardiaca?” Con este inicio, permaneció de pie e inmóvil por varios minutos, Hank comenzó a moverse en su asiento. Hank, que se estaba volviendo quirúrgico cada semana, no le gustaba perder tiempo. Detestaba la mayoría de las cosas de la medicina interna, especialmente lo que llamaba “*dar rienda suelta a ilusiones*.” Pensé, esto va a ser una larga hora para Hank.

“¿Qué es la insuficiencia cardiaca congestiva? ¿A alguien le importaría decírmelo?” Preguntó nuevamente el Dr. Newman con una cara inexpresiva. Miró alrededor del salón. Nadie dijo una sola palabra. Hacía bastante habíamos aprendido como clase a no ofrecernos nunca como voluntarios. El ofrecerse como voluntario generalmente terminaba muy mal para el estudiante. El Dr. Newman esperó lo que parecía una eternidad. Luego, espero un poco más. Hank comenzó a doblarse y torcerse.

Completamente descompuesto, Hank disparó, “Es cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre.” Y masculló a un lado hacia mí “cualquier tonto sabe eso.”

“Bien, ¿cómo sabríamos eso?” preguntó el Dr. Newman, moviéndose alrededor del podium hacia la primera fila.

Hank estaba ahora en la mira. “Ud. oiría crepitantes en los pulmones; las venas del cuello estarían ingurgitadas, el hígado estaría agrandado, sería palpable; habría edema en las piernas. Cosas como eso.” Hank continuó dando una descripción clínica completa y precisa de un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva.

Yo puedo encontrar todas esas cosas en una combinación de enfermedades-obstrucción del influjo torácico, cirrosis, neumonía, malnutrición. ¿Qué es específico de la insuficiencia cardiaca congestiva? Ud. dijo algo antes acerca de no bombear suficiente sangre. Todavía no lo sigo en ese punto.” dijo el Dr. Newman sin cambiar su expresión.

“Bien, cuando el corazón no bombea suficiente sangre, Ud. obtiene esos hallazgos,” respondió Hank.

Hank estaba ahora completamente metido en la intervención y se estaba volviendo ligeramente irritado. Otros compañeros comenzaron a susurrar y a moverse en los pupitres.

Un alumno dijo: “Bueno, si el corazón esta fallando tendrá un bajo gasto cardíaco. Y no puede bombear bien.”

El Dr. Newman entonces continuó diciéndonos que algunos pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva realmente tenían un gasto mayor que el gasto normal. ¿Qué pensábamos de eso? “Así que, si el gasto cardiaco puede ser alto en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, ¿qué es la insuficiencia congestiva si no esta limitada a pacientes con bajo gasto cardiaco?”

“Puede ser el gasto cardiaco que no sea suficientemente alto,” dijo voluntariamente otro compañero.

“¿Entonces cuán alto debería ser?, Digamos, ¿si el gasto cardiaco es por ejemplo, 7.0 litros por minuto? Lo normal es alrededor de 3.5 litros por minuto.” De nuevo, el Dr. Newman se quedó quieto, como que no tuviera nada más que hacer. Él no estaba apurado.

Ahora la clase estaba visiblemente molesta, estábamos allí para nuestra usual dosis de una bien ordenada clase magistral sobre un tema. Y lo que estábamos sacando era una pregunta tras otra, y todo parecía no llevarnos a ninguna parte. Generalmente los conferencistas nos decían todo lo que se debe conocer acerca de un tema. Todos los que serían cirujanos estaban agitándose rápidamente. Hank se estaba poniendo rojo.

“Mire,” dijo Hank en alta voz, “el corazón está bombeando sangre pero no toda la que debería, la sangre se estanca; el fluido pasa dentro de pulmones, hígado y cuerpo. Y eso es la insuficiencia cardiaca congestiva.”

El Dr. Newman escuchó cuidadosamente, luego se paró silenciosamente, obviamente en profundo pensamiento. Su silencio sólo aumentó la irritación de la clase.

“Díganos Ud., ¿Qué es lo que es?” Esto vino desde atrás del salón.

“Si, díganos qué es la insuficiencia cardiaca congestiva.” Eran gritos de varios de los estudiantes.

El Dr. Newman sonrió ligeramente. “Bien, vamos hacia atrás a ‘pero no toda la sangre que debería’ ¿Qué quiere decir con eso? Esta bombeando 7.0 litros por minuto y debería bombear 7.1 litros por minuto. ¿Es eso lo que Ud. quiere decir?”

“Si, si” más compañeros se unieron a Hank.

“Eso es lo que queremos decir, algún número más alto que 7.0”

“La sangre se estanca,” gritó otro.

El Dr. Newman fue al pizarrón y escribió 7.1 menos 7.0 da 0.1 litros de diferencia. “Así que, cero punto un litro de sangre por

minuto no está siendo bombeado, ¿correcto? La clase como un todo gritó, “Sí, eso es.”

El Dr. Newman sacó una gran regla de cálculo, que llevaba en su bata blanca. Movi6 los brazos plásticos de la regla en una dirección y en otra y en otra. Mirando la regla, comenzó a escribir más números en el pizarrón.

“En un minuto se estancarán 0.1 litros. Mi regla de cálculo me dice que en una hora, 60 veces 0.1 litros es igual a 6.0 litros. Habría 6.0 litros no bombeados en una hora. Mi regla me dice que 6 veces 24 es 144 litros. Por lo tanto, en 24 horas habría 144 litros no bombeados. En algún momento parecería como que el paciente explotaría.” El Dr. Newman sonrió ampliamente, completamente satisfecho con su pequeño chiste. Después de algunas sugerencias más, el Dr. Newman demostró que el corazón, aun en falla, debe bombear toda la sangre que recibe; así que la insuficiencia cardiaca congestiva no era tan simple como muchos en la clase sugerían.

“De modo que, ¿qué es la insuficiencia cardiaca congestiva?” preguntó una vez más. Nosotros estábamos perdidos en nuestros esfuerzos por definirla.

“Es cuando la presión venosa es alta,” sugirió alguien.

“Puedo citar una lista de muchas condiciones sin insuficiencia cardiaca donde la presión venosa es alta. Cualquier obstrucción al influjo de sangre al corazón o tórax puede causar una elevación de la presión venosa, la pericarditis constrictiva está asociada con una presión venosa alta. Así que, la presión venosa alta no define la insuficiencia cardiaca congestiva.”

“Así que, ¿qué es la insuficiencia cardiaca congestiva?” Newman volvió y volvió a preguntar. Nosotros podríamos describir en detalle los hallazgos clínicos de la insuficiencia cardiaca, pero no podríamos definirla fisiológicamente. En los siguientes cuarenta y cinco minutos, muchas sugerencias fueron hechas. “Es cuando hay un ritmo de galope.” “Es cuando el corazón está agrandado.” “Es cuando el

paciente tiene disnea al caminar.” “Es un estado de retención de sal y agua.” La mayoría de las sugerencias fueron síntomas o hallazgos físicos o desarreglos generales en fisiología, pero no específicos para la insuficiencia cardiaca. El Dr. Newman rechazó todo porque no define los mecanismos involucrados en un corazón que está fallando.

Hacia el final de la hora de clase muchos comenzaron a hablar alto casi gritando, “Díganos” o “¿Bueno, qué es?” o “No sabemos, díganos Ud.” Hank estaba disgustado, frustrado, y farfullando para sí.

El Dr. Newman permaneció sonriendo suavemente y asintiendo, sin decir nada. El reloj marcaba sólo pocos minutos antes de terminar la clase. El Dr. Newman cerró sus notas y se dirigió a la puerta. Se volteó hacia atrás y dijo: “Yo no sé qué es la insuficiencia cardiaca congestiva. Sólo sé lo que no es.” Con esto, salió. La clase estalló.

Yo no había visto nunca a mis compañeros tan enfadados. Pensé que la sesión era una obra maestra de la enseñanza socrática. Cada uno de los estudiantes pasó las semanas siguientes leyendo intensamente acerca de la falla cardiaca. Nada nos había motivado más a leer y discutir un tema tanto como el Dr. Newman lo hizo. Aprendimos que había dos teorías dominantes acerca de la insuficiencia cardiaca congestiva: la teoría de la falla anterógrada y la teoría de la falla retrógrada. También aprendimos que Tinsley Harrison, para entonces jefe de Medicina en Alabama, había hecho el trabajo experimental y clínico fundamental sobre la insuficiencia cardiaca congestiva. Había publicado su ahora clásico “*Failure of the circulation*” en 1935, cuando era profesor de la Escuela de Medicina de Vanderbilt. Harrison favorecía la teoría retrógrada. Para los años cincuenta nadie había reconciliado las dos teorías.

En los cincuenta años desde entonces, la hora con el Dr. Newman está todavía presente en mi memoria. Esa hora dirigió mi pensamiento y lectura acerca de temas más allá de la insuficiencia cardiaca aun hasta hoy. Considero esa sesión una de las mejores horas de enseñanza de las que he tenido experiencia.

Aunque pudiéramos describir en gran detalle los signos físicos de la insuficiencia cardíaca congestiva, no pudimos definir la fisiología alterada. El Dr. Newman nos estaba pidiendo definir el mecanismo que está en juego cuando el corazón falla. Cuando comencé a mirar otros síndromes clínicos, era evidente que conocíamos muy poco acerca de los mecanismos subyacentes. El Dr. Newman nos enseñó que podíamos saber a varios niveles de entendimiento, pero aun no conocer la última causa.

La medicina era la promesa del futuro. Nosotros estábamos aun en una temprana fase científica del conocimiento del cuerpo humano y sus enfermedades. Esta era una atracción para mí. Ser parte del descubrimiento de esa ciencia era lo que había capturado mi atención. En pocos años más tendríamos el catéter cardíaco, los gases arteriales, y una serie de pruebas pulmonares. Seríamos capaces de medir sodio y potasio en sangre, todo lo cual no podíamos hacer entonces. Pronto tendríamos pruebas hepáticas sensibles y en el futuro más distante, el completo rompecabezas de la genética humana y el ADN irrumpirían en escena. La endocrinología y la inmunología era aun muy primitivas pero en una fase muy interesante. Las hormonas estaban comenzando a ser medidas. La cortisona como droga había aparecido el año anterior y la prednisona estaba por venir el año siguiente. Unos pocos antibióticos estaban disponibles y más vendrían cada año.

Pero ninguna de esas promesas cautivó la atención de Hank. Él era un hombre de acción. La medicina para la gente de acción podría ser vaga, pesada, y demasiado lenta para tomar acción. Conocer el “curso natural de una enfermedad” máxima para los internistas, era un anatema para Hank. Los cirujanos no permiten cursos naturales si hay algo que pueda ser cortado o sacado. Los internistas trabajan con la naturaleza siempre que sea posible. Para los cirujanos la naturaleza es el enemigo; la muerte es su derrota.

Las profundas diferencias filosóficas entre cirujanos e internistas vienen de atrás en la antigüedad. El campo de la medicina data de los

primeros templos griegos, y de allí a Padua, donde las primeras ciencias comenzaron. La medicina tiene sus raíces en lo espiritual y lo sagrado. Esta dicotomía cursa hasta nuestros días. Los cirujanos llaman a los internistas “quemadores de plumas” para evocar estos antiguos orígenes religiosos.

Los cirujanos vienen de guerras. Ellos estaban allí para reparar traumas, amputar miembros mutilados, drenar abscesos, cerrar heridas, reducir fracturas y detener sangrados. Hay una urgencia necesaria en la cirugía que no está presente en mucho de la medicina. Los cirujanos dicen que los internistas esperan demasiado para llamarlos. Lo que algunas veces es verdad. Los internistas dicen que los cirujanos actúan demasiado rápido. Lo que también algunas veces es verdad. Este conflicto, aunque está mucho menos presente hoy en día, estará siempre presente en algún grado. El internista prefiere esperar. La naturaleza cura. El cirujano prefiere actuar. Un chance para cortar es un chance para curar. Nos necesitamos unos a otros, sin embargo es duro admitirlo.

El tercer año llegó a su fin. Comenzaríamos a buscar los internados.

La mala práctica...

Historia de una pupila dilatada

1. Neurocirugía.- Una presentación clínica de problemas neurológicos con énfasis en diagnóstico y manejo.

*Programa 1953-1954, página 90
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

Un estudiante que estaba un año delante de nosotros se había ganado una mala reputación. Lo voy llamar Mort. Uno de los trucos favoritos de Mort era explorar la sala de emergencia a mitad de la tarde. Buscaría un paciente que estuviera cerca de ser admitido. Luego correría a la hoja de asignación de casos para los estudiantes y escribiría el nombre del paciente como su paciente. De este modo, el se adelantaría a sus compañeros y tendría temprano una admisión, así terminaría el trabajo del día más pronto y tendría la noche libre. Esto enfurecía a sus compañeros y a cualquiera que oyera esto. Sus compañeros lo descubrieron haciendo esto y trataron de segregarlo sin éxito. Mort era una de esas persona con piel de cocodrilo, quienes no se afectaban por las opiniones de otros y a quien no le importaba lo que cualquiera pudiera pensar. Casi todos los estudiantes de medicina esperaban que Mort fuera descubierto por los profesores en una de sus maniobras. Y finalmente esto sucedió con un paciente de neurocirugía.

Todas las especialidades quirúrgicas estaban contempladas en la pasantía quirúrgica del último año, donde Mort estaba rotando. Esto incluía neurocirugía. Nos habían enseñado a estar detrás de los

pacientes de neurocirugía debido a que ellos pueden cambiar rápido y complicarse. Esto era verdad especialmente en los pacientes con traumas encefálicos, todos los cuales eran ingresados a neurocirugía.

En los años cincuenta, no había angiogramas cerebrales, ciertamente no había tomografía computarizada o resonancia magnética o cualquier otro estudio no agresivo de alta tecnología que actualmente permiten determinar rápidamente la presencia, ubicación, y cantidad de sangrado dentro del cráneo. Estos aparatos ahora dan datos que ayudan al neurocirujano a decidir quien necesita que se le abra su cráneo para drenaje. Estos avances técnicos tardarían años en venir. En esa época, sólo el seguimiento clínico cuidadoso por exámenes neurológicos repetidos determinaría si había un sangrado intracraneal que necesitaba evacuación quirúrgica. Las evaluaciones clínicas también tenían que contestar la pregunta acerca del sitio del sangrado. El verdadero truco clínico era saber cuándo operar y cuándo no. En algunos casos de sangrado intracraneal, los cirujanos vigilaban y esperaban; en otros operaban inmediatamente. Esas decisiones tomaban años de experiencia clínica y de entrenamiento. Por ello el entrenamiento en neurocirugía duraba siete años luego de la escuela de medicina. Yo tenía gran respeto por los neurocirujanos como clínicos y todavía lo tengo.

Uno de los signos cardinales de aumento de la presión intracraneal era la dilatación de la pupila de un ojo. La otra pupila permanecía de tamaño normal. Esto ocurre debido a la presión y torsión del nervio que controla la pupila de uno de los ojos. El aumento de tamaño de una sola pupila se llama "*pupila dilatada*." La aparición de la pupila dilatada puede indicar una emergencia neuroquirúrgica, especialmente cuando la pupila había sido observada de tamaño normal previamente. Este es un signo que puede conducir a una inmediata trepanación del cráneo (taladrar "agujeros") para permitir que la sangre drene y disminuir así la presión intracraneal. Lo que sería un sangrado de una excoriación grande en un brazo

podría ser fatal si ocurre dentro de la inextensible caja ósea del cráneo.

El paciente de Mort era un hombre joven admitido luego de una caída de caballo. Los caballos y las motocicletas eran responsables en mucho de la neurocirugía por traumas; y todavía lo son, a pesar de las leyes que obligan a usar cascos. Ya que el hombre era una admisión de emergencia, todo lo que Mort tenía que hacer era escribir un resumen de las notas del interno.

El hombre estaba inconsciente, pero sin signos neurológicos que indicaran una lesión focal al momento de la admisión. Sus pupilas estaban iguales en tamaño y eran reactivas a la luz. Los residentes y personal de enfermería lo vigilaban cuidadosa y repetidamente. Las unidades de cuidados intensivos no existían, así que el paciente estaba en una sala de cuatro camas donde eran colocados los más graves. Los signos vitales eran tomados constantemente. En algunos casos una tira de ECG era tomada periódicamente (los monitores continuos no existían todavía). Una enfermera se paraba al lado de la cama haciendo constantes chequeos neurológicos, como se llamaban. El personal médico de neurocirugía y los estudiantes debían rondar y vigilar. Era una actividad clínica intensa. Estos pacientes nos enseñaron los detalles del examen neurológico, lo cual además de nuestro curso intenso de neuroanatomía nos preparaba para tener las bases de la evaluación de los problemas neurológicos.

Hank y yo estábamos en la cafetería tomando un refresco, cuando Mort vino a la mesa caminando calmadamente. Nos preguntábamos por qué estaba él en la cafetería con un paciente tan grave en la admisión. El paso de información era realmente eficiente, y nosotros sabíamos inmediatamente acerca de casi toda nueva admisión, incluyendo el caso de trauma encefálico de Mort. Tratamos de ignorar a Mort hasta que persistió en interrumpirnos. Nos contó acerca de su nuevo ingreso, el hombre joven que se cayó del caballo.

Nos estaba presentando los hallazgos, vomitando toda suerte de epónimos para los signos neurológicos y haciendo gala de su

conocimiento de neuroanatomía. Mort hizo algunas especulaciones acerca de lesión del núcleo caudado o tal vez algún sangrado del hipocampo. Hank continuaba murmurando entre dientes “pura basura” a cada una de las teorías de Mort. Mort nos habló después del examen ocular. Por alguna razón todavía desconocida e incomprensible para cualquiera, Mort cometió el imperdonable error de dilatar la pupila con atropina. Cuando nos dijo lo que había hecho, Hank y yo en un movimiento, saltamos sobre la mesa y comenzamos a correr hacia el 3300.

Cuando llegamos allá, vimos una pila de sábanas, almohadas y otras ropas de cama saliendo del cuarto de cuatro camas al pasillo. La cama del joven hombre estaba vacía. Llamamos a la enfermera para saber adonde lo habían llevado.

La enfermera llamó desde la estación de enfermería “Pupila dilatada... fue llevado al pabellón... para trepanación”

Nos regresamos volando y nos encontramos a Mort detrás nuestro “Tú tonto estúpido,” gritó Hank, “Ve al quirófano y deténlos.”

Seguimos a Mort, de cerca, corriendo a medias, con los corazones latiendo, con el temor absoluto de encontrar al neurocirujano, pues queríamos estar seguros que Mort había pasado la información para que el cirujano no hiciera los innecesarios agujeros de trepanación. Tan pronto como vimos a Mort entrar en el quirófano, nos perdimos de vista, no queriendo ninguna asociación con Mort o su horrible error.

A Joe Capps, el jefe de residentes de neurocirugía, le encantaba contar la historia. Le gustaba especialmente contarla y recontarla siempre que Mort estaba por allí. De hecho, si Mort se acercaba, Joe dejaría de decir lo que estuviera diciendo e inmediatamente contaría la historia de nuevo. Joe decía que el Dr. Bill Meacham, el jefe de neurocirugía, al oír sobre lo del ojo dilatado con atropina, había dicho que clavaría a Mort en la pared. Joe contaba que si ellos no hubieran agarrado a Meacham, le habría dado unos puños a Mort. Meacham le gritó a Mort en la cara y lo reprendió. Cuando salió del quirófano, el

Dr. Meacham fue directo a la oficina del decano a pedir que echaran a Mort de la escuela de medicina.

Nos habían dicho una y otra vez en los cursos de Hartman y Kampmeier, “*nunca* dilatar los ojos de pacientes neurológicos bajo ninguna circunstancia.” El tamaño e igualdad de la pupila era uno de los signos claves para seguir el curso de todos los pacientes neurológicos. Yo no creo que ellos alguna vez hayan dicho no dilaten *un* ojo, pero quien iba a pensar nunca que podía haber alguien tan estúpido para hacer *eso* precisamente. Algunas cosas no necesitan ser dichas.

El joven a duras penas se salvó de una trepanación innecesaria, lentamente recobró la conciencia, y fue dado de alta en buenas condiciones sin daño neurológico residual. Una rapada de la cabeza fue el único daño ocasionado.

Por razones que nunca supimos, Mort no fue expulsado de la escuela de medicina. Debió de algún modo haber hablado rápido con el decano. No vimos nunca ningún cambio en la conducta de Mort o algo que pareciera contrición.

Si alguien va a ser arrogante, más le vale ser realmente inteligente, mejor aun brillante. Solamente los verdaderos genios pueden darse el lujo de ser arrogantes y aun así este es un rasgo insufrible. Mort era inteligente pero lejos de ser brillante. Los arrogantes que no son genios inevitablemente cometerán un notorio error. No será un simple error. Será uno enorme. Algunas veces me pregunto si Dios no mira alrededor buscando a la gente arrogante para castigarla haciendo que cometa errores estúpidos. El error de Mort era verdaderamente estúpido y colosal, de alguna manera él logró escapar del castigo.

De todas las causas de demandas por mala práctica que he visto en los años que siguieron, la arrogancia del médico encabeza la lista. Los médicos arrogantes no escuchan a otros médicos, ni siquiera escuchan a los amigos o esposos. Parecieran inmunes a toda retroalimentación excepto a una, el médico arrogante comete el error

mortal de creer solamente en el gran elogio de sus pacientes. Casi todos los pacientes destilan elogios, y es un camino no fiable aceptarlos por su valor aparente. La aceptación indiscriminada del elogio del paciente es una amenaza ocupacional constante, que alimenta a los médicos arrogantes. El médico arrogante que se aleja a sí mismo de la honesta y directa retroalimentación de colegas y amigos, esta yendo al desastre.

La arrogancia sigue muy de cerca al “pie del soberbio,” como dice la Biblia*. Finalmente, el médico arrogante excederá sus límites de justificado orgullo profesional y será pateado dentro de la realidad. Puede ser que el decano haya creído que Mort había aprendido alguna lección importante de su error. Pero ninguno de nosotros creyó que había aprendido algo.

* NT: Libro de los Salmos 36:11 “No dejes que los orgullosos me pongan el pie encima”

En las salas de hospitalización...

Sonidos de la noche

Durante el tercero y cuarto año, los estudiantes continúan como pasantes y son asignados en pequeños grupos a diversos servicios en el hospital donde ellos se convierten en los miembros jóvenes de los equipos que estudian los problemas y progresos de los pacientes.

*Programa 1954-1955, página 67
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

En la noche el hospital cambiaba sus características. Todos los visitantes se iban, excepto aquellos que tenían un miembro de la familia que estaba muriendo. El personal de enfermería se reducía al mínimo de una enfermera y una o dos ayudantes de enfermería para treinta y dos pacientes. Una vez que los pacientes estaban todos en sus camas, las enfermeras se reunían en la estación de enfermería para llenar sus notas. Había un largo mesón donde los estudiantes de medicina hacían sus tareas en las historias clínicas, actualizaciones y gráficos de los resultados de nuestro trabajo diario de laboratorio. A mí me gustaba el hospital especialmente después de medianoche. Había una sensación de bienestar tarde en la noche, particularmente si la sala estaba en calma, ninguno en condición crítica, y no había ingresos. Todo el trabajo de laboratorio había sido realizado, todas las historias actualizadas, todas las notas hechas para el día siguiente, y todas las órdenes para mi trabajo de laboratorio listas para la mañana. Sentado y oyendo a medias a las mujeres hablar quedo era algo que me reconfortaba y calmaba. Eso me recordaba las noches con mi

abuela y mi tía abuela cuando ellas vivían en el campo, las dos mujeres tejiendo y charlando y meciéndose a la luz de las lámparas de querosén cuando yo jugaba en el piso.

Algunas veces paseaba fuera de la sala en el corredor que conectaba las salas 3200 y 3300. El pasillo tenía un piso de baldosas y cielo raso parcialmente cubierto como un emparrado abierto a un jardín o una cubierta superior de un gran barco. Las frías noches de otoño era las mejores. Si las luces del estadio de fútbol no estaban encendidas, las estrellas saldrían brillantemente y llenarían el cielo. Después del aire caliente de las salas, el aire de la noche fría era vigorizante. El sudor, una constante en las salas sobrecalentadas cualquiera que fuera la estación, era eliminado por el frío. En el otoño, los sábados en la noche podía ver las luces distantes del estadio de fútbol y oír el rugir de la multitud que venía y se iba, dependiendo de cómo estaba jugando el equipo. Cuando el juego terminaba y el público se dirigía a las casas de las fraternidades, yo me arrimaba sobre la pared de piedra y escuchaba escondido a los estudiantes no graduados que pasaban debajo caminando por la acera. Algunas veces podía oírlos claramente hablar del baile que seguía al juego o podía pescar algunos comentarios sobre el equipo contrario, pero generalmente era un murmullo tan quedo que no podía agarrar todas las palabras. Casi podía sentir el cabello fino y oler el paralizante perfume de alguna maravillosa y bella estudiante cuando ella reía al pasar.

Esas noches me hicieron darme cuenta que lejos nos habíamos movido del otro mundo en tan corto tiempo. El mundo en que estábamos solamente nos mostraría los trágicos fragmentos de sus enfermos y lesionados. Nuestra visión sería por siempre inclinada hacia lo anormal. El remanente del otro mundo permanecía invisible e inaccesible para nosotros. Estábamos separados por el trabajo que hacíamos y por las cosas que veíamos y oíamos. Seríamos tratados como gente aparte. Nunca caminaría de nuevo casualmente por un estadio de fútbol con nada en mi mente excepto mi novia y el

próximo juego. A veces sentía un fuerte deseo por eso que no podía tener, pero esos sentimientos fueron rápidamente suprimidos, por la urgencia de la siguiente administración intravenosa a iniciar o la cuenta blanca que tenía que ser hecha o el ingreso que subía de la emergencia y que requería de mi presencia. Me gustaba escurrirme en esos pasillos, pero incluso esas pausas ocurrían raramente. Para el tiempo del internado, ya esos recesos habían desaparecido para siempre.

Alrededor de la 1 a.m. se apagaban las luces del hospital excepto, en los pasillos de las salas. El resto de los corredores estaba a oscuras. Cuando me acercaba al hospital porque me habían llamado en el medio de la noche, su apariencia por fuera, era como la de un enorme trasatlántico con filas de luces entremezcladas con oscuridad. Había pasajeros y tripulación e incluso un capitán. Dentro de sus confines un sin fin de pequeños viajes que estaban en proceso o terminando. Nos hacíamos constantemente a la mar en el barco que nunca llegaba a puerto, que nunca atracaba. Como pequeños botes las ambulancias saldrían a los lados y descargarían los cuerpos dañados por la dureza de la vida o el infortunio de la enfermedad. Eran como botes de rescate sacando del océano los enfermos y heridos. Algunos de los rescatados finalmente llegarían a puerto pero otros se perderían en el mar.

Una noche estaba sentado en el banco en el puesto de enfermeras, terminando de escribir en las historias mi trabajo del día. Como yo escuchaba los sonidos de la sala, comencé a distinguir un paciente de otro. No había mujeres en esta sala. Todas estaban en una sala un piso abajo.

El hombre gordo con insuficiencia cardiaca en el extremo izquierdo de la sala dormía sentado para poder respirar. Aun entonces, él roncaba en largas y sonoras inspiraciones ocasionalmente enfatizadas por abruptos ronquidos y sacudidas cuando se esforzaba por pasar el aire a través de su lengua, la cual obstruía periódicamente sus vías aéreas.

El hombre en una de las cuatro camas del frente, la más cercana al puesto de enfermería, tenía enfisema severo. Su tos era débil y prolongada cuando él exhalaba con dificultad apenas una pequeña cantidad de aire con cada tosido. Esparcía saliva como un motor distante que no podía arrancar de verdad. Una vez y otra, se elevaba débilmente hasta que aclaraba suficiente moco para lograr una respiración ligeramente mejor y unos pocos minutos más de sueño.

En la segunda cama a la derecha, el veterano de la II Guerra Mundial con bronquitis tenía una tos fuerte, húmeda y llena de flema y moco, que terminaba en una expectoración. Y luego tranquilidad.

El tenue siseo del oxígeno que entraba en la tienda de plástico del anciano con insuficiencia cardíaca se fundía con los sonidos de fondo del agua burbujeando en el tanque de oxígeno. Cerca del puesto de enfermería había un inhalador *Maws* con el silbido del agua mentolada hirviendo. Afuera de la sala en la distancia, podía oír a alguien decir algo al hombre en la cama de al lado, luego una respuesta más débil menos clara, seguida por un silencio. Todo lo que podría decir era que era una voz humana solitaria en algún lugar afuera de la sala oscura.

Pronto podría seguir a cada paciente por su sonido o la ausencia de un sonido. Una noche la enfermera me dijo cómo vigilaba la sala. Ella tenía un sexto sentido cuando algo no estaba bien. Agarraba su linterna y se movía en la sala, encontrando rápidamente al paciente en problemas siguiendo su sentido además de su fino sentido de audición.

Aprendí a distinguir las diferentes toses en la noche sentado allá oyendo los sonidos de la sala... los crepitantes húmedos de la insuficiencia cardíaca, los escupitajos prolongados de la bronquitis crónica y enfisema, la tos tenue rechinante del cáncer de pulmón terminal, el ronco graznido de la tuberculosis *cavitaria*, y las toses ruidosas y efectivas en los hombres de otra manera sanos con influenza o neumonía.

Algunas noches estaban llenas de horrores para algunos pacientes, especialmente los pacientes con demencia. Como Rupert Mullins el paciente de la compactación fecal, ellos era capaces de funcionar durante el día, pero tan pronto como el sol se ponía, se ponían confundidos y agresivos. Las sombras se convertían en bestias que atacaban o peor la luz de la linterna de la enfermera podría disparar un grito frenético. No siendo capaces de ver las caras u oír las voces familiares, se volvían temerosos y se sentían perdidos. Sus llantos ocasionales y gemidos se mezclaban con las toses intermitentes y los otros sonidos de la noche.

En la profundidad de la noche, digamos después de las 3 a.m., el hospital estaba muy tranquilo, un barco sin movimiento no batido más por las olas. El hospital tenía un solo operador de teléfono quien se ocupaba del sistema de altoparlante. Después de medianoche, ella bajaba el volumen para que cualquier llamada por el buscapersonas sea escuchada. Algunas veces pude oír su leve ronquido sobre el micrófono. Debe haberse dormido de tiempo en tiempo. ¿Cómo más podía ella pasar el tiempo en la mitad de la noche sin que nada haya pasado en horas?

Era al final de la noche en que Mazie hacía sus revistas. Mazie era una mujer negra muy vieja quien había sido parte del hospital desde que se abrió en 1925. Cada noche después de medianoche, Mazie hacía una gran jarra de café, la cual ella empujaba en un carrito de una sala otra para dar a las enfermeras el estímulo que mucho necesitaban en el medio de la noche.

El café me despertaría rápidamente, pero no podría dormir después. Era muy sensible a la cafeína. Una noche estaba en la cocina de la sala buscando algo que comer, se habían comido todo, pero encontré un frasco de jugo de uva sin azúcar, me tomé de un tirón un vaso del fuerte líquido. En segundos, yo estaba completamente despierto de un sacudón. Desde entonces, usé el jugo de uva no endulzado para mantenerme despierto en las largas noches.

Una noche tarde, bien avanzada la noche, Mazie había acabado de pasar por la sala donde estaba escribiendo la historia de un paciente. La tenue voz de la operadora sonó en el altavoz. Al principio era como un susurro ronco, y no pude entender. Luego nada. Luego un débil susurro que venía de la operadora.

“Mazie, Mazie. ¿Dónde está Ud.?” la operadora susurró en el altoparlante.

Luego minutos más tarde, esta vez un poco más alto, “¿Mazie, dónde está Ud.? ¿Mazie, Mazie?”

Varios minutos transcurrieron, y luego en una fuerte voz de mediodía con el volumen subido, la operadora exigió, “MAZIE, NECESITO CAFÉ, ¡AHORA!”

Todavía puedo oír la desesperación en la voz de la operadora y entenderla.

Cuando un paciente muy enfermo era ingresado tarde, la noche cambiaba rápidamente y el tiempo se desvanecía. La luz rosada del amanecer estaba allí antes de que me diera cuenta. Al principio enceguecido por la brillante luz del día, finalmente salía del hospital. Somnoliento, cansado, y hambriento, dando tras pies regresaba a la residencia Phi Chi para tratar de dormir un poco. En el camino me encontraba con Oscar y Walter que iban al hospital. Les contaba sobre el paciente de la noche. Ellos estaban entrando en el día cuando yo estaba saliendo de la noche.

Las primeras guardias privadas...

Simplemente, un asunto de orgullo

A los estudiantes del último año se les permite trabajar en la noche y en los fines de semana en ciertas clínicas autorizadas.

*Comentarios del Decano
Otoño 1954*

El último año de la escuela de medicina llegó, y nos redujimos como clase. Casi todos teníamos un trabajo a medio tiempo en la noche y en los fines de semana. Dados nuestros muy pequeños grupos en las cortas rotaciones clínicas de este año, y nuestros trabajos de noche y fines de semana, cada vez nos veíamos menos unos a otros. Las cenas de los viernes en la noche en la casa Phi Chi habían llegado a su fin. Habíamos oído la última de las cartas de la madre de Oscar. No habría más imitaciones de Wally de los profesores por venir, ahora él era un interno de cirugía en Vanderbilt. No más premios para el estudiante más *excitado* de la semana. Era tiempo de dispersarse la familia. Al final del año, todos estaríamos yéndonos a los internados a sitios todavía ignorados. El último año era la preparatoria para nuestra separación final.

Los trabajos fueron casi universales para los estudiantes en nuestra clase. La mayoría de los trabajos, llamados externados, estaban centrados en hacer historias de admisión y transcribir órdenes de médicos privados. Jean estaba de externo en *Saint Thomas Hospital*, junto con otros compañeros. Otros eran externos en la noche en el enorme *Central State Insane Asylum*, el cual albergaba más de dos mil pacientes llevados allí involuntariamente. Tal

confinamiento era entonces permitido por la ley. Oscar estaba como médico de planta en uno de los hogares para niños. Tres compañeros cubrían llamadas para ver enfermos de la penitenciaría estatal. Otros brindaban cobertura de cuerpo presente durante la noche en el sanatorio antituberculoso.

Cinco de nosotros habíamos aceptado el trabajo de dar anestesia a casos obstétricos en las noches. Habíamos tomado un curso de dos meses en el verano para prepararnos. Vivíamos con el personal de cirugía en una casa vieja inmediatamente detrás del hospital y atendíamos llamadas cada quinta noche. La única paga era habitación, comida y lavandería gratis. La comida era ilimitada, y yo gané cerca de diez kilos pensando estúpidamente, que mientras más comiera, era más pagado.

Visitar a los compañeros en sus diferentes trabajos se convirtió en el pasatiempo favorito. Pasé tiempo con mis compañeros en la penitenciaría, el asilo y el sanatorio antituberculoso. Pero mis visitas preferidas eran a Hank en un pequeño hospital privado al otro lado de la ciudad. Hank tenía el trabajo con la máxima responsabilidad. Manejaba la sala de emergencia durante la noche y fines de semana. Otros dos compañeros trabajaban allá también la noche cada tercer día y los fines de semana. La mayoría de los pacientes tenía problemas que no eran emergencias serias que amenazaran la vida. Era más una clínica nocturna para cubrir la práctica de los médicos privados que una sala de emergencia.

Allí pasé varias noches a lo largo del año, mirando a Hank hacer su trabajo y ayudándolo cuando estaba sobrecargado. Era divertido, pero era más de lo que yo me habría encargado dado nuestro nivel de experiencia. Hank lo veía de otro modo. Como todos los cirujanos, Hank no tenía miedo. Recibía apoyo por teléfono de uno de los médicos privados, a quien podía llamar en cualquier momento a pedir ayuda, aunque Hank casi nunca llamó al hombre. Era un asunto de orgullo.

Una noche, este orgullo casi lo hace trastabillar. Un niño pequeño y su padre estaban sentados en la salita de tratamiento cuando Hank y yo entramos. Hank estrechó su mano y se presentó como “Dr. Meiers.” Parecía como que hubiera estado diciendo eso por veinte años. Yo estaba impresionado.

El muchachito se había caído con sus patines y se había lesionado su muñeca derecha. Estaba sentado en las piernas de su padre con las lágrimas corriendo por su carita sucia. El padre estaba con su overol cubierto de grasa, obviamente era un mecánico de algún tipo. Cuando se levantó, puso al niño en el suelo, se estiró y estrechó la mano de Hank. El hombre parecía un jugador de fútbol corpulento de casi dos metros que pesaría mucho más de lo que Hank y yo pesábamos juntos.

Hank masculló, “Este es el Dr. Meador. Él está trabajando conmigo esta noche.”

El padre extendió su mano. Parecía como un guante de béisbol. “Gusto en conocerlo,” dijo el padre.

Hank ordenó una radiografía de la mano, muñeca y codo. El me dijo que hacía eso para no dejar pasar ninguna fractura. Nunca tuvimos a nadie que nos dijera que había que tomar radiografías de la articulación por arriba de la lesión. Hank simplemente lo acababa de inventar.

La radiografía mostró una fractura de *Colles* de la cabeza del radio derecho. Esta es la fractura clásica que ocurre al caer con las manos extendidas. La muñeca se dobla hacia atrás y rompe el hueso justo por encima de la muñeca. El niño lloró cuando Hank le dijo que tenía un hueso roto.

Nosotros nos retiramos a la oficina del médico privado. Todas las sillas y la mesa estaban llenas de revistas médicas. Los anaqueles estaban llenos de libros, algunos que databan de comienzos del siglo veinte. Había una bata blanca tirada sobre una silla. El escritorio estaba cubierto de muestras médicas y literatura dejada allí por los

visitadores médicos. Un pequeño negatoscopio estaba colgado en la pared sobre un pequeño lavamanos. Hank puso la radiografía sobre la pantalla y me señaló la fina línea de fractura. En la vista lateral el radio se veía doblado hacia atrás. Ud. podía observar la naturaleza de la lesión al ver el desplazamiento hacia atrás de la muñeca con el impacto.

“Vamos a ver lo que dicen los libros qué se debe hacer aquí,” dijo Hank mientras hojeaba un libro de ortopedia. Leyó rápidamente para sí, cerró fuertemente el libro, y dijo, “No hay problema, vamos a ponerle el yeso en el brazo.”

“¿Tú has hecho esto antes?” pregunté.

“No,” contestó Hank.

“¿No crees que deberías llamar al cirujano?” Le pregunté, nervioso porque Hank se estaba moviendo en una zona prohibida. Yo no tenía idea de cómo poner un yeso. Hank no me contestó.

Hank envolvió el brazo del niño en una gasa fina. Luego estiró el yeso húmedo y se lo envolvió alrededor de la mano y muñeca del muchacho, extendiendo todo el yeso húmedo hasta el codo. Luego lo alisó y en pocos minutos el había colocado un yeso que lucía muy profesional. Palmeó al niño en la cabeza, y le dijo al padre que le mirara los dedos y chequeara la sensibilidad cada tres o cuatro horas, y que regresara si la mano se ponía azul o se le dormían los dedos. El hombre agradeció profusamente y se fue. Hank y yo continuamos atendiendo el modesto flujo de pacientes con resfriados, dolores de garganta o pequeñas heridas o abrasiones.

En menos de media hora, oí una fuerte voz que venía de la sala de espera. La voz se escuchó más cerca y pronto el padre del niño apareció en la habitación. Había desaparecido el agradecimiento y respeto que el hombre nos había demostrado cuando se fue. El hombre estaba furioso. “¿Dónde está ese doctorcito?” gritó. Yo lo quiero ver... ¡AHORA!”

Hank sacó su cabeza fuera del consultorio. El hombre buscó la cara de Hank y le batió un yeso blanco en su frente. “¡¿Qué clase de trabajo chambón es éste?! Se baja el muchacho de mi camión en la casa y el yeso completo se le cae. ¡Ahí mismo! Se le cae.”

Hank no vaciló. Sin echarse para atrás ni un poquito, y aun pareciendo un poco irritado, dijo simplemente: “Ahora exactamente dígame, ¿cómo estaba su hijo sosteniendo el brazo? Quiero saber eso antes de que hablemos.”

El hombre se detuvo, vaciló y dijo, “Uh, bueno, así creo.” El sostuvo su brazo a un lado hacia abajo imitando como pensó que había hecho su hijo.

“¿Ve?” dijo Hank en voz alta, sacudiendo su cabeza, “Yo pensé que era eso lo que había pasado.” Hank realmente se veía frustrado. “Yo le dije a Ud. que mantuviera el brazo en ese cabestrillo. Ud. no puede llevar colgando un yeso nuevo. Ahora, tengo que ponerle el yeso otra vez.”

El hombre era todo excusas. Siguió a Hank al cuarto de tratamiento y continuaba diciendo cuan apenado estaba, y cuan apenado estaba de haber puesto a Hank en todo ese problema.

Hank repentinamente se volteó y con la cara más seria posible, dijo, “No es ningún problema, yo estaba un poquito molesto, eso es todo.”

Aunque Hank estaba equivocado por haberse metido en un terreno médico que no conocía, yo sabía a otro nivel que Hank era un cirujano innato. No importa cuán mala, desesperada o difícil fuera la situación, Hank tenía una cualidad requerida para todos los cirujanos en emergencias, imperturbabilidad.

Después que terminó de poner el nuevo yeso, Hank se escurrió a la oficina y colapsó en el sofá. Hank juró que ese sería el primero y único yeso hasta que él tuviera entrenamiento ortopédico. “Mi Dios,” dijo. “¿Puedes creer que sea el primer yeso que pongo y que se caiga? Precisamente que se caiga. Yo que me estaba asegurando de que no

quedara demasiado apretado. Pensé que el hombre iba a darme una tunda. No le cuentes esto a Jean, Oscar o a cualquier otro.”

“Hank, estoy que no aguanto para hacerlo.” Me reí y me senté a su lado. Hank era una fuente constante de grandes cuentos para la sala de estar.

En la búsqueda del internado...

El último capítulo

Requisitos para la graduación.- El candidato para el grado de Doctor en Medicina debe tener 21 años y un buen carácter moral. Los graduandos deben haber pasado al menos cuatro años como estudiantes de medicina matriculados, al menos dos de los cuales deben haber sido en esta Escuela. Ellos deben haber terminado satisfactoriamente todos los exámenes prescritos y estar libres de deudas con la Universidad. Al final del cuarto año todo estudiante que haya cumplido con estos requisitos será considerado para el grado de Doctor en Medicina.

*Programa 1954-1955
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

El último año serpenteó y finalmente llegó a su término. Nuestro último año en la escuela no fue tan estresante como los primeros tres años tan sobrecargados de tensión. Me preguntaba si esto habría sido diseñado así a propósito. Puede ser que haya sido una manera de hacernos descansar y prepararnos para el más mortal y forzado de todos los años, el internado. No había llamadas nocturnas en ninguno de los cursos o rotaciones. Rotábamos de una clínica a otra, era una especie de cafetería de las especialidades en existencia, en ese entonces. Generalmente pasábamos cerca de dos semanas en cada clínica tomándole el gusto a los problemas clínicos de esa especialidad. La mayoría de las clínicas se reunían sólo una vez por semana. Si un paciente tenía problemas que afectaban varios órganos, podría tomarle uno o dos meses ir de una clínica a otra hasta haber pasado por todas las consultas externas necesarias. Alguien una vez

oyó a una trabajadora social preguntar a un hombre qué clase de trabajo hacía para vivir. Él le contestó. “Señora, Ud. no puede tener un trabajo a tiempo completo y asistir a las consultas de la universidad.”

Algunas tardes, Oscar, Jean y yo jugábamos golf. Nuestras noches eran ahora casi todas libres. En algún modo, nos estábamos incorporando al mundo exterior. La Guerra de Corea, con sus detalles poco conocidos para nosotros, había terminado. Comenzábamos a salir de nuevo con chicas. Veíamos películas y jugábamos póquer los miércoles en la noche en la residencia Phi Chi. Teníamos tiempo para leer, lo que era casi imposible durante la mayor parte del tercer año. Era como una maravillosa cura de sueño que necesitábamos después de una larga enfermedad.

No había visto a Wally en varios meses, él se había quedado después de su graduación como interno quirúrgico, y había estado en el *VA Hospital*. Apenas lo reconocí. Tenía ojeras y había perdido por lo menos diez kilos. Lucía como uno de esos soldados de las películas de la II Guerra Mundial que había escapado de un campo japonés de prisioneros de guerra. “Sólo espera. Sólo espera para que veas.” dijo Wally cuando nos sentamos para tomar una soda en la cafetería. “Si pensabas que Jungle Jim era malo, o si pensabas que Shapiro era difícil, prueba el internado. Demonios, no he dormido en semanas. Estoy pasado de frenético. Estoy exhausto.” Wally continuó y continuó extendiéndose en su fatiga y en su tormento. Pero de nuevo, como siempre, había una realidad escondida debajo de la exageración de Wally.

La escuela de medicina entonces y ahora lo prepara a uno para una sola cosa, para el siguiente paso en el camino educativo para convertirse en un verdadero médico: el internado. Comenzar la búsqueda de un internado, se volvió nuestra más alta prioridad. Mi primera mirada fue hacia Alabama, mi estado nativo. En 1954, Tinsley Harrison ya se había vuelto una leyenda. Su libro de texto *Principles of Internal Medicine* se estaba convirtiendo en el nuevo

estándar nacional. Y él se había convertido en el jefe de medicina en la Universidad de Alabama en Birmingham. Yo sentía atracción por él y su modo de pensar. Ya sabía que quería seguir una carrera en la medicina académica. Cuando entré a su oficina, el Dr. Harrison se puso de pie, salió de detrás de su escritorio y apretó mi mano. Exudaba energía y hablaba en un afectado acento sureño que yo llamé “sureño enfático.” Aunque ese acento está desapareciendo, Ud. todavía lo puede oír en los viejos sureños educados en el norte. Él fue directo al grano.

“Me encantaría tenerlo aquí. Pero no le voy a ofrecer un puesto. Ud. escribió que estaba interesado en la medicina académica. Váyase al Este. Entrélese bien, vaya a Boston, New York, Hopkins. Regrese e incorpórese a mi personal. No estoy listo para ofrecerle lo que Ud. puede obtener en el Este.” Se levantó y me encaminó a la puerta. Hizo una pausa justo antes de darme la mano. “Recuerde esto. Siempre ponga la persona antes que la institución. Si algo es bueno para la institución, pero malo para la persona, no lo haga. Si algo es bueno para la persona, y bueno para la institución, entonces hágalo. Sería bueno para nosotros tenerlo aquí. No sería bueno para Ud. Váyase al Este.” Me dio la mano y se despidió. No lo volví a ver hasta que me uní a su cuerpo de profesores ocho años más tarde.

Justo antes del primer trimestre de ese último año, en agosto de 1954, Hank, otros dos compañeros y yo nos enfilamos al Este en un viaje de una semana. Fuimos por tren a New York y Boston, lo cual requería cambios en Atlanta, Washington y New York, Hank estaba buscando programas de cirugía, y yo estaba visitando departamentos de medicina. Tenía mi corazón puesto en *Bellevue*, donde sabía que podría ver la más grande variedad de problemas clínicos.

En Boston, tenía entrevistas en el *Mass General*, *Peter Bent Brigham*, y el Servicio Harvard en la ciudad de Boston. En Nueva York tenía entrevistas en el *Columbia Presbyterian* en el Upper West Side, en *New York Hospital* de Cornell en el Upper East Side, y en el

Servicio de Cornell en *Bellevue* en el Lower East Side. Aprendí rápidamente a usar el metro.

Bellevue tenía la reputación de ser el internado más difícil que existía. El ser difícil y exigir muchísimo era parte del juego que deseábamos la mayoría de nosotros esos días. Machismo era lo máximo. Eso es lo que yo pensé que quería, hasta que visité el *Bellevue*. Pasé la mañana con el personal del hospital y tenía mi cita para la entrevista con el jefe del servicio al mediodía. Mi primera mirada al personal comenzó a hacer cambiar mi opinión. Sus batas blancas se habían vuelto de un gris sucio, con manchas de negro y gotas de sangre aquí y allá. Tres de los médicos estaban dormidos durante el reporte de la mañana. Ninguno de ellos afeitado. Al caminar en la revista ellos describían su rutina diaria, no solo extraer todas las sangres, sino también llevar las muestras al laboratorio y hacer el trabajo de laboratorio, químicas y todo. Luego ellos corrían de regreso para llevar a los pacientes a rayos X, sólo a tiempo para regresar apurados a la sala para trabajar en las siguientes cuatro a cinco admisiones diarias, únicamente para comenzar el proceso de nuevo. Los internos en el *Bellevue* hacían eso sin ayuda. No había ningún apoyo del personal más que una enfermera o dos. Internos y enfermeras, eso era todo. Para colmo, me dijeron que estaban cortos de personal. Un residente y un interno estaban fuera por tener tuberculosis contaminante, la cual habían adquirido en el servicio. Un caso ocasional no era infrecuente en un hospital de enseñanza, pero dos en un año era mucho.

Mi entusiasmo inicial por *Bellevue* fue cayendo minuto a minuto. Quería irme, pero tenía la entrevista pautada, así que esperé. Caminé hacia la oficina del jefe. Era un nombre importante en los círculos académicos, habiendo sido presidente de los *Old Turks* el año anterior. Apenas cuando me senté, toda la pretensión que yo había reunido se desvaneció. Antes de que supiera, pude oírme a mí mismo diciéndole que había decidido retirar mi nombre de consideración para un internado en *Bellevue*. Dije algo acerca de no quería hacerle

perder su tiempo y alguna otra palabra entre dientes, cuando me levanté y me dirigí a la puerta. Sus ojos me siguieron a la puerta cuando salía de la habitación. No dijo una palabra, cuando se levantó tenía la expresión más incrédula.

Cuando salí a la calle, hice respiraciones profundas de alivio. Caminé por los alrededores a un alto puente de concreto y miré hacia el East River debajo y a Brooklyn en el otro lado. Me sentí como que había escapado de la Isla del Diablo. Si Ud. ve alguna vez a un médico que se haya entrenado en *Bellevue*, levántese y sáquese su sombrero y sepa que Ud. está en presencia de un miembro de la Legión Extranjera Francesa de Medicina, la más difícil de lo difícil. Ellos habrán visto y hecho todo, y más de una vez. Cada imaginable enfermedad de cada alma maltratada y abandonada que allí caen de toda la ciudad de New York. Ellos ven todo eso. Yo envidié esa oportunidad, para ver ese amplio espectro de enfermedad, pero yo sabía que no tenía la madera o la voluntad para hacer el internado de *Bellevue*.

Continué con las entrevistas en *Columbian Presbyterian Hospital* y *New York Hospital* de Cornell. Estuve en el *solarium* en el piso nueve del *Presbyterian Hospital*, cuando hice el recorrido con el Dr. Robert Loeb, jefe de medicina. Cuando miré hacia la zona baja de la ciudad, pude verlo todo. Central Park estaba a la izquierda. El río Hudson que brillaba abajo a la derecha, la reducción gradual de Manhattan en Battery Park a la distancia brumosa. Aquí era donde yo quería estar.

A mediados de marzo supimos dónde haríamos nuestros internados y probablemente pasaríamos los siguientes años de residencia; eso era con toda seguridad, donde nos estableceríamos y practicaríamos o haríamos investigación y enseñaríamos. Hay sólo unos pocos días de gran significación en la vida de una persona, el día que nacemos, el día en que nos casamos, el día que nace un hijo o hija, y ciertamente el día en que morimos. Yo pondría el día del internado a ese nivel de importancia. Pensé lo extraño que era, y

todavía lo pienso, que cuánto de destino pende de un sólo día. A mediados de marzo a lo largo y ancho del país, los estudiantes del último año abren sobres el mismo día y literalmente leen su destino en un pedazo de papel. La vida imaginada que podía haber sucedido en un sitio se desvanece para pasar al segundo o tercer sitio seleccionado para el internado. Algunas veces en una ciudad o sección del país muy diferente a la que se había pensado. En un flash, uno ve cómo se enfocan los años venideros.

La carta en mi sobre era del Dr. Robert Loeb, jefe de medicina en el *Columbian Presbyterian Hospital* en New York. Decía que estaba complacido de ofrecerme una invitación para servir como médico interno en su servicio. Yo me desplomé en la silla cercana. Mi respiración era rápida. Mi pelo erizado en mis brazos y cuello. Yo había logrado lo que más quería. Estaría en New York, la *gran manzana*. Quería gritar y saltar y correr. Hank vino a mí sonriendo. Él logró lo que anhelaba, cirugía en *Barnes* y *Washington University*. Jean, Oscar y Ben se quedarían en Vanderbilt. Walter iría al servicio médico de Harvard en la ciudad de Boston. Todos logramos nuestras primeras opciones. Supe que el resto de nuestra clase también lo consiguió.

Después de marzo ya no había mucha atención para la escuela. Todos hacíamos planes para nuestras mudanzas y sobre todo festeábamos. La graduación ese año tuvo que ser movida del césped al gimnasio debido a la lluvia. El decano Rusk, que más tarde sería Secretario de Estado en los gobiernos de los presidentes Kennedy y Johnson, fue el orador del acto. No recuerdo una sola palabra de lo que dijo, ni siquiera el tópico. Desde nuestros asientos en el gimnasio, mi vista, al mirar al público hacia atrás, recorría de una cara a otra. Mi familia estaba allí, así como las familias de Oscar, Hank, Jean, Walter y Ben. Luego enfoqué las caras de los profesores. “Jungle Jim” Ward de anatomía, Meng de fisiología y Mennely de VA; luego Shapiro de patología, Hartman, Kampmeier y Newman. Casi el todo

el cuerpo de profesores estaba allí. El decano John Youmans me dio mi diploma, y me convertí en el Doctor Meador.

Ahora comenzaría el ciclo de nuevo, del primero al último año, de ahí al primero y al último, al primero al último año, ciclo que continuaría por otros siete años de internado, luego residencia, luego como parte del cuerpo médico del ejército, regreso a la residencia y entrenamiento, después como miembro joven de un grupo de práctica médica, y finalmente como miembro joven del profesorado en Alabama con el Dr. Tinsley Harrison.

He oído a algunos doctores decir que lo que ellos aprendieron en la escuela de medicina tiene poco parecido con lo que ellos hacen diariamente en su ejercicio. Ellos lo atribuyen a la rápida velocidad de cambio en el conocimiento médico y científico y a la explosión de tecnología que nos rodea. Aunque estos avances han ocurrido, y mientras sabemos mucho más acerca de la enfermedad y salud, sin embargo yo no comparto esos puntos de vista.

Los profesores y los pacientes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt en la mitad del siglo veinte me enseñaron que los fundamentos del cuidado de los pacientes no tienen tiempo. Eran verdad entonces y permanecerán siendo verdad. Lo más importante en esta lista de principios es la habilidad de escuchar a un paciente como un ser humano, con los mismos sentimientos, problemas, y enfermedades como todos nosotros podemos tener. Pero más allá de escuchar, Vanderbilt me enseñó a colocar la enfermedad del paciente en el contexto y en la historia que es singular para la vida de ese paciente particular y específico.

“Es tan importante conocer el paciente con la enfermedad como es conocer la enfermedad misma.” No recuerdo qué profesor dijo esto primero. La enfermedad cambia, viene y va. La tecnología sigue a la ciencia y al conocimiento, y también viene y va. La naturaleza y el espíritu humanos no vienen y van. La esencia de lo que yo aprendí en Vanderbilt con mis compañeros en la clase de 1955 ha persistido y ha

aumentado con los increíbles avances en ciencia y tecnología de los pasados cincuenta años.

EPÍLOGO

Se hace también un intento por interesar al estudiante en la relación de la enfermedad y lesión con la sociedad y despertar en su conciencia sus amplias obligaciones con su comunidad y la organización social de ésta.

*Programa 1951-1952
Escuela de Medicina
Universidad de Vanderbilt*

La mitad del siglo veinte que siguió a la II Guerra Mundial fue un tiempo de transición. Estas historias sobre los compañeros, los profesores y los pacientes pertenecen a una escuela de medicina que estaba excluida en ese entonces del ancho mundo. Estábamos alejados de los principales sucesos del día, la Guerra de Corea y la aparición de la Guerra Fría con la Unión Soviética con la amenaza de devastación nuclear. Nosotros vivíamos en el *Deep South*, y conocíamos únicamente sus mundos completamente segregados de negro y blanco. Martin Luther King Jr. estaba apenas terminando el bachillerato, y *Brown vs the Board of Education** estaba en la Corte Suprema de los Estados Unidos. No había estudiantes de medicina negros y no había profesores negros en la escuela de medicina. Había una sola sala para pacientes negros en el hospital. Había solo dos mujeres en la clase de 1955.

El cuerpo de profesores de la escuela de medicina era de 382 en el programa de 1951-1952. De ellos, 302 estaban en la práctica privada

* NT: Demanda por la segregación racial en las escuelas públicas. En 1954 la Corte la declaró inconstitucional. Este dictamen fue uno de los pasos más importantes en la lucha por los derechos civiles y la integración.

y hacían su trabajo sin recibir ninguna paga. Había solo 80 miembros a tiempo completo. Muchos de esos también ejercían prácticas privadas para completar sus ingresos.

En 1951, como muestran estas historias, las mujeres todavía no habían entrado en gran número a medicina. Había un promedio de dos mujeres en cada año y sólo quince profesoras. Aunque ellas fueron pocas en número, tres de las profesoras jugaron un importante y formativo papel en nuestra educación.

La Dra. Mary Gray era única que enseñaba histología. Era una brizna de perfume y encanto maravillosos, en un mundo lleno de formalina. La Dra. Ann Minot, bioquímica de alguna relevancia, manejaba el laboratorio central de química. La Dra. Minot y su asociada, Helen Frank, no sólo hacían las medidas, sino que seguían cuidadosamente a los pacientes. Conocían los problemas clínicos de los pacientes y las razones para sus admisiones. Con frecuencia nos llamaban para decirnos que la urea se había elevado o que una de las pruebas de función hepática, era anormal o que alguna otra medida había cambiado. La Dra. Minot también nos enseñó el manejo de fluidos, electrolitos y equilibrio ácido/base. Ambas mujeres eran bastiones con que contar, especialmente si nosotros dañábamos una muestra o poníamos sangre en el tubo equivocado.

La Dra. Mildred Stahlman, entonces miembro joven de la facultad, nos enseñó la atención del recién nacido. Millie, como la llamábamos continuó una carrera muy distinguida con su trabajo en el conocimiento y manejo del pulmón inmaduro del infante prematuro. Ella fue la primera médica que ventiló un infante. Esa sola contribución ha salvado a miles de infantes prematuros. Millie Stahlman fue una de las creadoras del nuevo campo de la neonatología.

En 1951 cuando comenzamos éramos cincuenta y dos, el tamaño usual de una clase en ese tiempo. Al final del segundo año la clase era de cuarenta y cuatro estudiantes, siete habían fracasado o les habían pedido que se retiren, y uno había muerto en un accidente de tránsito.

En el tercer año tres alumnos fueron transferidos desde escuelas de medicina de dos años, entonces en existencia, haciendo un total de cuarenta y siete estudiantes que nos graduamos en 1955. Nuestra clase se distribuyó en veinte y dos sitios para internados y residencias y quedó distribuida en las siguientes especialidades:

Cirujanos generales	5
Neurocirujanos	4
Cirujanos de tórax	2
Cirujanos cardiovasculares	3
Oftalmólogos	2
Cirujanos ortopédicos	2
Urólogos	3
Obstetras y ginecólogos.....	2
Internistas/ especialistas médicos	8
Radiólogos	1
Pediatras	8
Patólogos	3
Psiquiatras.....	3
Neurólogos	1

Cerca de la mitad de la clase continuó en carreras académicas a tiempo completo o a medio tiempo. Para el 2002, ocho de los cuarenta y siete compañeros habían muerto.

Hank (Henry Meiers) se fue a Saint Louis para un internado y residencia en cirugía en *Barnes Hospital* de *Washington University*. Después de servir en el ejército, pasó su vida como un distinguido cirujano general en Kentucky. De tiempo en tiempo, antes de que muriera ya hace varios años, vi pacientes suyos que me refería para consultas médicas.

Jean (Cortner) pasó un año en pediatría en Vanderbilt, y luego hizo su residencia en el *Babies' Hospital* en *Columbia Presbyterian Hospital* en la ciudad de New York, regresando a Vanderbilt como

residente jefe. Siguiendo un tour de dos años en el ejército en París, Jean se entrenó extensamente en genética bioquímica, primero en *Rockefeller Institute* y más tarde como un asociado especial en *Galton Laboratory* en Londres. Jean luego fue un distinguido jefe de pediatría en dos universidades. Luego de servir como jefe de pediatría en *Roswell Park Memorial Institute*, se convirtió en jefe de pediatría en the *State University of New York* en Buffalo y pediatra en jefe en el *Children' Hospital* de Buffalo por siete años. Luego fue jefe de pediatría en *University of Pennsylvania* y médico jefe del *Childrens' Hospital of Philadelphia*. En 1999 Jean fue honrado con la creación de Jean Cortner Endowed Chair of Pediatrics en el *Children's Hospital of Philadelphia*. Jean y su esposa, Jeanne, reparten su tiempo entre Jackson Hole, Wyoming, y Philadelphia.

Después de un año en pediatría en Vanderbilt, Ben (Richard Benjamin Moore) se cambió a cirugía urológica. Hizo su residencia en urología en *University of Tennessee*. Luego de su residencia, hizo su entrenamiento en patología urológica en *Armed Forces Institute of Pathology*. Después de servir en la Marina, se convirtió en un urólogo sobresaliente, ejerciendo en el área de Miami/Palm Beach, Florida. Su esposa Connie y él viven ahora en el sur de Florida y North Carolina.

Después de un año en medicina en Vanderbilt, Oscar (Crofford) pasó varios años en bioquímica en Suiza, y regresó a Vanderbilt, donde se convirtió en profesor de medicina y en el primer director de *Diabetes Research and Training Center* financiado por NIH. Oscar, el científico más distinguido y completo de nuestra clase, llevó a cabo totalmente el monumental estudio a nivel nacional del tratamiento controlado de la *diabetes mellitus* desde la concepción y financiamiento del proyecto hasta su culminación. Su estudio multicéntrico mostró por primera vez y de manera definitiva, que el control de los niveles de glucosa en sangre reduce las complicaciones vasculares de la *diabetes mellitus*. Oscar recibió muchos premios y reconocimientos por sus gigantescas contribuciones a la comprensión

y tratamiento de la *diabetes mellitus*. Entre esos premios estuvieron el *Lilly Award* en 1970, la *Banting Medal of the American Diabetes Association* en 1982, y el *Novo Award of the Irish Endocrine Society* en 1994. Oscar recibió el *Charles H. Best Award* dos veces, primero en 1976 y de nuevo en 1994. En 1996, la Universidad de Toronto le confirió el título de Doctor en Ciencia, *honoris causa*, en el aniversario setenta y cinco del descubrimiento de la insulina por Banting y Best en la Universidad en 1921. En 1999 recibió el *Novartis Award* siendo el primero en recibir tal distinción por *Lifetime Achievement*. Oscar y su esposa Jane, viven en su amada granja de Arkansas, donde crían vacas.

Wally (Wallace Faulk) completó su entrenamiento quirúrgico general en Vanderbilt. Luego fue a entrenarse por cuatro años en el departamento de oftalmología de *University of Iowa*. Luego servir en la Marina, practicó la oftalmología en Nashville, donde todavía vive.

Walter (Puckett) se entrenó en el servicio médico de Harvard en *Boston City Hospital*, el equivalente del Bellevue en Boston. Siguiendo un servicio en la Marina en Underwater Demolition Force (predecesor de the Navy SEALs), regresó a Vanderbilt, y practicó y enseñó cardiología en Chattanooga, Tennessee.

Yo regresé a Vanderbilt en 1973, para incorporarme al cuerpo de profesores a tiempo completo y para establecer el servicio de enseñanza de Vanderbilt en Saint Thomas Hospital. Además de haber enseñado, tuve una muy activa práctica privada y de referencias. Fue mi gran privilegio haber servido como médico personal de algunos de mis profesores, incluyendo al decano John Youmans, al Dr. Rudolph Kampmeier, al Dr. James “Jungle Jim” Ward, a las Dras. Ann Minot, y Helen Frank. Y me volví especialmente cercano al Dr. John Shapiro, con quien compartí y discutí muchas de las historias de este libro.

EL AUTOR

Clifton K. Meador se graduó de la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt en 1955, y compartió con un compañero la Medalla del Fundador por estar en el tope de su promoción. El Dr. Meador dirigió el *NIH Clinical Research Center* en la Universidad de Alabama en Birmingham durante 6 años, ascendió a profesor de medicina, y sirvió como decano de la Escuela de Medicina en esa universidad de 1968 a 1973.

En 1973 el Dr. Meador regresó a Vanderbilt para incorporarse a tiempo completo a la Facultad de Medicina como profesor de medicina y establecer el servicio de enseñanza de medicina de Vanderbilt en Saint Thomas Hospital. El Dr. Meador sirvió también como director médico del hospital hasta 1998, cuando se convierte en el director ejecutivo de la recién formada *Meharry-Vanderbilt Alliance*. Actualmente es profesor de medicina en ambas escuelas y continúa dirigiendo los programas de la Alliance.

El Dr. Meador ha publicado extensamente en la literatura médica; y es bien conocido por los artículos “*The Art and Science of Nondisease*” y “*The Last Well Person*” en *New England Journal of Medicine*, y “*A Lament for Invalids*” en *Journal of American Medical Association*. Estas publicaciones tratan con sátira los excesos de la atención médica. Es autor de siete libros, incluyendo el *best-seller* “*A Little Book of Doctors’ Rules*”*

El Dr. Meador vive en Nashville, Tennessee, con su esposa, Kathleen. Tiene siete hijos y siete nietos.

* NT: Versión en español “*Sobre Medicina, Médicos y Pacientes*” Vol I, CDCHT-ULA, Editorial Venezolana, Mérida, 2001

“Si quiere saber porqué los médicos son como son, lea este libro. Si Ud. fue a la escuela de medicina y quiere algunas carcajadas verdaderas y nostálgicas, este libro es para Ud. Lea este libro para descubrir cómo era realmente la escuela de medicina una colección de flaquezas de la escuela... alegres y duraderas.”

George Lundberg, M.D.

Antiguo Editor en jefe del *Journal of the American Medical Association*,
Profesor Adjunto en las Escuela de Salud Pública de Harvard, y autor de *Severed Trust*

“Clifton Meador ha escrito un relato auténtico, emotivo, gracioso de la Escuela de Medicina de Universidad de Vanderbilt en la cúspide de la edad de la medicina moderna. La compasión por sus pacientes, el contacto de toda la vida con sus compañeros, el sabor de los cincuenta, y el profundo significado de lo que esos primeros pasos en medicina han sido para él, hacen de este libro un *debe-leerlo* para los doctores de todas las edades.”

Steven Bergman, M.D. (a.k.a Samuel Shem)

Autor de *House of God* y *Mount Misery*

“*Med School* evoca bellamente una época colorida en el entrenamiento médico en una de las primeras instituciones de este país, un tiempo cuando los gigantes clínicos moldeaban y formaban los caracteres de los nacientes doctores a su cargo. Los maravillosos e íntimos estilo y voz del Dr. Meador, llenos de humor y profundidad, nos ponen nostálgicos de una clase de entrenamiento médico que era a la vez duro y difícil de olvidar, e inclusive más personal y significativo. Disfruté todo este libro y lamenté llegar demasiado rápido a la última página”

Abraham Verghese

Autor de *The Tennis Partner* y *My Own Country*

“La escuela de medicina es un tiempo de intensa educación y crecimiento personal. Convertirse en médico requiere que uno asimile no solamente ‘un conocimiento de libro’ sino también que el estudiante comprenda, aprecie, e incorpore el lenguaje y la cultura de medicina. El Dr. Clifton Meador ha descrito sus cuatro años en la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt en los años cincuenta de un modo que será placentero para médicos y no médicos por igual. Aquellos quienes fueron estudiantes de medicina, sin importar dónde fueron entrenados, y, de hecho, estudiantes de todos los tipos, se verán a ellos mismos, a sus amigos, y a sus profesores en estas páginas. Y ellos reirán y reirán, y aprenderán y aprenderán”

Steven. G. Gabbe, M.D.

Decano, Escuela de Medicina, Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt

“*Med School* es un libro maravilloso. Me hizo sonreír, me hizo reír, y algunas veces trajo lágrimas a mis ojos. Pero sobre todo, me recuerda de mi propia educación en la escuela de medicina, de los estudiantes con los que trabajé y viví, de los profesores que me inspiraron y de los que me frustraron, y por encima de todo, de los pacientes quienes buscaron en nosotros un oído comprensivo y una mano amiga. Bravo!”

Howard J. Bennett, M.D.

Autor de *The Doctor’s Book of Humorous Quotations* y *The Best of Medical Humor*