

**Viñetas biográficas de un médico y
humoradas peregrinas de medicina**



Rafael Muci-Mendoza

Contratapa.

Fotografía de la portada tomada por el Dr. José Francisco en el Hospital de Niños J. M. de los Ríos en junio de 1961. Simula la visión del paciente desde la mesa operatoria cuando la mascarilla anestésica se aproxima a él.

Cirujano, bachiller Rafael Muci-Mendoza; ayudantes, bachiller Oscar Halfen y doctor Eduardo Arzola; instrumentista

Se preguntarán por qué la escogí: Tal vez porque nunca me gustó la cirugía...

Dedicatoria

A mis padres, José y Panchita

A Graciela por todo su amor y comprensión

A mis hijos Rafael Guillermo, Gustavo Adolfo y Graciela Cristina

A mis nietos Fabiana y Juan, Valentina y Matías, y Federico

Al Hospital Vargas de Caracas

A mis maestros, compañeros, alumnos y pacientes

Viñetas biográficas de un médico y humoradas peregrinas de medicina

Doctor Rafael Muci-Mendoza

Peregrino (del lat. *Peregrinus*)

||5. Extraño, especial, raro o pocas veces visto.

DRAE

La vida se comprende hacia atrás, pero se vive hacia delante

Søren Kierkegaard

- **A manera de introito.**

Mucho he anhelado escribir estas notas que tal vez, puedan mostrarnos tal como somos y al propio tiempo propender a la depuración de nuestro arte, tan frío, deshumanizado y materialista como se ha puesto... Pero cuántas veces la idea se había quedado tan solo en ideas, garabatos ininteligibles y rasguños al papel a un lado del escritorio.

Bien, al fin me decidí a hacerlo y esto fue lo que salió...

Algunas de mis crónicas tocarán directamente mi biografía, y presento excusas a aquellos lectores a los cuales nada les interese saber acerca de mí. Pero pienso al mismo tiempo que estas viñetas que escribo desde muy adentro, puedan ser útiles de compartir en razón de los tumultuosos tiempos en el que transcurren nuestras vidas y nuestra profesión, momentos cuando mejor necesitamos mostrarnos tal como somos, de comunicar entre nosotros mismos los valores de nuestra vida y del arte que profesamos y con la comunidad, a la cual estamos indefectiblemente atados por razones de amor y humanitarismo.

Los médicos somos espectadores de la vida; la arista dramática del existir no nos es para nada extraña; hasta podría decirse que nos persigue. A lo largo nuestro ejercicio profesional, muchos médicos hemos observado tal vez con gran interés, con malicia o con desdén, hechos inusuales, extraños, curiosos, risibles e inclusive grotescos o extravagantes, que, por carecer del rigor científico que se nos exige al publicarlos, por su contenido o su crudeza, pocas veces son compartidos con otros colegas y el público general. A veces porque el lenguaje utilizado no es el socialmente aceptado, o porque los hechos tocan tabúes sociales, o simplemente porque pensamos que no interese a nadie lo que hemos vivido.

La Doctora Rita Charon acuñó el término "medicina narrativa"¹ referido a las habilidades que permiten reconocer, asimilar e interpretar las historias de enfermedad y ser

¹ Charon R. Narrative Medicine Honoring the Stories of Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.

conmovidas por ellas; afirma que la medicina actual, aunque muy competente en términos científicos, en muchas ocasiones no puede ayudar al enfermo a luchar contra la pérdida de la salud, pues por nuestra formación somos incapaces de escuchar y ayudar a los pacientes a comprender más y mejor los padecimientos de la enfermedad que van mucho más allá de los síntomas de la misma y de nuestra capacidad de empatía.

Lo que estas páginas acopian no quiere constituirse en una simple rapsodia de temas yuxtapuestos, carentes de un hilo conductor. Muestran facetas disímiles de la vida de un ser humano, que por razones que ni él mismo comprende se hizo médico, internista, profesor universitario y neurooftalmólogo, y a quien le conmueve y le fascina observar al hombre y su circunstancia, y que cada día muestra asombro ante el enfermo que le enseña, y encuentra algo maravilloso para ser contado. En cada caso clínico que atendemos está una biografía; historias de personas y de cómo responden a la enfermedad, el trauma, el estrés o a la desgracia... El inmenso valor de la sonrisa del paciente es incalculable, trasunto del alivio con que nos aprieta la mano y se despide... ¡Hemos cumplido una vez más! –pensamos-

La biografía tiene el mérito de estudiar e historiar al personaje en su entorno real. El mérito de la novela es darle forma a la historia. Debo significar que lo aquí escrito es un novelado biográfico impuro, socorrido por una aventurera imaginación. Tiene tanto de historia real como de ficción y fantasía, especialmente en las humoradas. Un híbrido quizá...

Me respondía hoy mi jardinero cuando le decía que ya estoy viejo, que no soy tan joven como él se cree, y me respondió,

-“¿Viejo usted? ¡Viejo es el viento y todavía sopla...!

Por tanto, ¡Quien tenga una historia que la cuente...! Lo que no pongamos en palabra escrita hoy, será borrado por la ventolera de los tiempos.

En Caracas, el 05 de septiembre de 2011, en ocasión de cumplir precisamente hoy, cincuenta años de mi graduación de médico.

rafael@muci.com

Nunca fui el autor de nada porque siempre he pescado cosas que andaban en el aire
Nicanor Parra.

- **Algo sobre mi persona...**

Nací en Valencia del Estado Carabobo en Venezuela, un domingo 1º de mayo de 1938 pasadas las 12.00 P.M. en una casona en la Calle Páez que mi padre había alquilado por Bs. 100. Fui el 8º de 9 hijos vivos –dos hembras mayores habían fallecido a poco de su nacimiento cuando mis padres vivían en Guayabal del Estado Guárico-. Mi venida al mundo no fue nada fácil para mi mamá quien en los últimos meses de su embarazo, según entiendo, había tenido pequeños sangrados vaginales. A la altura de los siete meses se encontraba subida a una silla de cuero arreglando la jaula de un turpial, cuando se cayó y debió estar en reposo el resto de la gestación. El médico de la familia imagino que iba a visitarla periódicamente. Todos mis hermanos habían sido atendidos en el hogar por diversas comadronas, la última, la Sra. Francisca de Villalobos. Llegado el parto a término e iniciadas las contracciones fue llamada para que la ayudara en el proceso. Luego de palpar su abdomen, le dijo:

-“Misia Panchita, su hijo no viene bien, viene de pie. Está muy complicado y no creo que yo deba partearlo. Es mejor que llamen a un doctor”.

Venía colocado en posición podálica y mi madre se angustió mucho; fue llamado a mi casa el Dr. Ramón Cifuentes, viejo médico de la ciudad. Mi madre le suplicaba que no dejara morir a su muchachito, a lo cual palabras de bondadoso reaseguramiento vinieron una y otra vez.

-“No se preocupe Misia Panchita que le aseguro que traeré a su hijo con felicidad..., no se preocupe, no se va a morir” -repetía una y otra vez-.

Por supuesto, mi madre no sabía que la presentación podálica es la distocia² más frecuente; generalmente ocurre en mujeres múltiparas -era su décimo parto- y que tenía una mortalidad 4 veces mayor que la presentación cefálica, cuando el niño viene de cabeza, pero el Doctor Cifuentes pernoctó en mi casa, le brindó confianza e infundió valor y vigiló el proceso hasta que llegó el momento. De haber sido hoy día, la conducta adecuada habría sido una cesárea para evitar la muerte materna y el sufrimiento fetal...

Permítaseme copiar literalmente parte de mi artículo publicado en el Diario El Universal de Caracas de fecha 25 de enero de 1992, intitulado “Entre aniversarios, tortas y bostezos”:

-“¡Éramos tantos hermanos y yo... casi el último! Siempre mi cumpleaños pasaba bajo la mesa. Siempre pendiente de que me recordaran en el día que casi nos raspamos mi mamá y yo de no haber sido por nuestro solícito velador, el Doctor Ramón Cifuentes, mandado a llamar por la comadrona Doña Francisca de Villalobos, quien no daba ni medio por mi persona cuando vio asomar por la vulva de mi mamá, imprudente, mi tímido pie izquierdo. El parto de cabeza última se cumplió, y se siguió luego de un largo período de apnea. Vuelto una porquería, yo no respiraba. De hecho, fui despertado a punta de pescozones y desde allí, así la vida se acostumbró a tratarme. En ofrenda por el milagro concedido, mi hermano Luis –afortunadamente que no yo- debía lucir un 24 de octubre el ropaje del Arcángel San Rafael, el ángel curador, el médico de Dios, con

² La distocia es la situación en que el trabajo de parto aparentemente eficaz no conduce al nacimiento del bebé.

todo y su pescado. Aún lo están esperando... Se salió con la suya y nunca cumplió la promesa. Total, la ofrenda no había sido suya...".

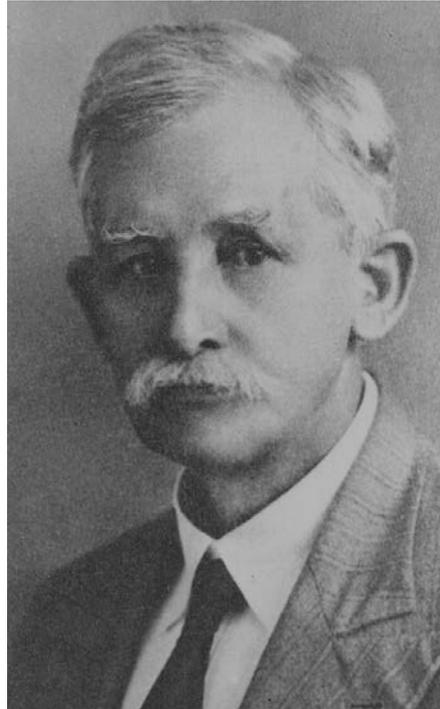


Figura. Doctor Ramón Cifuentes, el bondadoso médico que me trajo al mundo.

En realidad desconozco detalles de cómo fue el "parto de cabeza última", pero imagino que fue penoso. Puedo imaginar a Mi Doctor mientras la comadrona oprimía por encima del pubis, introduciendo sus dedos índice y medio en mi boca y tirando de mi cuerpo primero hacia abajo y luego hacia arriba para que saliera la cabeza; esa es una maniobra obstétrica llamada de François Mauriceau, médico francés del siglo XVII.

Puedo también imaginar mis piernas y mi abdomen fuera del canal de parto, arrebatados ya de la quietud y del calor del vientre materno, el frío ambiental espoleando mi reflejo respiratorio sin que pudiera hacerlo por estar apresado en el canal del parto, ¿Quizá una sensación de muerte inminente...? Al fin, salí medio morado. Me resistía a respirar y el doctor, elevándome por los pies como un trapo sin tono, me dio varias nalgadas al tiempo que decía,

-“Respira, muchachito pata flaca... respira, respira”. Tardo lo hice, pero lo hice y aquí estoy... Desde entonces quedé tardo para muchas cosas... Algo se me fundió en el seso...

Además haciendo alusión a mi color decía,

-“Qué muchachito más blanco, parece que comió tiza...”

La posición de nalgas o de pie ocurre en las cercanías de la fecha del parto en un 3% de ellos; suele ser muy compleja y peligrosa para la madre y especialmente para el bebé porque sobre él gravita la asfixia que no debe sobrepasar los tres minutos, pues las neuronas del cerebro fallecen sin oxígeno. Se trató de un parto no controlado como

era lo habitual en esos tiempos, que yo sepa no se planteó una episiotomía³, el empleo de fórceps –si es hubiera estado indicado- o una cesárea en la mesa del comedor... Si se me hubieran aplicado los cinco criterios de la Escala de Apgar⁴ que se realiza a los minutos 1 y 5 de nacido el bebé, y que incluye la evaluación de la frecuencia del corazón, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, los reflejos e irritabilidad y el color de la piel, creo que no hubiera salido muy bien parado...

Según entiendo, no quedé con secuelas neurológicas o mentales – ¡aunque no estoy muy seguro de ello!- No siendo claustrofóbico para nada, por aquello de la penuria asfíctica cuando la cabeza aún no había salido, debió quedar grabado en mi incipiente subconsciente, me angustia mucho la posibilidad de morir asfixiado y quizá, por ello nunca fumé a pesar de que mis hermanos mayores sí lo hacían...

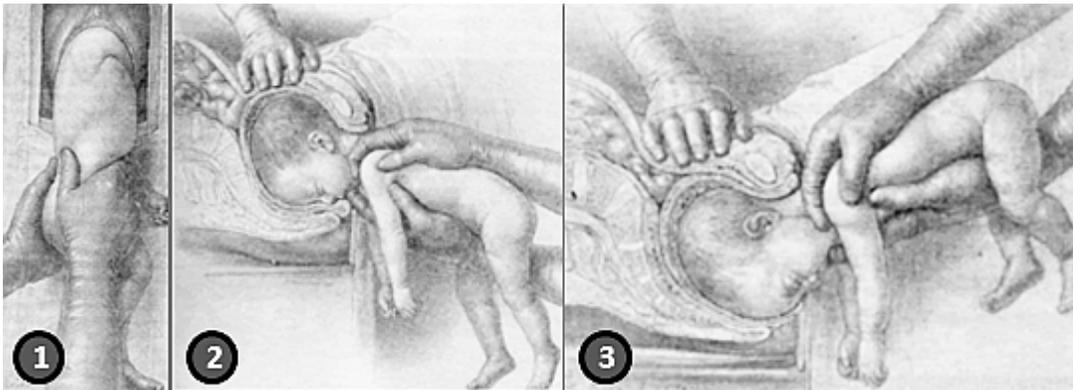


Figura. Maniobra de Mauriceau. (1). Se hace girar el cuerpo y se tracciona suavemente para que se expulse el hombro anterior. (2). Se ejerce presión por encima del pubis y tracción horizontal para que la cabeza entre en la pelvis con los dedos del partero introducidos en la boca. (3). Manteniéndose la presión suprapúbica se tracciona hacia arriba para que salga la cabeza fetal.

Y pasaron los años; mi adolescencia fue penosa por mi timidez e inseguridad... y sin saber cuándo, me hice adulto...

No sé cómo surgió mi vocación médica –si es que alguna vez la tuve-. No fui un muchachito que desde chiquito decía que iba a ser doctor y abría ranas para ver qué tenían por dentro. Es cierto que la figura altiva y reconfortante de dos médicos de familia

³ Es un procedimiento en el cual se corta la piel entre la vagina y el ano, un área llamada el periné. La episiotomía se practica ocasionalmente con el fin de agrandar la abertura vaginal, de tal manera que el bebé pueda salir más fácilmente.

⁴ Es una prueba realizada sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica) y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. Este test lleva el nombre por Virginia Apgar, anestesióloga especializada en obstetricia, quien ideó el examen en 1952 en el Columbia University's Babies Hospital. La palabra APGAR puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados: **A**pariencia, **P**ulso, **G**esticulación, **A**ctividad y **R**espiración.

que muy ocasionalmente visitaban mi casa, los doctores José Sanda y Jorge Lizarraga pudieran haber influido, especialmente el primero, que me trató unos sabañones infectados que casi me impedían caminar. Iniciaba la penicilina su aparición y recuerdo que se decía venía suspendida en cera de abejas, traía una jeringa propia que luego guardé como trofeo. Me indicó dos ampollas que me aplicó mi mamá –¡mi madre tenía una mano muy pesada!- y que resultaron dolorosísimas, así que anduve rengueando por largos días, pero la infección pronto se esfumó. Todavía al finalizar mi quinto año o preuniversitario como entonces se le llamaba, no sabía qué iba a estudiar y siempre decía que quería ser “un científico buscador” -pobre de mí, desconocía qué significaba el término y qué era lo que iba a buscar -. Me parecía que la carrera de laboratorista – como entonces se llamaba a lo que luego sería bioanálisis- era el camino para mí. Un día, en reunión familiar me hicieron la misma pregunta, y vino la misma respuesta. Mi cuñado, esposo de mi hermana Gileni y mi padrino de confirmación, el Doctor Miguel Gómez, oftalmólogo formado en España, me dijo,

-“¿Cómo es eso Rafael? Yo estudiaría primero medicina y luego me dedicaría al laboratorio o la investigación...” Sin ninguna discusión o pedido de mayor explicación, me inscribí en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Pienso que en mi inseguridad, necesitaba que alguien tomara la decisión por mí...

- “*Ahí va el joven internito del Hospital Vargas*”-, es la frase con la cual me saluda siempre un buen amigo y compañero de aquellos tiempos, cuando troto los domingos por la Cota Mil sintiendo en mi cara el aire fresco y la emoción de la entera libertad. A pesar de haber transcurrido 50 años de ocurrido aquel segundo parto que dio origen a la niñez de mi carrera profesional, ocurrido en medio de gran alegría personal y familiar, bajo las Nubes Móviles de Calder en el Aula Magna de la Universidad Central de Venezuela un 5 de septiembre de 1961, me siento mucho más joven que entonces. Y no es porque no reconozca que no esté mucho más viejo, pero no fastidiado porque nunca he mimado mi vejez (Maurice Chevalier). Puedo ver el deterioro corporal en mi piel carente de turgor, en mi cabello canoso y en mi barba muy blanca, en mis uñas acanaladas, en mis cejas de hilos retorcidos que no son ni blancos ni negros, en las venas sobresalientes del dorso de mis manos: tortuosas y de un azul renegrido, y por supuesto, en el calendario, que nunca miente...

Oteando en lontananza de aquellos desteñidos tiempos, me veo de continuo atormentado por mis demonios, empequeñecido por mis complejos, especialmente el de *patito feo* que por tanto tiempo me acompañó, limitado por mis pequeños-grandes temores, siempre inseguro de alcanzar algo, aun merecido –a pocos meses de mi graduación de médico, todavía dudaba acerca de si lo merecía y tendría el derecho de graduarme-. Siempre sintiéndome niño en un juego de adultos al cual no pertenecía. Hoy, liberado con gran esfuerzo de mucho de aquel pesado fardo, de aquel lastre inmovilizante, aunque confieso que no del todo, siento que he sido consecuente, honesto, obstinado y persistente en la consecución de mis metas y que he trabajado con dureza y honestidad para alcanzarlas, enfrentando mis demonios y mis fantasmas por sus costados para poder vencerlos, y una vez vencidos, no sabiendo siquiera ni cómo pude haberlo hecho. He sido y soy querido y odiado por algunos, admirado con amor o con temor, despreciado por otros, he tenido adversarios ocultos –nunca frontales- que ignoraba que tenía, y he pasado a través de ellos con mis gríngolas calzadas sin percatarme de sus presencias y mirando sólo hacia donde únicamente podría ver, hacia adelante...

Mi Hospital Vargas de Caracas, desde que le conozco, es uno de esos que siempre “ha medio funcionado”. Ha sufrido innúmeras remodelaciones que a nada bueno han conducido; hace ya casi cinco años se está llevando a cabo, más que su remodelación,

su destrucción definitiva. La carencia crónica ha sido su consigna, la detención en el tiempo su sino, su hado, su despoblación alarmante –como en tiempos de Luis Razetti han muerto (se han ido) más de los que han nacido (nuevos médicos). Ello ha determinado que muchos hayamos jurado un pacto de respeto para el que es la cuna y el oráculo de la medicina nacional. Otros, por lo contrario, aduciendo que “nunca hay nada qué hacer o cómo hacer en “*este*” hospital -al que nunca sintieron como propio-, se escaparon del recinto hacia otros trabajos que cabalgaban, o hacia sus privados cotos de caza. Recuerdo que en una época, algunos profesores eran llamados por los estudiantes los “F-21”, haciendo alusión a esos aviones supersónicos, de escasa permanencia a ras del suelo luego de una picada. Tal cual así, ¡llegaban y se iban!...Nada mejor para ser envidiado que cumplir con el deber cuando pocos lo hacen...

-“¿Todavía estás en el Vargas, Muci?”, es una pregunta que se reitera y que he escuchado muchas veces cuando me encuentro con colegas, exalumnos o conocidos. -“Pues sí, como muchos otros todavía estoy allí y no pienso irme...” –les respondo- Ese ha sido mi pacto con la estatua del Sabio Vargas, sus largos pasillos, sus arcos ojivales calados, sus gárgolas espeluznantes y con las salas de mi Hospital, tan espaciosas y llenas de dolores irreductibles y pulular de jóvenes estudiantes aún no contaminados, llenos de sueños, esperanzas y deseosos de ayudar. En todas las charlas que me invitan a dictar me identifico como “Médico del Hospital Vargas de Caracas”; nunca, en ninguna de ellas, he colocado el nombre de la Clínica El Ávila donde realizo mi trabajo privado por necesidad; mi trabajo por convicción y amor, cuanto sea que valga, ha sido realizado en el Hospital Vargas de Caracas.

Recuerdo que hace algunos años al llegar un lunes a la Unidad de Neurooftalmología me recibieron *fellows* y residentes diciéndome que algo extraño e inusual había ocurrido y que esperaban que al hacérmelo saber yo no me enojara. Alguien había introducido bajo la puerta un panfleto anónimo donde se me insultaba. Inclusive donde el perpetrador se preguntaba por qué yo utilizaba en artículos ocasionales que escribía en la prensa de entonces, la frase “Médico del Hospital Vargas de Caracas” si en realidad no lo era.



Figura. Internos y residentes del Hospital Vargas de Caracas, 1962-1963. De izquierda a derecha. Fila superior: José Cirilo Medina, Jesús Cordero, Luis E. Urdaneta, Oswaldo Pérez Arvelo, Honorio Sisirucá, José Luis Pérez Requejo, Víctor Ruesta, Rómulo Lander, Eduardo Mayorca (†), Alberto Rincón Belsares, Rafael Olivieri. Fila inferior. Rafael Pérez Suzzarini, Rafael Esteban Yánez, Rafael Romero Tortolero (†), Loyda Suárez, Pablo Ordaz, Germán Salazar, mi persona (flecha), Rolando Sorrentino, Reneé Laya (†), Ibrahim Tovar (†), Ramón Bracamonte, Rafael Valecillos. Sentados: Manuel Silva Córdova, Jesús Torres Solarte, Jesús Felipe Parra y Mauricio Rivas.

¿Cómo podría ser alguien tan mezquino?, me preguntaba... Era verdad, con la excepción de mis años de internado y residencia en que fui médico contratado por la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, posteriormente nunca pertencí oficialmente a la planta de médicos de la Institución: así, que mi magro sueldo de Bs. 1.500,00 de entonces todavía lo paga íntegramente la Universidad Central de Venezuela; bueno, en verdad ahora son de devaluados Bs.F 1.250,00. Pero retaría a alguien que hubiera hecho más asistencia y docencia que yo. Pues bien, no me enojé como ellos creían que lo haría, sólo sentí un asco profundo hacia una persona tan vil. Les dije,

-“Es bien sabido que el criminal siempre regresa al lugar del delito... Estén pendientes, que de seguro vendrá de nuevo, y es más, muy temprano, cuando aún yo no haya llegado...”

Efectivamente, una semana más tarde sintieron que alguien introducía de nuevo un papel bajo la puerta. Una residente de oftalmología salió al pasillo para apenas ver la espalda cubierta por una bata blanca de alguien que se alejaba en forma rauda hacia el

pasillo y se enfilaba hacia el Norte... Corrió tras él, pero el otro fue más rápido y cruzando a la izquierda se introdujo en la Sala 2, así que no pudo saber quién había sido. En eso, salió una enfermera que terminando su turno abandonaba el Hospital y mirándola le dijo,

-“¿Qué le pasaría al Dr. Fulano que iba con tanta carrera...?”

El burlador había sido burlado... Bueno, el citado “doctor” muchas veces se cruzaba conmigo en los pasillos y me decía con fingido respeto,

-¿”Cómo está Maestro...?” A lo que yo contestaba inclinando la cabeza con una desafiante sonrisa...

Tantas otras veces le he visto. Siempre le saludo con afecto queriendo decirle con mi sonrisa,

-“No, aún no me morí como era tu intención de matarme simbólicamente, aquí estoy vivo y haciendo más de lo que suelo hacer cada día”, y le dejo eso ahí, como recordándole la fábula de Félix María Samaniego (1745-1801), “La Serpiente y la Lima”:

En casa de un cerrajero
Entró la Serpiente un día,
Y la insensata mordía
En una Lima de acero.
Díjole la Lima: «El mal,
Necia, será para ti;
¿Cómo has de hacer mella en mí,
Que hago polvos el metal?»

Quien pretende sin razón
Al más fuerte derribar
No consigue sino dar
Coces contra el aguijón.

No deja de ser triste que luego de 53 años de atravesar sus puertas y caminar sus penas –desde que llegué un día a su seno fecundo en 1958 como estudiante del tercer año de medicina-, el ver cómo mi Hospital se ha envejecido, cómo se ha deteriorado, cómo se ha hecho una mueca de lo que fue, por la incuria de nosotros, sus médicos, y por suprema irresponsabilidad de su guardián –el Estado- que ahora lo ha militarizado para infundirnos temor y acostumbrarnos a la bota dictatorial.

• El Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana

Debo confesar que en algún momento de mis estudios de pregrado, sentí que mi vocación fallaba y se resquebrajaba... ¡Yo como que no había nacido para ser médico! ¿Sería que tal vez una *vis a tergo*⁵ me llevaba abandonado, lentamente, como el paso de la miel a través de un delgado tubo, "un, uno va porque lo empujan...? Aunque había comenzado mi contacto con pacientes desde mi primer año de medicina cuando asistía una vez por semana al Puesto de Socorro en la Esquina de Salas a "coger puntos de sutura" a borrachitos llenos de mala vida, cicatrices, prostitutas golpeadas con el cabello empegostado de sangre coagulada, o valientes maricones también abusados –los llamo valientes porque habían de serlo para luchar contra la intolerancia exacerbada de aquellos tiempos-; o la ocasional *clavipuntura* en el centro del pie ocasionado por un clavo herrumbrado y el miedo consiguiente a un tétanos. Observaba admirado y boquiabierto a aquellos cirujanos de guerra, porque aquello era un frente de batalla donde se conjugaban las grandes crisis históricas⁶ en mujeres del pueblo-pueblo, que chillaban y se sacudían en aparatosas pseudoconvulsiones rodeadas del público de galería que eran sus allegados y curiosos. Se oía entonces una voz a lo lejos que tronaba, ¡PTT!, ¡oxígeno en palito! –no otra cosa que cuerno de ciervo⁷- Un aplicador empapado en amoníaco que se colocaba frente a las fosas nasales y cuando el penetrante olor ascendía, impregnaba e irritaba la pituitaria, la paciente se sacudía y entraba en contacto con la realidad; otro procedimiento no menos cruel pero efectivo, era una inyectora con una aguja calibre # 20 de unos 10 cm longitud cargada con 10 centímetros cúbicos de agua destilada, que se introducía en la cara interna del muslo. Aquello hacía el efecto irritante del ácido muriático, sin necrosis de los tejidos por supuesto, pero era dolorosísimo y la paciente, finalmente entraba en razón... Pienso que todos sentíamos, más que compasión, animadversión por las históricas; las pobres no tenían la culpa, no tenían otra forma de expresar sus conflictos internos, y por supuesto, los más jóvenes aprendíamos las malas mañas y conductas agresivas de nuestros los mayores...

Y fue así como llegué a cuarto año de medicina. Me angustiaba sobremanera no saber cómo diagnosticar, por ejemplo, un cólico nefrítico o una neumonía, aunque sabía la teoría al dedillo. En ese ingente deseo matizado de gran temor de enfrentar pacientes me hablaron del Instituto Traumatológico de los Seguros Sociales en San José. Una edificación de unos 12 metros de fachada y cinco pisos llenos de ayes, gritos y dolores no atendidos... Una sucursal del Averno, todavía pienso. ¡Qué sitio horrible e inhumano...! El estrecho pasillo que daba a la Consulta Externa estaba atiborrado de pacientes y hedores inenarrables. Entre empujones y sudores contagiosos, se trasponía una puerta batiente de vidrio esmerilado mientras todos palmeándome o empujándome

⁵ *Vis a tergo*: Es el residuo de la fuerza propulsora del ventrículo izquierdo transmitida a las venas a través de los capilares y anastomosis arterio-venosas.

⁶ Aunque en principio Babinsky había aceptado los planteamientos de su maestro Charcot sobre la histeria, a la luz de sus propias observaciones señaló que ésta se debía fundamentalmente a "autosugestión", y que se podía curar mediante "heterosugestión", por lo que propuso que esta enfermedad se designara con el término "pitiatismo" (PTT) (curable por sugestión o persuasión) y demostró que los signos y cuadros descritos por Charcot en la histeria, se debían a la sugestión que éste ejercía sobre las enfermas, sin haberse percatado de ello. Esto último fue una de las causas de lo que se llamó "El escándalo de la Sâlpêtrière", donde maestro y alumno se distanciaron.

⁷ Durante la Edad Media ,el amoniaco se hacía en el Norte de Europa calentando raspadura de cuernos de ciervo y se conocía como espíritu de cuerno de ciervo

buscaban llamar mi atención. Traspuesto la gavilla de los condenados, se pasaba a un pequeño recinto donde se encontraba un escritorio, un negatoscopio en la pared, un especialista y su enfermera. Nunca vi tanto desprecio e irrespeto por el ser humano como allí. Mi primer día me encontró ignorante a más no poder pero con gran deseo de aprender. El traumatólogo especialista me ignoró, y sin pronunciar siquiera unas buenas tardes, se sentó y le pasaron el primer paciente, un viejecito encorvado con un rictus de dolor que traía un brazo en improvisado cabestrillo y en el otro, una radiografía enrollada y terca. Se acercó al médico y le dijo,

-“Buenos días doctor, tengo una fractura del húmero...” El otro, mal encarado y cruel no le dejó terminar y con voz de trueno le dijo,

-“¿Así es la cosa...? Si ya usted se hizo el diagnóstico, póngase usted mismo el tratamiento; el siguiente...” y lo echó fuera sin dolor de su alma.

Yo me sentí indignado y rabioso pero confieso avergonzado que mi miedo me impidió enfrentar al energúmeno aquél... Más tarde llegó otro paciente y me animé a atenderlo. Comenzó a exponerme su caso, pero el tipo me gritó,

-“Mire bachiller, aquí se viene a trabajar y no a hablar con los enfermos...”

-¿Cómo así? -me pregunté para mis adentros- ¿Si no hablo con los pacientes cómo puedo saber de qué se trata su problema...?

Y siguieron mis decepciones. Una vez por semana tenía guardia nocturna y había que atender las pocas emergencias que llegaban y las consultas de los hospitalizados. Era terrible ver aquellos enyesados que no podían moverse, hacinados en pequeños cuartos, quejándose y nombrando a sus madres santas y a un Dios Mío que no parecía escucharles. Al revisar la historia podía observarse que el cirujano no había dejado siquiera un analgésico indicado SOS –para cuando lo requiriera-, o una triste Novalcina®; así que la ayuda les era negada “porque no estaba escrito en las indicaciones”. El Manual Merck® una sucinta enciclopedia de males, me hacía compañía en los momentos libres...

Llegaban accidentes laborales, heridas, dedos amputados o medio amputados, no había médico y sólo los bachilleres atendíamos estos casos. Si se suturaban en el cuarto de emergencias, el cirujano en su casa percibía un honorario, si nos ordenaba subirlo al pabellón de cirugía sin su presencia ni supervisión de lo que hacíamos, uno muy superior... Llamábamos al especialista y en casi todos los casos nos decía que lo subiéramos y él ganaba en su casa sin hacer nada, sin siquiera enseñar. Es cierto que no todos eran así, pero es cierto también que había bastante de ellos...

El siguiente año ascendería y ganaría buen dinero de entonces, Bs. 200 al mes. Yo no podía más y le dije a mi compañero el Dr. José Gallardo que yo me iba. -¡Qué desperdicio –me dijo-, ahora cuando vas a ganar plata...! Mi vocación como dije tambaleaba; -“Yo no sirvo para esto, a menudo me reprochaba-. En el hospital me han enseñado a respetar al enfermo, aquí se le irrespeta y se le humilla... ¿Será que existen dos medicinas, la hospitalaria y el mundo real? –me preguntaba-

Había introducido mis credenciales para realizar un “Internado Permanente” por concurso en el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana; con base a mis notas, mis escasas credenciales y por supuesto, una carta de recomendación, fui aceptado y para mi fortuna, mi vida de profesional en ciernes dio un giro antipódico. Grandes médicos, internistas, cirujanos, obstetras y especialistas que no cobraban por sus servicios se daban cita en la Institución. En las noches acudían desde sus casas al hospital cuando se les llamaba, y estaban siempre prestos a enseñar y comprender nuestra inmadurez. Era una hermosa hermandad, semillero de buenos médicos y mejores cirujanos. Institución forjadora de mística, responsabilidad y sensibilidad ante el desvalido.

Siempre me sentí y me he sentido cercano a esa Institución... Fui Jefe de la Guardia 5 hasta mi graduación, percibí el respeto y aprecio de mis pares... Bueno, no tanto respeto... Cuando fui designado jefe democráticamente por mis compañeros de guardia se me sometió a un bautizo. Bastante asqueroso, si se quiere. Me excuso antes de contarlo: Me sentaron en la poceta del baño del cuarto de internos con la tapa cerrada. Se me dijo que cerrara los ojos. Sentí algo gelatinoso, húmedo y tibio en mi cabeza y cuando los abrí, me habían colocado una placenta recién expulsada con la sangre chorreando y sus membranas colgantes a modo de boina. Si podía tolerar aquello, podría tolerarlo todo, ya era jefe... Durante las noches, como otros Jefes de Guardia, fungía como Director del Hospital. ¡Vaya compromiso! Aquellas experiencias, algunas alegres, otras agrias, muchas dolorosas, nos iban forjando en el duro camino de la medicina y del compromiso. Mi agradecimiento para mis compañeros: Los "Jefes" del año superior, de quienes fuimos sus "esclavos" –de ellos recibimos grandes enseñanzas-: Greta Corrales, Jorge Luis Blanco León, Manuel Silva Córdova y Henry Olavarría. Nosotros, los nuevos "Jefes": Rafael Lara García, Julia Halasz, Carlos Augusto González, Aniello Longobardi -por poco tiempo- y mi persona. Nuestros "esclavos": Rómulo Lander Hernández, Honorio Sisirucá Quintero, el turco Halabí y Jaime Pinto Cohen (†).

Bilis Filtrada

EDITORIAL

Se contrae nuevamente nuestra vesícula después de un éstasis de dos meses, expulsando bilis con algunos cálculos facetados de sátira y humorismo que afortunadamente no provocaron obstrucción gracias a la notable amplitud del hepato-cólicoco. No obstante dicho conducto puede edematizarse en un momento dado, por el estímulo espasmódico de la "suspensión de garantías" y por el contenido de la litiasis.

Teniendo en cuenta las consecuencias fatales de una ictericia obstructiva, debido al grosor de ciertos cálculos, nos vimos obligados a retirar los mayores, dejando aquellos de menor tamaño que atravesaron fácilmente los poros del filtro.

"CRIATURAS DARWINIANAS"

Un ególatra Dermatólogo egresado recientemente de una Universidad monástica, guiado por impulsos rencorosos ha manejado los hilos de la conspiración utilizando como títeres a sus fieles

CLUB DE LOS NIETOS

Lista de los últimos cuentos publicados por la Editorial "Bilis Filtrada S.A.":

El Llanero Solitario	Br. Hugo Ortiz
Jack el Destripador	Br. Esteban Yanez
El Pequeño Pedro	Br. Castellón
El Incomprendido	Br. Bermúdez
El Exilio	Br. Manuel Reyes
La Interrogable	Br. Lucía Lobo
El Zamuro	Br. Briceño
El Cavernícola	Br. Carvalho
El Fugitivo	Br. Hans Hubchs
San Expedito	Br. García Esquivel
El Oslo Furioso	Dr. Mistaje
El Privolo	Br. Pierluisi
El Inocente	Br. Muzzi
El Azote de Dios	Br. Anzola
El Anti-Cristo	Dr. Mauro Serrano

MANCHETA:

"En toda parroquia hay una fuente luminosa: el maestro. Pero también hay un murciélago que la oscurece: el cura".

NOTA: Aconsejamos a los murciélagos no perderse de la exhibición del film "Herederás el Viento".

El moderno Víctor Hugo

Figura. La "Bilis Filtrada", periodiquillo de una sola página que circulaba en el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana, apócrifo, pero todos sabíamos quienes lo escribían. Puede leerse mi nombre como "Br. Muzzi, el inocente"

Recuerdo un periodiquillo que periódicamente aparecía en el Hospital mientras libraba mis primeras batallas en solitario con verdaderos pacientes. Le llamaban "Bilis Filtrada":

En alusión a lo corrosivo de la bilis al contactar el peritoneo; allí, en una ocasión se me definió como “El Inocente”. Veamos el porqué: Las alumnas de la Escuela de Enfermeras Francisco Antonio Rísquez, adolescentes, pululaban doquier como mariposas posándose de flor en flor. Una de ellas, hermosa y muy bien formada, era la novia inaccesible de todos los internos, ansiada y deseada. En una fiesta familiar en Los Flores de Catia donde fuimos todos invitados, abundaban internos y alumnas. En medio del ron y un bolero bailado en el cuadrado de una baldosa, cuando ni yo ni nadie se lo imaginaban, con mi cara de niño bueno... le había quitado la novia al más veterano de las lides amorosas. Como reza la letra de aquél tango de Alfredo Le Pera cantado por Carlos Gardel: “Amores de estudiante flores de un día son, hoy una promesa, mañana una traición”.

Recuerdo haber visto a mi compañero muchos años después en una fiesta de médicos en una ciudad interiorana donde había ido a dictar unas charlas. Alguien lo trajo a mi mesa para que nos saludáramos. Venía totalmente borracho y me recriminó a gritos en medio de recuerdos ingratos hacia mi madre, cómo le había quitado a la novia de su juventud... “Del agua mansa, líbreme Dios”, repetía... Lamento que mi amigo y compañero hubiera fallecido hace pocos años pues era poeta, luchador social, escritor, además de buen profesor universitario y llegué a ser su médico y consejero. A lo mejor ella hubiera sido una buena esposa para él...

- **Una de las razones de mi vida: La docencia**

Ya en sexto año de medicina me inicié en la docencia. En las horas libres enseñaba a mis compañeros a usar el oftalmoscopio, instrumento para mirar el fondo del ojo que apenas intentaba comenzar a conocer sus secretos. Mi Hermano Fidias también estudiante de medicina, me llevaba tres años, tenía uno y para nada le interesaba, así que para mi felicidad, me lo regaló. Al iniciar mi segundo año de internado rotatorio tocó su turno a medicina interna. Mi gran amor. Uno de los instructores era muy irresponsable con sus estudiantes y siempre llegaba tarde o no asistía. A menudo el Dr. Otto Lima Gómez, Jefe de la Cátedra de Clínica Médica A y del Servicio de Medicina 3 me pedía que me encargara de ellos lo que para mí era delicioso privilegio. También sucedió durante mi residencia que estudiantes de otras cátedras venían a quedarse conmigo para que les enseñara. Durante la misma, en una ocasión me ofrecieron que una vez finalizara mi residencia, me incorporara a la docencia. Llegué al término y pasaron semanas de intensa expectativa. Cierta día le pregunté al doctor Gómez qué había pasado con el ofrecimiento. Me dijo que no tenía nada para mí; aquello fue un baño de agua helada pues el sueño de mi vida había sido quedarme en el Hospital y especialmente en su servicio. Me fui descorazonado, triste y cabizbajo en dirección de la salida. En la puerta de la Sala 1, por inesperada fortuna estaba el doctor Gilberto Morales Rojas. Al verme, sonriendo exclamó:



Figura. Mi primer oftalmoscopio Welch-Allyn, 1958. Regalado por mi hermano Fidias Elías Muci Mendoza, a la sazón estudiante de 6º año de medicina.

-“ ¿Muci, que hace usted en el pasillo a esta hora, sin bata y con esa cara tan jalada...? Le explique que debía irme porque no había logrado quedarme en mi Cátedra. Inmediatamente lució su corazón bondadoso y sin pensarlo me dijo,
 -“Muci, usted es muy valioso para que lo perdamos. Quédese en mi Servicio por el tiempo que quiera y hasta que consiga su ubicación definitiva...”
 Fue un acto maravilloso de bondad de su parte, y así, como residente desde ese mismo momento, comencé a trabajar en el Servicio de Cardiología. Transcurridas una o dos semanas, mientras pasaba de una sala a otra, casi que me tropecé con el Doctor Herman Wuani, quien sorprendido me dijo,
 -“¿Muci, que estás haciendo en Cardiología? Le explique lo ocurrido y agarrándome por un brazo me dijo,
 -“No, tú no puedes irte... ven conmigo”, y casi a rastras me llevó con el Jefe de la Cátedra de Clínica Médica B y Servicio de Medicina 2, el Maestro Gabriel Trómpiz Graterol quien de una vez me pidió ante la Facultad de Medicina como instructor interino... Mi seriedad y dedicación comenzaba a dar frutos... A su fallecimiento le sucedió el Dr. Tulio Villalobos Capriles y por último el Dr. Wuani. He permanecido allí desde 1964. Nunca He querido ser Jefe de Cátedra porque no me gustan las actividades administrativas, siempre he permanecido como un “residente de primer año”, viendo enfermos y enseñando...

- **Treinta y dos años de la Unidad de Neuro-oftalmología del Hospital Vargas de Caracas (1980-2005).**

Con la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas adscrita a la Cátedra de Clínica Médica “B” de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, iniciamos en el país el estudio sistemático de condiciones que afectan el órgano de la visión y sus relaciones con el sistema nervioso central. Fundada a mi regreso de un viaje de especialización en 1980 con una idea asistencial-docente, se ha mantenido activa por más de 32 años y entre nosotros, sigue siendo única en su género. Ha sustentado su ser y hacer en cuatro principios fundamentales, asistencia, docencia, investigación clínica y extensión. Asiste a enfermos del Hospital y procedentes de diversos centros de la Capital, así como también del interior del país, mediante una consulta externa gratuita muy activa, en la

cual se evalúan diariamente cerca de 16 pacientes de consulta sucesiva y 5 de primera vez. Luego y sobre la base de una vasta experiencia clínica, progresó hacia la docencia de postgrado recibiendo por cortos períodos cerca de 40 pasantes por año entre oftalmólogos, neurólogos y neuropediatras para enseñanza directa y supervisada; adicionalmente, se aceptaron médicos especialistas para un programa de “*fellowship*” en *Neuro-Oftalmología* de un año de duración. Del mismo han egresado 36 *fellows*, 24 venezolanos y 12 extranjeros: 36 oftalmólogos, 3 neurólogos y 4 médicos internistas, muchos de los cuales han sido posteriormente facilitadores de la enseñanza en sus sitios de acción. Con base en muestras de pacientes atendidos a lo largo de los años, se realiza investigación clínica continua de problemas neuro-oftalmológicos, habiendo ello permitido evaluar, desentrañar y publicar las diferencias regionales de algunas condiciones clínicas que adoptan entre nosotros características diferentes a otras latitudes. Posteriormente, la Unidad ha extendido su influencia extramuros con asistencia de su personal a otros hospitales e instituciones nacionales e internacionales para dictar cursos, charlas y llevar a cabo ejercicios clínicos con pacientes.

Antecedentes

El germen que llevó a la creación de la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas, hemos de buscarlo en una clase que sobre el Examen del Fondo Ocular, dictara nuestro distinguido y querido Maestro, el Doctor Augusto León C. (†) en un auditorium sin ventanas, ubicado en el área que hoy día forma parte del Servicio de Psiquiatría, y que a su vez, había pertenecido en el pasado al Servicio de Anatomía Patológica. El 7 de noviembre de 1958, un grupo de cursantes del tercer año de medicina, fuimos llevados a ese recinto -que paradójicamente había sido el local de la sala de autopsias- para hablarnos de esperanza... En una hora el Maestro condensó para nosotros, aquellos diversos procedimientos propios de la oftalmología que podían ser empleados en Medicina Interna. Dedicó algunos minutos a conversarnos acerca de la determinación de la presión intraocular y la oftalmodinamometría. El primero, como procedimiento de pesquisa para un problema de salud pública: el glaucoma de ángulo abierto; y el segundo, un recurso para medir la presión de la arteria oftálmica como forma de diagnosticar la enfermedad carotídea cuyas manifestaciones clínicas recién comenzaban a reconocerse. En apretada síntesis, dedicó el tiempo restante a barnizar nuestros cerebros juveniles con rudimentos acerca del fondo normal y patológico.

La oportunidad que se nos regaló, de poder asomarnos cómodamente desde “el afuera” del síntoma hacia “el adentro” enfermo del organismo humano, no fue desatendida por muchos de nosotros. Algunos tuvimos la suerte de poder disponer un oftalmoscopio directo de bombillo incandescente, y con la guía que se nos había brindado, nos dimos a la tarea de tramontar los pequeños-grandes obstáculos que pavimentan la vía a la conocimiento, experiencia y destreza en todo principiante, máxime cuando la dimos por escoger viejecitos bondadosos, que nunca nos decían que no y a quienes podíamos dilatar las pupilas, no contando con el obstáculo que significaba la opacidad de sus medios transparentes. Dando tumbos y rayanos en la frustración, al fin logramos poner en foco una retina humana normal en toda su hermosura y magnificencia. ¡Bienaventurados todos aquellos que de esa fuente bebimos y nos esforzamos en profundizar en sus verdades...!

Compartiendo con nosotros los regocijos, las miserias y angustias del sexto año de medicina, un médico español de edad proveya que hacía la reválida de sus estudios, un día nos sorprendió proponiéndonos que le diéramos a él y el resto de los compañeros, una clase de fondo del ojo. Sintiéndonos incapaces de tal cosa, nos excusamos aduciendo falta de conocimientos para emprender esa tarea. Su argumentación ulterior fue simple y contundente: Si todos ellos sabían menos, era

obligante que quien tuviera más luces en el asunto compartiera con quienes carecían de ellas. Y así fue como desde entonces, fuimos investidos con la honrosa tarea de “*maestro de aula*” en fundoscopia, función que afortunadamente todavía realizamos con asiduidad y entusiasmo...

Cayeron en sucesión y rápidamente las hojas del calendario y arribamos al momento de nuestra graduación en septiembre de 1961: Con excesiva ignorancia a cuestas, pusimos gran esperanza y fe en que el trabajo metódico y sostenido, podría ayudarnos en el futuro a intentar, siquiera tímidamente, llenar aquellos insondables océanos de insipiencia. Entre 1961 y 1964, período de nuestro Internado y Residencia de Postgrado vargasianos en Medicina Interna, la “*endoscopia más barata*”, nos llevó *vis a tergo* a adentrarnos en las íntimas relaciones del ojo con la enfermedad sistémica. Como medio para comenzar a difundir el método entre los compañeros, fotografiamos láminas del fondo del ojo de libros de texto y sin pretender ser dibujantes, realizamos burdos esquemas a mano alzada para explicar sobre el método y rudimentos en las escasas horas que robábamos al agobiante trabajo. Nacieron así “mini-cursillos” de fundoscopia de una hora de duración que luego en el tiempo se ampliaron en duración, prolijidad y complejidad.

El ingreso a la docencia en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B de la Escuela de Medicina José María Vargas en mayo de 1965, nos permitió un nidal estable en el seno del Hospital Vargas, y nuestros colegas, al través de los años hicieron el resto con sus amables referencias de pacientes... Por decir lo menos, nos obligaron a lidiar con problemas óculo-sistémicos sobre los que muy poco conocíamos y donde sobresalía nuestra ignorancia, reto que fue afrontado con cándida expectativa. Surge así en agosto de 1969, en un diminuto espacio al fondo de la Sala 3 donde también se realizaban biopsias y pequeñas cirugías menores, lo que pomposamente dimos en llamar “*Laboratorio de Oftalmología Médica*”. Allí no había casi nada, tan sólo disponíamos de una retinocámara portátil Nikon de nuestra propiedad, de muy difícil manejo en la que la frustración por no poder obtener las fotografías que deseábamos, estaba casi siempre asegurada. Las pocas transparencias que valieron la pena mostrar, sirvieron para dejar de lado aquellas copiadas de libros de texto y con orgullo, mostrar las retinas de pacientes reales procedentes de las salas del Hospital. Durante ese tiempo, debemos dejar constancia del apoyo desinteresado y cariñoso del Dr. Abelardo Cruz Bajares a la sazón, Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, quien recibió siempre de buen agrado nuestras frecuentes, inoportunas y extemporáneas visitas para pedir su opinión en el caso de algún paciente cuyo fondo se antojaba inextricable, o donde para nuestros ojos ignorantes, era imposible discriminar si la patología presente era propia del ojo o si pertenecía al ámbito de la enfermedad sistémica.

A fines de 1973, gracias a gestiones realizadas por el Dr. Jaime Boet del Servicio de Neurología, mediante apreciada donación de la Fundación Polar recibimos una Retinocámara Topcon de muy fácil manejo por cierto, con la cual en forma entusiasta comenzamos a acumular observaciones del fondo ocular en enfermos verdaderos, cuyas historias clínicas nos eran conocidas y a realizar sin coste alguno para ellos, las primeras angiografías fluoresceínicas del fondo ocular que alguna vez se llevaron a efecto en el Hospital Vargas de Caracas.

Careciendo de conocimientos básicos oftalmológicos y en la búsqueda de más información que nos permitiera diferenciar las enfermedades propias del ojo de aquellas dependientes de una condición general, sentimos la necesidad de una asociación estratégica con oftalmólogos. La bondadosa y entusiasta colaboración del Doctor Darío Fuenmayor-Rivera, nos permitió el contacto con el grupo del Instituto de Oftalmología en San Bernardino, Caracas, liderado por el Maestro Dr. Rafael Cordero Moreno, para

la fecha Jefe de la Cátedra de Oftalmología de la Escuela de Medicina Luis Razetti con asiento en el Hospital Universitario de Caracas. Comenzó entonces un proceso de colaboración mutua, y en sus reuniones semanales de los días miércoles, absorbíamos con fruición el lenguaje oftalmológico y los conocimientos faltantes de oftalmología general, al tiempo que les retribuíamos con temas de oftalmología sistémica, siendo el primero de ellos, "Manifestaciones clínicas y oculares de la arteritis gigantocelular". Durante el período de tiempo precedente y desde el *Laboratorio de Oftalmología Médica*, publicamos algunos artículos científicos que relacionaban la medicina interna y la oftalmología:

- "Alteraciones oculares en la anemia drepanocítica con especial referencia a las conjuntivales. Informe preliminar". (Coautores: Wuani H, Vegas H, Cruz Bajares A.) Arch Hosp Vargas 1968;10:49-62.
- "Contribución al estudio de la cisticercosis cerebral en Venezuela. Hallazgos anatomoclínicos en 44 casos autopsiados en el Hospital Vargas de Caracas entre los años 1957-1967". (Coautor: Flores M). Arch Hosp Vargas. 1968;10:49-62.
- "Embolismo ateromatoso. Comunicación de tres casos". (Co-autores: Cartaya JM, Vegas H) Arch Hosp Vargas. 1975;17:13-30. "Sobre Algunos Aspectos de la Retinopatía Diabética" Rev Oftalmol Venez. 1976;34:1-39.
- "El fondo del ojo en la muerte y su utilidad en el manejo del paro cardiorrespiratorio y el diagnóstico de la muerte cerebral". Rev Oftalmol Venez. 1977;35:1-14.
- "El fondo del ojo en la hemorragia subaracnoidea". (Co-autores: Caraballo N, Guevara ME) Rev Oftalmol Venez. 1977;35:207-224.
- "Estrías angioides del fondo del ojo y malignidad". Rev Oftalmol Venez. 1977;35:320-331.
- "Modificaciones del fondo del ojo en el paciente geriátrico". Rev Esp Gerontol Geriat. 1977;12:417-431
- "Papiledema efímero en el curso de la exacerbación de una insuficiencia respiratoria crónica". Rev Oftalmol Venez. 1977;35:450-458 (Co-autores: Herrera L, Barrios D.).
- "Modificaciones del fondo del ojo en el anciano" Rev Oftalmol Venez. 1978;36:11-25.
- "Pliegue diagonal del lóbulo de la oreja –Signo de Frank- en la retinopatía diabética. Su posible significación". Rev Oftalmol Venez. 1978;36:27-36 (Co-autores: Fuenmayor-Rivera D, Murcia E.).
- "Nevus de Ota y estrías angioides en un hipertenso" Rev Oftalmol Venez. 1978;36:162-167. (Co-autor: Rondón A.).
- "Aporte de la oftalmoscopia directa al diagnóstico del síndrome febril prolongado de origen desconocido" Rev Oftalmol Venez. 1978;36:213-230.
- "La endocarditis infecciosa y su expresión ocular. Informe de las lesiones encontradas en ocho pacientes consecutivos". Rev Oftalmol Venez. 1978;36:293-313.
- "El ojo como espejo de las hiperlipoproteinemias con comentarios sobre la *"lipemia retinalis"*". Rev Oftalmol Venez. 1978;36:430-451 (Co-autor: Lucani M.).
- "Presentación de dos casos de síndrome de Fanconi asociadas al síndrome de De Morsier". (Drs. Vargas A, Muci-Mendoza R, Lucani MA, Galvis D, Rojas V). Arch Hosp Vargas. 1979;21:85-90.

Estas colaboraciones nos valieron que fuéramos propuestos y aceptados como Miembro Correspondiente Nacional de la Sociedad Venezolana de Oftalmología y la

designación como Invitado de Honor Nacional en las XXX Jornadas de Oftalmología celebradas en 1977 en la Ciudad de Mérida, con el desarrollo de la ponencia:

·“El fondo ocular en la hipertensión arterial”

A su vez, esta conferencia fue la base para la publicación del libro:

- “El valor del fondo del ojo en la hipertensión arterial” Caracas. Publicaciones de la Sociedad Venezolana de Oftalmología. 1978. Talleres Tipográficos de Miguel Ángel García e hijo. 246 páginas.

Deseosos de profundizar en las relaciones entre el sentido visual y el sistema nervioso, el Maestro Doctor Rafael Cordero-Moreno nos ofreció sus buenos oficios para recomendarnos, como en efecto lo hizo, con el Profesor Dr. William F. Hoyt, M.D., Director de la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Herbert Moffitt de la Universidad de California en San Francisco y “*consultante de consultantes*” de la especialidad. Fuimos aceptados, y avalados por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la UCV., realizamos un “*fellowship*” en neuro-oftalmología bajo su dirección durante dos años, entre los meses de julio de 1978 y julio de 1980. Entramos pues, en contacto con un ambiente contestatario de elevado rigor académico, donde hasta se ponía en duda los descubrimientos clínicos una vez allí originados. En una atmósfera de gran presión, estudio y pasión por la observación profunda, hicimos cuanto pudimos. Dos duros años conviviendo con una profunda ignorancia e iluminados tan sólo, por la esperanza de intentar llegar a ver alguna vez...

Durante ese lapso de tiempo se produjeron algunos trabajos de investigación clínica:

- “El fondo del ojo en la hipertensión arterial. El punto de vista del Internista” Acta Cient Venez. 1979;38:429-439.
- “Consecuencias prácticas del examen del fondo ocular en el accidente cerebrovascular agudo”. Rev Oftalmol Venez. 1980;38:58-85.
- “El papiledema en la práctica neurológica”. Rev Oftalmol Venez. 1980;38:290-331.
- “Retinal fluorescein angiographic evidence for atheromatous microembolism. Demonstration of ophthalmoscopically occult emboli and post-embolic endothelial damage after attacks of amaurosis fugax”. (Co-autores: Arruga J, Edward WO, Hoyt WF). Stroke. 1980;11:154-158.
- “Distensión bilateral del espacio subaracnoideo perióptico en pseudotumor cerebral con papiledema unilateral. Su demostración a través de la tomografía computarizada de la órbita”. Revista de Neurología (Barcelona). 1981;9:15-12. (Co-autores: Arruga J, Hoyt WF).
- “Respuesta favorable a los corticosteroides en lesiones compresivas e infiltrativas del nervio óptico”. Arch Soc Esp Oftalmol. 1978;38:1385-1393. 1394. (Arruga J, Muci-Mendoza R, Hoyt WF).
- “La neuritis óptica desmielinizante primaria y su tratamiento con ACTH y corticosteroides”. Arch Soc Uruguaya Oftalmol. 1981;5:5-12.
- “Comentarios relativos al empleo de los corticosteroides y el ACTH en el tratamiento de las neuritis ópticas” Rev Oftalmol Venez. 1981;39:341-357.
- “Comentarios sobre el uso de los corticosteroides y el ACTH en el tratamiento de las neuritis ópticas” Anales Soc Mex Oftalmol. 1982;56:353-363.

Fundación de la Unidad de Neuro-oftalmología del Hospital Vargas de Caracas.

Deseo ingente como era, a nuestro regreso a Caracas en julio de 1980 de inmediato creamos la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, cuyo XXV Aniversario celebramos el año 2005 con gran celebración científica. Era necesario insertarla en una Cátedra de Clínica Médica, lo que a primera impresión parecería una absurda adición. Debemos dejar expresa constancia de la bondad y del gran espíritu de colaboración del Maestro, Doctor Herman Wuani E., Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B, quien en todo momento nos brindó su apoyo total, librándonos de la Consulta Externa de Medicina y adjudicándonos un espacio entre las salas 2 y 3 para instalar los escasos equipos necesarios, tolerando la afluencia de pacientes en el pasillo adyacente a la Secretaría de la Cátedra y siempre animándonos a hacer efectivo nuestro sueño, máxime, cuando teníamos que compartir nuestro tiempo entre el trabajo docente y asistencial asignado en la Sala 3 con estudiantes de medicina y residentes del Postgrado de Medicina Interna, con la asistencia de pacientes con problemas neuro-oftalmológicos. Igualmente contamos con la comprensión de nuestros compañeros de Cátedra quienes en ningún momento resintieron nuestra ausencia de la Consulta Externa de Medicina 2.

Desde sus comienzos, la creación de la Unidad se sustentó en cuatro principios fundamentales, a saber, (A). Asistencia; (B). Docencia; (C). Investigación clínica; y (D). Extensión.

(A). Asistencia. Sabíamos que sin una asistencia de calidad, seria y continuada, que brindara la experiencia necesaria, nunca podríamos hacer buena docencia. Con esta premisa comenzamos a recibir nuestros primeros pacientes provenientes preferencialmente de los servicios hospitalarios de Medicina Interna, Oftalmología, Neurología, Neurocirugía y Genética Médica del Hospital Vargas de Caracas. Más tarde, la afluencia de enfermos ya no sólo provendría del Hospital y de la Región Capital, sino también de los diversos puntos cardinales de nuestra geografía. Necesitábamos pues, afinar nuestro sentido clínico viendo la mayor cantidad posible de enfermos confrontando y adecuando las experiencias locales a aquellas adquiridas en el exterior. De las historias clínicas se guardaría una copia en la Unidad, de forma tal que tendríamos una fuente de información siempre a la mano, y además, permitiría que los pacientes sucesivos que ocurrieran de emergencia pudieran ser vistos de inmediato y la información clínica siempre se encontraría disponible. La Consulta Externa se realizaría 4 días por semana (lunes, martes, jueves y viernes) entre las 7:00 y 9:30 A.M., con excepción del día martes, en que se extendería entre las 7.00 A.M. y 12:00 M. El miércoles estaba reservado para actividades extramuros en el Hospital Universitario de Caracas. De esa forma ha habido un crecimiento exponencial del número de enfermos atendidos en consulta externa los últimos años. Esta asistencia no se ha limitado a pacientes adultos, sino que también se han atendido a lactantes y niños con condiciones neuro-oftalmológicas.

(B). Docencia. Desde su creación, fue anhelo fundamental de la Unidad, el llegar a constituirse en faro desde donde irradiara el conocimiento neuro-oftalmológico no sólo a Caracas sino a Venezuela y luego, también a Hispanoamérica donde la subespecialidad era prácticamente desconocida.

Su hacer se ha sustentado: (1) En una columna teórica propiciando el “Curso teórico-introductorio del fondo del ojo en la enfermedad sistémica”, actividad realizada cada uno o dos años, acreditado con el paso del tiempo y ya en su XLIII versión. Su extensión y contenido ha ido expandiéndose alcanzando desde el Curso del Año 2000, un total de 26 temas abarcados en 13 semanas, y en el del 2002 aumentado a 33 temas en 16 semanas. Las ganancias obtenidas por las inscripciones ha ido a parar al fondo de la “Asociación para el Desarrollo de la Medicina Interna y la Neuro-Oftalmología”

(ASODEMINO) con sede en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B. También se han auspiciado y propiciado Cursos de Neuro-Oftalmología de variable extensión y complejidad en conjunción con las Sociedades Venezolanas de Oftalmología, Medicina Interna y Neurología.

(2). Durante 10 años establecimos clínicas de neuro-oftalmología en los Hospitales Universitario de Caracas (una vez por semana los días miércoles, Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Caracas) y en el Militar "Dr. Carlos Arvelo (cada 15 días, los días sábados). Por carencia de tiempo, estas actividades hubieron de suspenderse hace 6 años.

Desde su inicio, el programa ha brindado entrenamiento práctico a residentes de postgrados de oftalmología, neurología, neurocirugía y neuropediatría a través de rotaciones por períodos variables de tiempo (mes y medio a dos meses) a un número de postgraduados que ha oscilado anualmente, entre 30 y 35 residentes de oftalmología de los postgrados del Hospital Vargas de Caracas, Hospital Municipal Francisco Antonio Rísquez, Hospital Militar Doctor Carlos Arvelo, Hospital Jesús Yerena de Lídice, Hospital Miguel Pérez Carreño del IVSS y Hospital Domingo Luciani, también del IVSS. Desde hace el mismo período de tiempo, se imparte instrucción a residentes del postgrado de Neuropediatría del Hospital Miguel Pérez Carreño del IVSS. Durante 14 años se beneficiaron de este entrenamiento los postgrados de neurología y neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas. Esta colaboración cesó hace 4 años. En 2002, se incorporaron residentes del tercer año del Servicio de Neurología de la Universidad de los Andes.

La Unidad ha contado desde hace algunos años con la colaboración de especialistas en áreas conexas con la especialidad quienes desinteresadamente han dado lo mejor de sí. Debemos brindar tributo de agradecimiento a los doctores: (1). Dr. Andrés Gómez Fagúndez quien realizó inicialmente las primeras fenestraciones de la vaina del nervio óptico para tratamiento del papiledema amenazante en pacientes con hipertensión intracraneal idiopática; posteriormente ha sido el Dr. Dario Savino Zari de la Cátedra de Oftalmología de la Escuela "José María Vargas" quien ha ejecutado con gran vocación de servicio y experticia la mayor cantidad de cirugías. (2). El Dr. Darío Fuenmayor Rivera nos ha aportado apoyo docente en angiografía fluoresceínica del fondo ocular. (3). La Dra. Yubirí Moreno ha entrenado algunos interesados en electroretinograma, electrooculograma y potenciales evocados visuales. (4). Los doctores Gastón Vici Senior y Salvador Malavé, neurorradiólogos, han hecho lo propio con la interpretación de neuroimágenes. (5). La Dra. Ghislaine Céspedes de la Sección de Neuropatología del Instituto de Anatomía Patológica de la UCV ha colaborado en sesiones de macroscópicas y microscópicas de cortes de cerebro. (4). Desde 1989 se propició la creación de Programas de "Fellowship" en Neuro-Oftalmología y hasta el presente, se ha brindado esta formación a 42 jóvenes médicos, 32 venezolanos y 10 extranjeros: 26 oftalmólogos, 4 neurólogos y 4 médicos internistas.

1. Abraham Arana Chacón † (1987) (Neurólogo, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia).
2. Lilian Garrillo (1987) (Oftalmóloga, Hospital Coromoto de Maracaibo).
3. Luisa Bermúdez (1988) (Oftalmóloga, San Juan de los Morros).
4. Arnoldo Soto (1989) (Neurólogo, Hospital Universitario de Caracas).
5. Mercedes de Montes de Oca (1989) (Oftalmóloga, Hospital IVSS de Barquisimeto).
6. Myriam Saavedra E. (1990). (Neuróloga, Universidad Bogotá, Colombia).
7. Pedro Debess Yamuni (1990). (Oftalmólogo, Hospital San Juan de Dios, Caracas).

8. Jesús González Bolívar (1991). (Neurólogo, Hospital Central de Tucupita).
9. Ramiro Terán Villegas (1991). (Oftalmólogo, Seguridad Social, Quito, Ecuador).
10. Marcos Ramella Galmuzzi (1992). (Médico Internista, Hospital Vargas de Caracas).
11. Iván Espinoza (1993). (Oftalmólogo, Hospital Central de Valencia).
12. Emely Karam Aguilar (1995). (Oftalmóloga, Hospital Central de las FF. AA. "Dr. Carlos Arvelo". Caracas)
13. Pedro Luis Cárdenas Angelone (1995). (Oftalmólogo, Fundación Bucaramanga, Colombia).
14. María Victoria Recio Restrepo (1995). (Oftalmóloga, Universidad de Cali, Colombia).
15. Miriam Contreras Hernández (1995). (Médica Internista, Hospital Central de San Cristóbal).
16. María Soledad Aponte A. (1996). (Oftalmóloga, Hospital Universitario de Caracas).
17. José Gregorio Pinto A. (1996). (Oftalmólogo, Centro Médico Varinya Barinas).
18. Orlando Morón Torres (1997). (Médico Internista, Centro Médico Docente La Trinidad).
19. Katherine Rivera Grullón (1999). (Oftalmóloga, INDEN Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, República Dominicana).
20. Norquis Simó Pérez (2000). (Oftalmóloga, Hospital Central de las FF. AA. "Dr. Carlos Arvelo)
21. Olga Véliz Silveira (2000). (Oftalmóloga, Hospital Central de las FF. AA. "Dr. Carlos Arvelo")
22. Adalgisa Corona (2002). (Oftalmóloga, Centro Cristiano de Servicios Médicos Hospital Elías Santana Santo Domingo, República Dominicana).
23. Reinaldo García (Oftalmólogo, Hospital Domingo Luciani, Caracas)
24. Elías Paraskevopolus (Oftalmólogo, Hospital Domingo Luciani, Caracas).
25. Edwin Martínez (Oftalmólogo, Hospital Domingo Luciani, Caracas).
26. Rita Gouveia (2004). (Oftalmólogo).
27. David González (2004). (Oftalmólogo, Hospital Central de las FF.AA. Dr. Carlos Arvelo).
28. Williams Velásquez (2004). (Oftalmólogo, Hospital Vargas de Caracas).
29. Alonso DelGiorno (2005). (Oftalmólogo, Hospital Vargas de Caracas).
30. Carlos Montero (2006). (Oftalmólogo, Hospital Domingo Luciani, Caracas).
31. Jorge Domínguez Montejo (2006). (Médico Internista, Hospital Vargas de Caracas).
32. Ana Milena Bautista (2006). (Hospital Cali, Colombia).
33. Beisit Calanche. (Oftalmóloga del Consultorio Popular de los Ojos) Caracas.
34. Marta Lucía Muñoz Cardona (2008). (Hospital Medellín, Colombia).
35. Jeanine Obaje (2010) Hospital Vargas de Caracas.
36. Ynabel Pietrosanti de Rodríguez (2011). Hospital Central de Barquisimeto.
37. Carlos Alberto Briceño Núñez (2012). Servicio de Oftalmología ULA.Valera.
38. Mary Cabarcas (2012). Servicio de Oftalmología (Barranquilla, Colombia).
39. Juan Carlos Alvarado (2012). (Médico Neurólogo UCV).
40. Ernesto Guerra (2012). Médico Internista Ciudad Bolívar. (C). Investigación clínica.

A la par de la asistencia y docencia médicas, durante veinticinco años de funcionamiento de la Unidad, se han realizado investigaciones clínicas sobre problemas de interés, bien descripciones aisladas de casos clínicos o casuísticas de

series de pacientes con problemas neuro-oftalmológicos, o temas de docencia médica. Muchos de ellos, realizados por residentes de oftalmología con nuestro decidido apoyo, estímulo y auxilio editorial, han sido presentados como trabajos de incorporación a la Sociedad Venezolana de Oftalmología.

- **1980**
- “Retinal fluorescein angiographic evidence for atheromatous microembolism. Demonstration of ophthalmoscopically occult emboli and post-embolic endothelial damage after attacks of amaurosis fugax”. (*Muci-Mendoza R, Arruga J, Edward WO, Hoyt WF*). Stroke 1980;11:154-158.
- **1983**
- “El defecto pupilar aferente (pupila de Marcus Gunn). El gran ignorado del examen oftalmológico”. Rev Oftalmol Venez. 1983;46:155-175.
- **1984**
- “Unilateral and asymmetric optic disk swelling with intracranial abnormalities” Am J Ophthalmol 1984;97:253.
- **1986**
- “Retinitis granulomatosa necrotizante producida por *Paracoccidioides brasiliensis*. Aspectos clínicos, histopatológicos y ultraestructurales en una observación” (Drs. Pifano I, *Muci-Mendoza R, Puppio P, Fuenmayor-Rivera D, Albornoz M, Cordero-Moreno R*). Rev Oftalmol Venez. 1986;44:276-278.
- “Patologías ‘nuestras’: El síndrome del cerebro descalificado”. Neurol Colombia. 1986;10:5-12.
- **1987**
- “Síndrome de McCune-Albright asociado a acromegalia, bocio nodular eutiroideo y compresión del nervio óptico. Presentación de una observación y revisión de la literatura”. (Drs. Ríos F, Briceño M, *Muci-Mendoza R, Adrián O.*) Rev Ven Neurol Neurocir 1987;1:69-73.
- “Retinopatía diabética: Su importancia en la relación del médico internista con el paciente diabético”. Resúmenes de las Exposiciones. I Curso de Actualización en Medicina Interna. Seervicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, Editor. Mayo 1987:20-24.
- **1988**
- “Disappearing opticiliary shunt vessels and neonatal hydrocephalus”. Dowhan TP, *Muci-Mendoza R, Aitken PA*. J Clin Neuro-ophthalmol. 1988;8:1-8.
- “El fenómeno de la seducción psicósomática” Arch Hosp Vargas. 1988;30:15-24.
- “Del síntoma al diagnóstico... Legado de un detective aficionado a la medicina clínica”. Resúmenes de las Exposiciones. II Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Mayo 1988:11-18.
- **1989**
- “Dificultades diagnósticas en el síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber. Presentación de cinco casos”. Arch Hosp Vargas. 1989;31:65-72
- “El axioma de la melena espuria. Relato fabulado en el que se da cuenta del sórdido caso de la melena espuria del Conde Drácula”. Arch Hosp Vargas. 1989;31:97-101.
- “Defectos en la capa de fibras ópticas retiniana como expresión ‘remota’ de hipertensión acelerada y maligna” Resúmenes de las exposiciones. III Curso de

- Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Mayo 1989:23-28.
- “Trombosis aséptica de senos venosos duros intracraneos como manifestación inicial de una leucemia mieloblástica aguda. Informe de dos observaciones y revisión de la literatura” (Drs. Pérez JR, Núñez AR, *Muci-Mendoza R*, Rodríguez A, López JL) Arch Hosp Vargas. 1989;31:77-90.
 - **1990**
 - “Algoritmo oftalmoscópico en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida” Resúmenes de las Exposiciones. IV Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Mayo 1990:31-40.
 - “Retinal hamartoma in neurofibromatosis 2”. (Drs. Landau K, Dossetor FM, Hoyt WF, *Muci-Mendoza R*). Arch Ophthalmol. 1990;108:228-229.
 - **1991**
 - “Manifestaciones neuro-oftalmológicas de la insuficiencia cerebrovascular” Resúmenes de las Exposiciones. V Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Mayo 1991:45-52.
 - **1992**
 - “Consideraciones generales sobre la medicación en el anciano”. Resúmenes de las Exposiciones. VI Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Mayo 1992:15-20.
 - “Optic neuritis in children with poor recovery of vision”(Good WV, *Muci-Mendoza R*, Berg BO, Frederick DR, Hoyt CS). Aust New Zeal J Ophthalmology 1992;20:319-323.
 - **1993**
 - “El amplio espectro de las manifestaciones neuro-oftalmológicas en el paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida”. Resumen de las Exposiciones. VII Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Junio 1993:27-33.
 - **1994**
 - “Algoritmo oftalmoscópico en el SIDA”. Antibióticos & Infección. 1994;2:3-8.
 - “Retinopatía diabética: Hacia su conocimiento y control”. Resúmenes de las Exposiciones. VIII Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Vargas R, editor. Junio 1994:53-59.
 - “Epidemia optic neuropathy in Cuba. Eye findings”. (Sadun AA, Martone JF, *Muci-Mendoza R*, Reyes L, Dubois L, Silva JC, Roman G, Caballero B). Arch Ophthalmol 1994;112:691-699.
 - **1995**
 - “Tratamiento de la hipertensión intracraneal aguda”. Resúmenes de las Exposiciones. IX Curso de Actualización en Medicina Interna. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Chacín LF, Andrade P, editores. Julio 1995:63-68.
 - “Variación postural de la agudeza visual y presión intraocular en pacientes con fistulas carótido-cavernosas. Implicaciones terapéuticas”. Rev Oftalmol Venez. 1995;51:49-53.
 - “Descompresión quirúrgica de la vaina del nervio óptico en el papiledema” (Merchán G, Gómez A, *Muci-Mendoza R*). Rev Oftalmol Venez. 1995;51:53-59.

- “Tomografía computarizada cerebral: Acerca de un ‘venerable’ artefacto no descrito”. Arch Hosp Vargas. 1995; 37:127-130.
- “El fondo del ojo: Fiable marcador de la candidiasis invasiva” Antibióticos & Infección. 1995;3:7-13.
- Enfermedad aterosclerótica del arco aórtico y aorta torácica. Un estudio por ecocardiografía transesofágica”. (Montilla AC, Pérez JA, Collet H, Herrera M, Arias F, *Muci-Mendoza R*). Rev Fed Med Venez 1995;3:81-94
- **1996**
- “Meningioma de la vaina del nervio óptico y venas optociliares. Su demostración mediante el empleo combinado de angiografía fluoresceínica y angiografía digital con verde de indocianina”. (Drs. Muci-Mendoza R, Ramella M, Fuenmayor-Rivera D, Karam E, Cárdenas P, Recio MV). Arch Hosp Vargas. 1996;38:17-24.
- “El examen del fondo del ojo está vivo y saludable”. Med Interna (Caracas). 1996;12:95-99.
- “Pupila pareto-espástica como manifestación inicial de falla de una derivación ventrículo-peritoneal” (Arrieta C, Ramella M, *Muci-Mendoza R*). Arch Hosp Vargas. 1996;38:155-157.
- **1997**
- “Neuritis óptica desmielinizante primaria”. Avances Oftalmol. 1997;1:23-31.
- “Enfermedad de Oguchi y fenómeno de Mizuo-Nakamura”. Avances Oftalmol. 1997;1:36-38.
- “Síndrome de Kincaid-Schatz”. Avances Oftalmol. 1997;1:32-35.
- “Síndrome de hipoplasia hemioptica homónima (H3): Hacia la comprensión de las hemianopsias congénitas. Descripción de nueve pacientes”. (Baldó MB, Muci-Mendoza R, Aponte MS, Ramella M). Arch Hosp Vargas. 1997;39:143-149.
- “Don Diego de la Vega y su paradoja...Comentarios relativos al médico moderno y su ceguera funcional” Acta Cient Venez. 1997; 48 (suppl.1):54-56.
- **1998**
- “Meningiomas de la vaina del nervio óptico y el signo de Hoyt-Spencer”. Avances Oftalmol. 1998;2:35-41.
- “Hipertensión intracraneal idiopática: Estudio retrospectivo de 116 pacientes evaluados en la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas (1980-1996). (Contreras M, *Muci-Mendoza R*, Ramella M, Aponte MS, Pinto JG). Med Int (Caracas). 1998;14:81-92.
- “Las irreales fronteras de las especialidades. Lecciones del glaucoma por cierre angular”. (Co-autores: Fumero E, Ramella M). Arch Hosp Vargas. 1998;40:25-31.
- “Development of cilioretinal collaterals in a patient with calcific valvular heart disease”. (Co-authors: Parsa CF, Hoyt WF). Arch Ophthalmol. 1998;116:255.
- “Síndrome de Hipotensión intracraneal espontánea. Comunicación de dos observaciones”: Arch Hosp Vargas. 1998.40:33-39.
- “Anterior ischemic optic neuropathy in a disc with a cup. An exception to the rule”. (Drs. Parsa C, *Muci-Mendoza R*, Hoyt WF). J Neuro-ophtalmol. 1998;18:169-170.
- “¿Es todavía el ojo el mirador por excelencia de la enfermedad sistémica?” Avances Oftalmol. 1998.2:6-7.

- “Enfermedad inflamatoria idiopática de la órbita (Pseudotumor orbitario)” (Peña J, *Muci-Mendoza R*, Ramella M): Rev Oftalmol Venez. 1998;54:25-32.
- “Cisticercosis neuro-ocular. Comunicación de dos observaciones y revisión de la literatura”. (Paris G, *Muci-Mendoza R*, Ramella M). Rev Oftalmol Venez. 1998;54:60-63.
- **1999**
- “Perseveración visual, fotofobia y fenómenos entópticos crónicos consecutivos a la administración de clomifeno. Descripción de un caso”. Arch Hosp Vargas. 1999; 41:65-67
- “La pérdida de nuestra esencia. Oración para un estudiante de medicina”. Arch Hosp Vargas. 1999;41:87-92.
- “Glaucoma *sine* glaucoma” Introducción al disco excavado en neurooftalmología” (Beaujon O, *Muci-Mendoza R*, Karam E, Ramella M). Rev Oftalmol Venez. 1999;55:51-55.
- Enoftalmos pulsátil en neurofibromatosis tipo I (NF-1). Comunicación de tres casos clínicos y revisión de la literatura (Muci-Mendoza R, Velásquez W, Ramella M, Karam E). Rev Oftalmol Venez 1999;55:56-61.
- “Regeneración aberrante del tercer nervio craneal. Comunicación y análisis de una serie de pacientes atendidos en un período de 17 años en al Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas”. (Wing L, *Muci-Mendoza R*, Ramella M). Rev Oftalmol Venez. 1999;55:50-55.
- “Optociliary veins in optic nerve sheath meningioma. Indocyanine green videoangiography findings”. (Co-authors: Arevalo F, Ramella M, Fuenamayor D, Karam E, Cárdenas PL, Recio MV). Ophthalmology 1999;106:311-318.
- “Anormalidades vasculares retinianas en neurofibromatosis con documentación de un hamartoma vascular puro no descrito” Gac Méd Caracas. 1999;107:13-31.
- “Regeneración aberrante del tercer nervio craneal. Comunicación y análisis de una serie de pacientes atendidos en un período de 17 años en la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas”. (Foung LW, *Muci-Mendoza R*, Ramella M). Rev Oftalmol Venez 1999;55:50-55.
- “Glaucoma *sine* glaucoma” Introducción al disco excavado en neurooftalmología. (Beaujon-Balbi, *Muci-Mendoza R*, Karma E, Ramella M)Rev Oftalmol Venez 1999;55:52-55.
- “Enoftalmos pulsátil en neurofibromatosis 1 (NF-1) Comunicación de tres casos y revisión de la literatura” Rev Oftalmol Venez. 1999;55:56-61.
- “Retinal findings in Takayasu’s arteritis”. (Karam E, *Muci-Mendoza R*, Hedges TR). Acta Ophthalmol Scand. 1999;77:209-213.
- “Medicina... Ars incertus. Reflexiones para un médico en ciernes” Med Interna (Caracas) 1999;15:119-121.
- **2000**
- “Los ojos de Sherlock Holmes: Un detective aficionado y la mirada médica. I. El revesado caso de la mujer del párpado caído. Gac Méd Caracas. 2000; 108:78-92.
- “Los ojos de Sherlock Holmes: Un detective aficionado y la mirada médica. II. Afianzamiento, ocaso y reemplazo de la observación directa”. Gac Méd Caracas. 2000;108:93-101.

- “Adenomas hipofisarios gigantes e invasivos a la órbita. Comunicación de tres observaciones y revisión de la literatura”. (Simó N, *Muci-Mendoza R*, Ramella M) Rev Oftalmol Venez. 2000;56:30-37.
- “¿Qué es lo normal y lo anormal en la exploración neurológica del anciano?” Resumen de las Exposiciones. XIV Curso de Actualización en Medicina Interna Dr. Herman Wuani E. Patología del adulto mayor. Servicio de Medicina 2 y Cátedra de Clínica Médica B. Gaslonde L, editor. Julio 2000:35-44
- “Manifestaciones neuro-oftalmológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estado actual del tratamiento”. Resumen de Conferencias y Posters. IV Jornadas Nacionales de Neurología Tropical y Neuroinfección. Maracay. 2000:17-20.
- “Lipemia retinalis”: Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2000;108:235-236.
- “Ateroembolismo sistémico y el émbolo retiniano de Hollenhorst”: Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2000;108:235-236.
- “Por los caminos del quiasma óptico: La ilusión de Polifemo y Jano”: Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2000;108:237.
- “El signo ungueal de Beau”. Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2000;108:534-535.
- “Un ‘blanco’ hipertensivo visible”. Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2000;108:536-537.
- **2001**
- “El caso del ‘ombligo abultado’ y la Hermana María José”. Perlas de Observación Clínica. Gac Méd Caracas. 2001;109:91-93.
- “Neuropatía óptica isquémica anterior. Informe de una experiencia retrospectiva de 115 pacientes”. (Veliz O, *Muci-Mendoza R*, Ramella M, Debess P, Simó N) Informe Med. 2001;3:141-156.
- “Síndrome del vértice orbitario. Etiología y formas de presentación clínica”. (Ansart A, *Muci-Mendoza R*, Ramella M). Rev Oftalmol Venez. 2001;57:11-17.
- “Parálisis de nervios oculomotores de etiología isquémica-vascular” (Ramella M, *Muci-Mendoza R*). Arch Hosp Vargas. 2001;43:19-36.
- “Optic nerve metastasis from oat cell lung adenocarcinoma: Regression after radiotherapy” 2001. Ophthalmic Surg Lasers. 2001;32:349-351. (*Muci-Mendoza R*, Arevalo F, Ramella M, Fuenmayor D).
- “Prechiasmatic loss of retinal nerve fibers: Patterns of reference in direct ophthalmoscopy”. Pearls of the XXIII Inter-American Course in Clinical Ophthalmology 2001;1-8. Bascom Palmer Eye Institute. University of Miami School of Medicine.
- “Sherlock Holmes and the Art of Clinical Ophthalmology” Pearls of the XXIII Inter-American Course in Clinical Ophthalmology 2001;1-5. Bascom Palmer Eye Institute. University of Miami School of Medicine.
- “Síndrome de Horner: Estudio retrospectivo de 94 pacientes evaluados en la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas (1980-2000)”. (Drs. Moure A, *Muci-Mendoza R*, Ramella M). Arch Hosp Vargas 2001;43:141-164.
- “Spontaneous regression of optic gliomas. Thirteen cases documented by serial neuroimaging” Parson C, Hoyt CS, Lesser RL, Weinstein JM, Strother CM, *Muci-Mendoza R*, et al.) Arch Ophthalmol 2001;119:516-529.

- “Parálisis de nervios oculomotores de etiología isquémica-microvascular”. (Ramella M, *Muci-Mendoza R*). Arch Hosp. Vargas 2001;43:19-36.
- “Neuropatía óptica cubana. Parte I. Relato de una vívida experiencia personal”, Gac Méd Caracas 2001;109:270-275.
 - **2002**
 - “Adenomas hipofisarios. Informe retrospectivo de una experiencia en 231 pacientes evaluados en la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas”. (Simó N, *Muci-Mendoza R*, Ramella M, Espinoza I, Véliz O). Arch Hosp Vargas 2002;44:206-222.
 - “Asociación de tuberculosis ganglionar y ocular en pacientes no VIH”. (Pérez O, Fuentes V, Márquez G, Carvelli F, Hernández D, Ramella M, *Muci-Mendoza R*). Arch Hosp Vargas 2002;44:223-227.
 - “Corkscrew retinal vessels in NF-1: Report of 12 cases”. (*Muci-Mendoza R*, Ramella M, Fuenmayor-Rivera D). Br J Ophthalmol 2002;86:0-3.
 - “Neuropatía óptica cubana. Parte II. Aspectos neuro-oftalmológicos, neurológicos, nutricionales e históricos”, Gac Méd Caracas 2002;110:188-193.
 - “Actualización en migraña”. Boletín Bibliográfico. Academia Nacional de Medicina. 2002;1:1-9.
 - **2003**
 - “Accidentes cerebrovasculares transitorios. Un cambio de concepto”. Boletín Bibliográfico. Academia Nacional de Medicina. 2003;1:1-12.
 - **2004**
 - “Una tumefacción en la rodilla...” Sida, toxoplasmosis cerebral y síndrome del colículo facial”. Perla de Observación Clínica. (*Muci-Mendoza R*, Ramella M). Gac Méd Caracas 2004;112:142-143.
 - “Lagrimas de sangre...” Estigmatización, púrpura psicogénica, cromhidrosis y síndrome de Gardner-Diamond. Perla de Observación Clínica. (*Muci-Mendoza R*, Ramella M). Gac Méd Caracas 2004;112:144-146.
 - “Una maniobra forzada...” Lesión del plexo braquial, parálisis de Déjérin Klumpke y síndrome de Horner pre-ganglionar”. Perla de Observación Clínica. (*Muci-Mendoza R*, Ramella M). Gac Méd Caracas 2004;112:146-147.
 - “Punción lumbar y parálisis del sexto nervio craneal. Comunicación de dos observaciones”, (Gil T, *Muci-Mendoza R*, Ramella G). Rev Oftalmol Venez 2004;60:114-116.
 - **2005**
 - “Neurorradiología en neuro-oftalmología” (Ramella M, *Muci-MendozaR*). Gac Méd Caracas 2005;113:174-180.
 - “Diffuse Unilateral Subacute Neuroretinitis in Venezuela” (Cortez R, Denny JP, *Muci-Mendoza R*, Ramírez G, Fuenmayor D, Jaffe GJ). Ophthalmology 2005;112:2110-2114.

(D). Extensión

Esta área de los fines de la Unidad parcialmente se expuso en el aparte anterior. Es de hacer notar que durante el año 2002, a pedido de la Asociación Panamericana de Oftalmología se recogió la experiencia audiovisual de casos con problemas motores oculares en forma digitalizada: “*Los movimientos oculares. Un curso interactivo para oftalmólogos, neurólogos e internistas*”. Su organización corrió por entero a cargo del Doctor Marcos Ramella G., adjunto de la Unidad y le ha servido, adicionalmente, como

trabajo de ascenso a Profesor Agregado en el escalafón de la Universidad Central de Venezuela. Este aporte, permitirá a la Unidad, proyectarse internacionalmente.

✍ Epilogo.

De conformidad con lo aprobado por el Consejo de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, en su sesión # 783 de fecha 15 de mayo de 2003, a propuesta del Dr. Marcos Ramella y pedido del Dr. Herman Wuani, Jefe de la Cátedra de Clínica Médica “B”, desde el viernes 18 de julio, la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, pasó a llamarse, Unidad de Neuro-Oftalmología “Dr. Rafael Muci-Mendoza”...

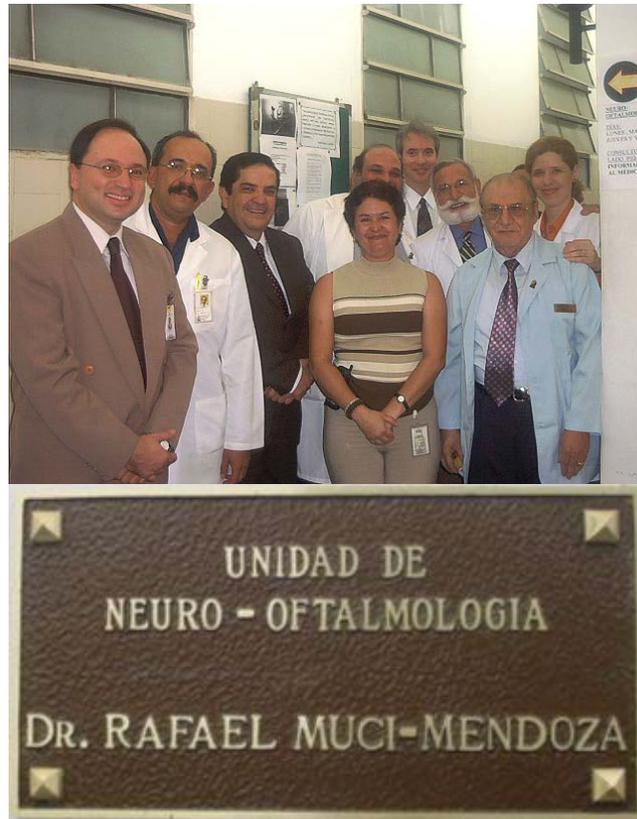


Figura. Acto de desvelación de la placa designando la Unidad de Neuro-oftalmología del Hospital Vargas de Caracas con mi nombre. Compañeros de Cátedra y Personal de Secretaría. De izquierda a derecha, Doctores Roberto Gaslonde, Dimas Hernández, Rafael Vargas Arenas (†), Carlos Schneider (†), David Rodríguez, Érika Iriza, Maestro Herman Wuani. En el centro Srta. Tania Alarcón, secretaria de la Cátedra.

- **Carta al Embajador Cubano**

De un medico venezolano al Embajador de Cuba

Publicado en Cartas al Editor del Diario El Universal de Caracas, Venezuela. Domingo 4 de marzo de 2001.

“Excelentísimo Señor Embajador,

Deberían haberle enseñado que es norma ética elemental de un embajador, no inmiscuirse en los asuntos internos del país que le acoge. Sus insolentes declaraciones sobre los médicos, recogidas en este Diario en la edición del domingo 18 de febrero, me obligan moralmente a enmendarle. “El sistema de valores” que usted nos endilga, según el cual, “nuestra intención al estudiar medicina es obtener un título y una acción en una clínica privada”, además de insultar nuestra dignidad y exponernos con aviesas intenciones al desprecio público, nos desacredita ante nuestros enfermos, siendo nosotros todo cuanto ellos poseen. Advenedizo, emplea usted el resentido lenguaje del presidente, dividiéndonos en “*oligarcas*” y “*proletarios*”, epítetos nunca antes utilizados para agraviarnos. Aunque sea antipático hablar en primera persona, debo expresarle que como muchos de mis colegas y aunque usted le duela, en LIBERTAD, recibí una excelente formación ética, moral y académica la cual he tratado trasmitir a mis numerosos alumnos. Como muchos otros, por cerca de 40 años y por un magro sueldo subsidiado con nuestro ejercicio privado, hemos trabajado con tesón la mitad de mi tiempo en un hospital público; además, muchos hemos ejercido nuestra libre profesión en clínicas privadas; y aunque a usted vuelva a dolerle, en LIBERTAD, con orgullo, mística y honestidad.

Pero además, debe saber que en lo personal, he visitado Cuba en tres ocasiones. No lo hice por turismo y le confieso que no conozco Varadero. He sido y he continuado siendo invitado de sus conciudadanos médicos. Por respeto a ellos, nunca hice uso de cuanto ví u oí en su país. Su intromisión me indica que tal vez sea tiempo de hacerlo. En mayo de 1993, cuando su gobierno al fin dio a conocer al mundo una epidemia, que a pesar de sus adversas consecuencias, había mantenido en secreto desde 1991 amenazando con dejar en la penumbra visual a cerca de 50.000 de sus conciudadanos, formé parte de una misión humanitaria que visitó la Isla. En compañía de colegas cubanos y de diversas procedencias, examiné cubanos afectados, ayudé a definir el paciente-tipo y a esclarecer las causas de lo que se dio en llamar Neuropatía Óptica Cubana y que en resumen, aunque se hayan invocado otras excusas, dolorosamente fueron un corolario de miseria y hambre. En cinco ocasiones en compañía de mis colegas, me reuní con su comandante para discutir estrategias diagnósticas de la epidemia, que ya hoy día se ha trocado en endemia. En una de esas reuniones y aunque parezca pretencioso el decirlo, uno de los colegas cubanos dijo que la neuro-oftalmología cubana se dividía en dos períodos, antes y después de las visitas docentes del doctor Muci. A pedido de su Señor, hice mi último viaje a Cuba. Guiados de mi mano, les dí todo cuanto sabía, mis diapositivas fueron copiadas y mis charlas videograbadas. No pedí nada a cambio. Me ofrecieron mucho, todo quedó en el olvido. No recuerdo haber recibido una simple esquela de agradecimiento. Regresé con la satisfacción del deber cumplido y un rictus de dolor al recordar la mirada famélica de mis colegas: Hambre biológica, hambre de libertad, pero también hambre intelectual al carecer de los instrumentos básicos para adquirir conocimientos: Libros y revistas científicas.

Pude ver dos clases de médicos en Cuba. Unos, los “*olvidados*”, los miserables, a lo peor, distanciados del Partido Comunista, que ocupaban los bajos escaños de la

pirámide médica sin esperanzas de ascender. Esos no estuvieron en mis clases. Los “favoritos” estaban allí, por invitación oficial. En mi Universidad asisten a mis cursos, en LIBERTAD, por libre albedrío, quienes así lo desean, sean médicos, estudiantes y aún, de otras profesiones. Los otros, que llamaré de la “*nomenklatura*”, los ubicados en el vértice, tenían acceso a la escasa tecnología y eran dueños de los libros, es decir, tenían el poder que da el conocimiento. Esos privilegiados de su sistema, tienen acceso a los banquetes, viajan con dólares al exterior, olvidando tal vez, aquellos pobres colegas que quedaron en casa. La sociedad cubana es una sociedad triste donde se habla calladito para no ser oído por el estado policial, donde se asciende siendo fiel y denunciando, en fin, trepando sobre las cabezas de los otros. La medicina de vanguardia que dicen tener apoyados en una extraordinaria propaganda, es una triste farfolla. Los delineamientos de su “mar de la felicidad” ha encontrado eco en un gobierno antinacionalista, formado por una chusma precaria de talentos. Por ello, con la creatividad castrada y a un coste de 1,3 millones de dólares diarios, prefieren buscar “asesoría” y mandar enfermos a la Isla. Su estulticia y nulidad les impiden tomar medidas de contingencia para ayudar a tanto necesitado que clama en nuestros hospitales por la pronta resolución de sus problemas. Traer 1.500 profesionales de sus fábricas de médicos es un otro inaudito ejemplo de antinacionalismo, desnudez neuronal, un intolerable insulto, una incomprensible medida si se toma en cuenta el desempleo médico local. Las erradas políticas de salud no son culpa de los médicos; son competencia del Estado venezolano, falta de iniciativas y ahíto de incompetencia. Haciendo mío el eco de mis pacientes, yo reclamo ese dinero para todos los enfermos venezolanos que ya habían visto empeorar sus dolencias durante 40 años de apatía, pero que ahora están peor, desde que “el proceso” trata de rasarnos con ustedes, por lo bajo. Hay demasiados aspectos que mueven a dolor y vergüenza en la Isla de Cuba para que usted nos censure mediante cínicas declaraciones. Por favor, vuelva sus ojos hacia su propia realidad y mantenga su boca cerrada. Se puede engañar a alguien una vez, pero no a todos todo el tiempo”.

Diez años... una carta

Rafael Muci-Mendoza

El domingo 4 de marzo de 2001 dirigí por *El Universal*, una carta pública al embajador cubano. Su texto puede leerse fácilmente ingresando mi nombre en *Google*. Iluso, le exigía cesar la intervención cubana en nuestro país. La carta fue ampliamente publicitada y todavía es hora en que circula en paroxismos por la red. Le expresaba mi experiencia en Cuba cuando en 1993, había formado parte de una misión médica humanitaria de 11 integrantes de diversas especialidades médicas relacionadas con la neurología y la nutrición, que estudió, esclareció y dio nombre a una epidemia de ceguera que afectara a más de cincuenta mil personas: la “neuropatía epidémica cubana”, atribuida por militares ignaros que dirigían acciones contra la pestilencia a un virus llamado del “imperialismo”, adjetivo familiar a todos hoy día y fabricado en esas oprobiosas “mesas situacionales” donde se cuece una perversa alquimia de vicios políticos y ciudadanos contra la colectividad. Era básicamente una ceguera inducida por hambre y déficit vitamínico.

¿Por qué la dilación entre mi visita y la carta? A mi regreso dicté charlas acerca de aspectos médicos y sociales emparentados con el problema. Luego, viendo el inicio de la aviesa invasión a mi país, quise alertar sobre el peligro que se cernía sobre la patria.

Pocos se interesaron, me llamaron paranoide, no hubo compromiso ni acción, la posesión del país es ya un hecho y la ceguera virtual del venezolano una realidad. En lo que atañe a la medicina *nostra*, mucho mal ha hecho la misión cubana en connivencia con políticos y médicos que han vendido sus conciencias y la patria. Han profanado las bases de la enseñanza médica a la cabecera del enfermo y tratan de cambiar al sabio Vargas por el Che, paradigma de la sed de sangre.

rafael@muci.com

Publicado en el Diario El Universal, el martes 29 de marzo de 2011. Opinión 3:9

• Mi rol como "escritor"

Me avergüenza llamarme "escritor" pues bien sé que no lo soy. Pero, si es escritor quien escribe lo que le conmueve, entonces sí que lo soy... Y es que los médicos solemos ser compelidos, con mayor intensidad y frecuencia que otros profesionales por la comezón de contar los secretos de nuestras vidas... Es imposible ejercer una medicina eficaz que nos forme como médicos completos, si, al mismo tiempo que aprendemos las bases científicas y el ejercicio práctico del arte médico, no nos interesamos por todo lo atinente al ser humano, desde sus más bajos instintos hasta las más excelsas manifestaciones de su espíritu.

Iniciamos nuestra praxis en tercer año aprendiendo cómo recoger y escribir historias clínicas, inicialmente llenas de horrores ortográficos y mal empleo de la palabra escrita. Desde el inicio de nuestro entrenamiento la comunicación con nuestros pacientes es oral y escrita, aprendiendo cómo llevar al papel el recuento biográfico y cronológico de sus cuitas –muchas de ellas empleando las propias palabras con las que se expresó el paciente-; para ello, nos enseñaron a escuchar con atención el relato que el propio enfermo hace de su enfermedad y trasladarlo posteriormente al papel, por escrito, en forma de narración concisa, ordenada, precisa y clara. Un proceso, pues, muy semejante al de la creación literaria, concluyendo el relato con la interpretación científica-médica del mismo⁸. La introducción la llamamos "motivo de consulta" ¿Por qué viene?, a la cual le sigue la "enfermedad actual" o cuerpo del relato, entonces sumamos sus antecedentes patológicos familiares y personales, un recuento de situaciones conexas o no, que le están ocurriendo o han ocurrido en sus aparatos y sistemas, y para finalizar con el examen clínico sistemático. Arribamos entonces a la impresión diagnóstica, diagnóstico presuntivo o conclusión que reafirma el contenido anterior y las posibilidades de diagnósticos diferenciales. Con ello podemos diagnosticar hasta en un 60% de las veces Posteriormente con el auxilio de exámenes complementarios –si es que fueran necesarios- se tratará de llegar al diagnóstico positivo.

Siempre fui muy obsesivo con mis historias y mis apuntes: mis primeros hijos literarios. Para ello siempre he sido un residente viejo de primer año, no me importa rodar una silla de ruedas ni me espanta el trabajo, así que cuando hacía mi internado y estábamos

⁸ Al final de la historia clínica solemos escribir la **epicrisis** (del griego *επίκρίσις* = *posterior* y *κρίσις* = *apreciación, juicio*). Es el juicio clínico que se desprende de la observación completa de la enfermedad que sufre un paciente seguida cronológicamente desde sus inicios.

ingresando pacientes en la Emergencia, mis compañeros finalizaban primero que yo, y aduciendo cualquier excusa se iban diciéndome que me dejaban algunos enfermos. No me molestaba. Pensaba que era una ocasión para ver más enfermos y adquirir más experiencia pues posteriormente iban a diferentes servicios del Hospital, así que yo tenía la ocasión de confrontar mis impresiones, y aprender de mi cosecha de errores. Es un privilegio que un enfermo te preste su cuerpo, su intimidad y su vida misma para que aprendas. Nunca lo olvido y trato de retribuirle su confianza aliviándole. Y nunca me he fatigado de aprender, pues cada vez que aprendo algo y relleno un pozo de ignorancia, a su lado se abre un océano de insipiencia.

Desde mi llegada al Hospital, las historias de los pacientes hospitalizados las hacía a máquina adjuntándole un esquema del cuerpo humano donde dibujaba los elementos patológicos: ganglios, el bazo, el hígado...; además, utilizaba una estilográfica *Rapidograph* que llenaba con tinta china y nunca se borraba; mi letra era redondeada y legible con un cero arriba de la "i", y además, subrayaba con color azul o rojo aquellos elementos que pensaba eran de destacar, que fueran fácilmente identificados y que cautivaran la observación del lector.

Rememoro un comentario que me urticó mucho y que mis compañeros atribuyeron al Dr. Otto Lima Gómez, Jefe del Servicio de Medicina 3, donde hacía yo mi Internado Rotatorio; un día sábado en el yo estaba de guardia y que había cambiado con otro compañero para poder ir a visitar a mi novia Graciela en Valencia, en son de crítica burlona dijo,

-“¡Esa novia de Muci debe ser una subrayada con tinta de color!” Bueno, mi admiración por él, permitió pasar por alto el comentario...

Un día en que distribuían los seminarios a ser presentados y escritos por los internos y residentes del Servicio, tuve que ausentarme a la Sala 7 de donde fui llamado por una enfermera; al regresar todos habían escogido sus temas y me habían dejado a mi uno concerniente a Cisticercosis Cerebral⁹, exótico tema que ni ellos ni yo hubiéramos deseado en suerte. Nada, había que hacerlo y bien hecho. La biblioteca de mi Hospital siempre pobrecita, no me ofrecía información alguna, así que me fui al Instituto de Medicina Experimental de la UCV y luego al IVIC un fin de semana. ¡Sorpresa! No se había escrito mucho que no perteneciera al ámbito de la medicina veterinaria. Buscando aquí y allá, hice el trabajo y resultó ser un tema sumamente interesante.

Mi compañero Doctor Armando Díaz Lovera que dirigía en el Hospital Periférico de Catia una revista médica llamada “Boletín”, me pidió alguna colaboración. Se la envié y allí se publicó mi primer “trabajo científico” (1964;3:13-23). A partir de entonces, me quedó por dentro una espinita irritativa que me compelió a investigar más sobre la condición. Un día me decidí llevar mi pesquisa a cabo y subí al Servicio de Anatomía Patológica para pedir me autorizaran a investigar en los protocolos de autopsia aquellos casos que hubieran sido diagnosticados como cisticercosis cerebral. Me entrevisté con un adjunto, por cierto muy descortés, pesado y malasangre, que al exponerle mi idea me respondió,

-“A ver Muci, ¿Cuántas de esas autopsias has hecho tu personalmente para tomarte ese derecho...?” Ante el desplante me quedé en el sitio y literalmente, me fui con el rabo entre las piernas. Me dije no obstante, que ocurriría a una instancia superior. Pedí

⁹ La cisticercosis humana, una zoonosis -estado morboso producido por la infección o infestación de un animal parásito-, está producida por la infestación de los tejidos por los cisticercos de la llamada solitaria o *Taenia solium*, capaz de localizarse en diversos órganos especialmente el cerebro y los músculos.

una entrevista con el Jefe del Servicio, el Doctor Blas Bruni Celli, quien sin pensarlo mucho me dijo,

-“Muci, para eso son los protocolos de autopsia, para que sirvan para algo, revíselos y escriba su artículo. No necesita mencionarme en el trabajo”.

La investigación fue realizada con el auxilio de una residente que iría a buscar historias de algunos pacientes en otros hospitales; el artículo fue escrito y publicado en Archivos del Hospital Vargas (1968;10:161-208). Permanece todavía como una cita obligada tanto en Venezuela, como en países latinoamericanos donde la parasitosis es endémica. Al final del artículo le agradecí tanto a al Doctor Bruni como a quien me había negado inicialmente el acceso a la información (Figura).

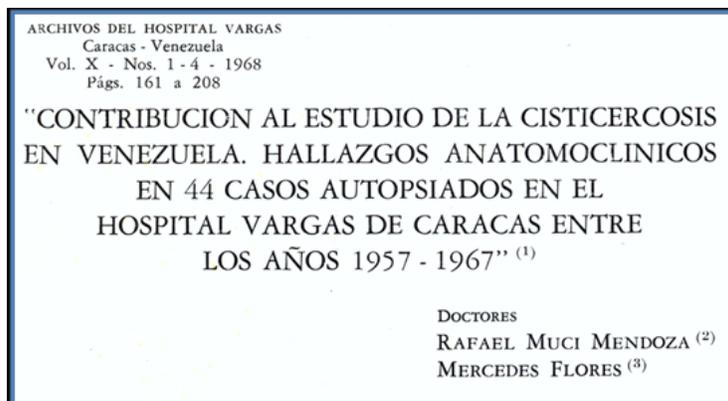


Figura. Mi primer trabajo científico en serio... Me acompañó una alumna que me ayudó a recopilar la información.

Luego continué escribiendo temas médicos científicos tanto en Venezuela como en revistas internacionales. Periódicamente enviaba artículos a la prensa, especialmente al Diario El Nacional, casi todos referentes a las carencias de mi Hospital Vargas. Un día de 1988, recibí una llamada de la redacción del desaparecido Diario de Caracas, donde se me pedía colaboración para un segmento dominical llamado “El Especialista Invitado” de la Revista Magazine insertada en dicho periódico. Cuando inquirí acerca del por qué yo, se me dijo que había sido recomendado por el Doctor Augusto León de la Academia Nacional de Medicina en la certeza de que lo haría muy bien. Lo recibí con el orgullo del alumno a quien su maestro le reconoce un don. Allí escribí hasta que la revista desapareció. Posteriormente, por pedido del Dr. Andrés Mata Osorio, director del Diario El Universal de Caracas y ocasional compañero de trote, comencé a escribir una columna semanal sabatina para la comunidad, que, empleando la más hermosa frase de la escuela hipocrática llamé, “*Primum non nocere*. Primero no hacer daño”.



Figura. Con motivo de la publicación de mi libro, *Primum non nocere* su verdadero creador, el Dr. Mario Blanco García fue tan amable en escribir este texto.

En el camino tuve algunos inconvenientes por modificaciones en los textos que escribía, ello motivó a mi retiro transitorio y a comunicarlo a mis lectores. El *impasse* se superó a mi favor, cuando el Doctor Mata me visitó en mi casa pidiéndome que no me retirara. Continué escribiendo y mi columna fue pasada a los días domingo. Recibí entonces un espaldarazo moral del escritor Ibsen Martínez quien me envió esta hermosa carta:

“Caracas, 18 de agosto de 1992.

Admirado y leído doctor Muci Mendoza:

Soy asiduo lector de su columna –cuya pasajera desaparición lo condujo a Ud. a hacer del dominio público su número de fax, del cual hoy me sirvo- y juzgo, por mi propio oficio de escritor, que nunca sobra un gesto o palabra de aliento. Ello acaso justifique el atrevimiento de hacerle llegar esta comunicación.

Percibo en su columna algo que va más allá de la intención divulgadora y que me atrevo a llamar “*perplejidad fecunda*” ante el fenómeno humano; el tono con que suele Ud. compartir las paradojas que el escrutinio médico le

ha propuesto a lo largo de su ejercicio profesional es, quizá, lo mejor que sabemos agradecer los escépticos como yo al leer su pieza dominical. Eso, y el buen decir, la vena de humor que recorre su trabajo y la bonhomía personal que su personal visión de las cosas deja ver, son rasgos que remiten a esa noción del médico como mejorador social que alguna vez alentó entre nosotros. No dudo que, algún día, muy pronto, me sea dado estrechar su mano. Entre tanto, me suscribo cordialmente,
Ibsen Martínez”

Una compilación de esos artículos escritos en un período de cinco años, fue realizada por mi dilecto exalumno el Doctor Mario Blanco García y su gentil esposa Zomaira, quienes bondadosamente digitalizaron el material y lo transformaron en un libro de 998 páginas, contentivas de 208 artículos de tres cuartillas cada uno. El libro fue bautizado con el nombre de, “*Primum non nocere*, Primero no hacer daño. Vivencias de un médico del Hospital Vargas de Caracas” (2004). El Doctor Claudio Gibbon, también exalumno a la sazón Presidente de la Asociación Médica “Doctor Santiago Salcedo Bastardo” de la Clínica El Ávila de Caracas, amablemente me aupó y ayudó para que su publicación fuera financiada por la institución. Los artículos llevaban curiosos títulos que sugerían el diagnóstico del paciente, con nombres ficticios que reforzaban aún más el mensaje¹⁰, escritos con un toque de humorada o de profundo llamado a la reflexión.

Cuando apenas se insinuaba la nube negra del chavo-comunismo involutivo y la intromisión cubana que luego se aposentaron sobre nuestra patria, percibí el peligro y sentí la obligación de denunciar lo que en un viaje a Cuba en 1991 y luego en dos adicionales en 1993, formando parte integrante de una misión multidisciplinaria designada por la OMS/OPS¹¹ para investigar las causas de un problema médico para entonces tenido como insoluble y que se designó luego como “Neuropatía Epidémica Cubana”, una condición que producía síntomas neurológicos diversos y estaba arrebatando la visión a cerca de cincuenta mil isleños y que era vendida a la población como producto de un atropello norteamericano, a través de la Agencia Central de Inteligencia, CIA, acusándoles de haber sembrado el llamado “virus del imperio” o “el virus gringo”, y que en síntesis resultó ser debida a la severa reducción del aporte de

¹⁰ Por ejemplo, “La voz imitativa de Hipólito Guiñaposo” para referirnos a un paciente miserable con un hipo iterativo y sonoro producido por absceso hepático amebiano, o “El axioma de la melena espuria o los apuros del Conde Drácula...Tragicomedia en cinco in-humanos actos”, donde relato las vicisitudes del infame Conde abandonado a la técnica médica abusiva y mal conducida.

¹¹ El domingo 16 de mayo arribé a La Habana, Cuba como parte de la Misión Científica organizada OMS/OPS liderada por el Dr. Guillermo Llanos, epidemiólogo de la OPS en Washington; el Dr. Juan Carlos Silva, Director del Programa de Prevención de la Ceguera para las Américas; el Dr. Gustavo Román, Director de Neuro-Epidemiología del Instituto de Enfermedades Neurológicas de los Institutos Nacionales de Salud de USA (NIH); el Dr. Benjamín Caballero, Director de la División de Nutrición Humana de la Escuela Johns Hopkins en Baltimore; los virólogos doctores Carleton Gajdusek – Premio Nobel de Medicina 1976 -, David Asher y Paul Brown todos del NIH en Bethesda, Maryland; el Dr. Peter Spencer neurotoxicólogo de la Universidad de Oregon, Portland; el oftalmólogo Dr. James Martone de Orbis, el neuro-oftalmólogo norteamericano, Profesor de Oftalmología y Neurocirugía del Stella Doheny Eye Center, Los Angeles. USA, Dr. Alfredo Sadun y mi persona, del Hospital Vargas de Caracas ¡A mucha honra...!

proteínas y vitaminas, en fin, hambre a la población como efecto del "Período Especial"¹².

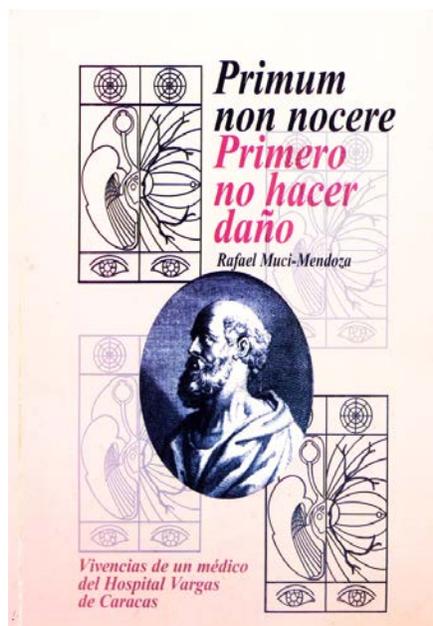


Figura. Portada de mi libro "Primum non nocere, Primero no hacer daño. Vivencias de un médico del Hospital Vargas de Caracas" (2004), 998 páginas, 208 artículos.

Algunos años más tarde, quise alertar acerca del riesgo que representaba la dictadura comunista que avizoraba se gestaba en nuestro país, y que comenzaba con un ataque inclemente hacia la clase médica venezolana haciéndola ver como desprendida, insensible al dolor humano y proclive al enriquecimiento a ultranza. Conociendo al enemigo desde adentro, habiendo visto los sufrimientos del pueblo cubano y la esclavitud a que estaban y están sometidos la población en general y especialmente sus médicos, con poco o ningún acceso a la cultura médica a menos que estuvieran cerca al comité central del partido comunista lo que les permitía acceso a alguna libros; fue así como en 2001 escribí por el Diario El Universal de Caracas una carta abierta dirigida al Embajador Cubano¹³ que circuló ampliamente por la Internet y que aún hoy día circula, transformándose, si se quiere, en emblema de resistencia ciudadana ante la

¹² El período especial en Cuba fue un largo lapso de crisis económica que comenzó en 1991 tras el colapso de la Unión Soviética y donde se redujo al máximo el consumo de nutrientes en la población al tiempo que la población incrementaba el gasto de calorías. Dos trabajos científicos publiqué en la Gaceta Médica de Caracas; en ellos se narran en detalle la situación de la Cuba de entonces y aspectos científicos de la epidemia (Parte I, 2001;109(2):270-275 y Parte II, 2002; 110(2):188-193).

¹³ El Universal de Caracas, 04 de marzo de 2001. "Carta abierta de un médico venezolano al embajador cubano en Venezuela. Al día siguiente, 05 de marzo, recibí un correo electrónico de apoyo de de la corporación Médicos Sin Fronteras iniciado como sigue, "I doubt that you can even only reach a Cuban ambassador in his personal opinion on this topic: because he is not allowed to have one!..." y finalizando, "Hoping the best – expecting the worst for Venezuela a country that once was known for a genuine, sovereign example of a modern society where many –although not everyone– had access to health and wealth".

intromisión extranjera. Desde entonces han permitido mis frecuentes colaboraciones en el citado diario, al igual que algunas esporádicas en el Diario TalCual, que al día de hoy suman un total de 177 artículos de 1800 caracteres cada uno en el primero, y 2300 caracteres en el segundo. Debo sinceramente manifestar que esta actividad nunca ha sido de mi agrado pues nunca había incursionado en la política, pero lo he asumido como un compromiso, considerando que la denuncia de lo que ocurre a nuestro gremio y en hospitales públicos, especialmente en el Hospital Vargas de Caracas, es un deber patriótico.

Mi actividad productiva en la Academia Nacional de Medicina ha sido febril y hasta donde las circunstancias me lo han permitido, he presentado múltiples "Perlas de Observación Clínica", corto segmento creado por mí que combina con el tema científico-médico a presentar y acrisolados, aspectos filosóficos, de contenido social o naturalista; y además, trabajos científicos muchos de ellos, producto de revisiones de casos clínicos con el apoyo de mis alumnos. Ha sido también una forma de introducirlos a ellos en el campo de la escritura médica, pero debo confesar que sólo muy pocos se han sentido motivados a escribir y comunicar...

Pero podría uno preguntarse, ¿Por qué la lista de médicos escritores en tan vasta? ¿De dónde proviene esa vena de escritor que nos posee a muchos médicos? ¿Por qué escribimos tanto? ¿Por qué nos sentimos compelidos a poner en palabras los dramas y alegrías que nos depara nuestro trabajo? Don Pedro Laín Entralgo (1908-2001), médico, historiador, ensayista y filósofo español intentaba una explicación al escribir en 1973: "Por mi parte, y aún sabiendo que mi idea no pasa de ser una provisional hipótesis de trabajo, me atrevo a pensar que los móviles del médico-novelistas español pueden tipificarse mediante la siguiente serie de propósitos: evasión (la del médico que hace literatura, como podría pintar o cazar, para olvidarse de partos y sajaduras); ilustración (la de quienes pretenden enseñar al vulgo, y lucirse de paso en la suerte [...]); utopía (la de aquellos adelantados de la actualísima ciencia-ficción [...]); denuncia (la de quienes, a la vista de la injusticia política y social que con tan dramático relieve muestra a veces la enfermedad, pintan con crudas tintas la áspera realidad humana que les rodea); y redención (el propósito de los que enderezan su denuncia o protesta al logro [...] de un mundo en cuyo seno imperen la justicia y el amor) ."

Y es que el contenido de nuestras vidas está teñido de accidentes dramáticos en medio de un ambiente melancólico de angustias y emociones como son los linderos del tema de la muerte, el sufrimiento, la injusticia y el dolor; y así, la afición a escribir es lógica consecuencia del rico repertorio por donde el clínico pasea su día a día, pues aunque somos espectadores de la vida como otros, vemos en un plano distinto, pues tenemos más ocasiones de presenciar el lado dramático del existir y necesitamos además expresarnos ante la injusticia como reacción compensadora y saludable.

También he dedicado espacio y tiempo a recordar y enaltecer la memoria de mis maestros de medicina con motivo de su desaparición, y así, Estela Hernández mi profesora de Clínica Médica de 5º y 6º año; Gilberto Morales Rojas, distinguido cardiólogo; Enrique Benaím Pinto, preclaro internista; Augusto León sembrador de un camino oftalmológico en mi persona y eximio propulsor de la bioética en el país; Rafael Hernández Rodríguez "Bambarito" recordado profesor de patología médica famoso por sus diagnósticos de filigrana; Félix Pifano Capdevielle, orientador de juventudes médicas y fundador de la Medicina Tropical en nuestro medio; Rafael Cordero Moreno, hombre bueno e insigne oftalmólogo, responsable de mi especialización en neuro-oftalmología. Igualmente he publicado o enviado escritos en defensa de colegas y amigos injustamente tratados, doctores Rafael Cortez Hernández, Emely Karam, Juan Schulz, Romy Pagés.

- **De mis crespos a mis barbas...**

Pero es que la cosa no se queda ahí... a mí como que siempre me han perseguido las pelambres. La fotografía que me tomó a los tres años el paisano y fotógrafo José Yevara, firmada en árabe y en español, siempre fue para mí motivo de no disimulada vergüenza. Sentadito de crespos de pelo catire, con las piernas cruzadas, mi trajecito de terciopelo rojo con botones en interrumpida hilera, mi cuello y mangas de carpeta, que eran motivo de sorna por parte de mis hermanos; de eso sí que me acuerdo... No eran los tiempos del conductor de orquestas Dudamel ni del exministro Genatios en que los hombres visten rulos, eran costumbres pueblerinas donde se dejaba el cabello largo a los niños para librarlos de qué se yo cual conjuro, para la buena suerte, o para que creciera fuerte, o para nunca se quedara calvo, y quizá en mi caso, como una promesa de por haberme permitido aflorar a la vida.

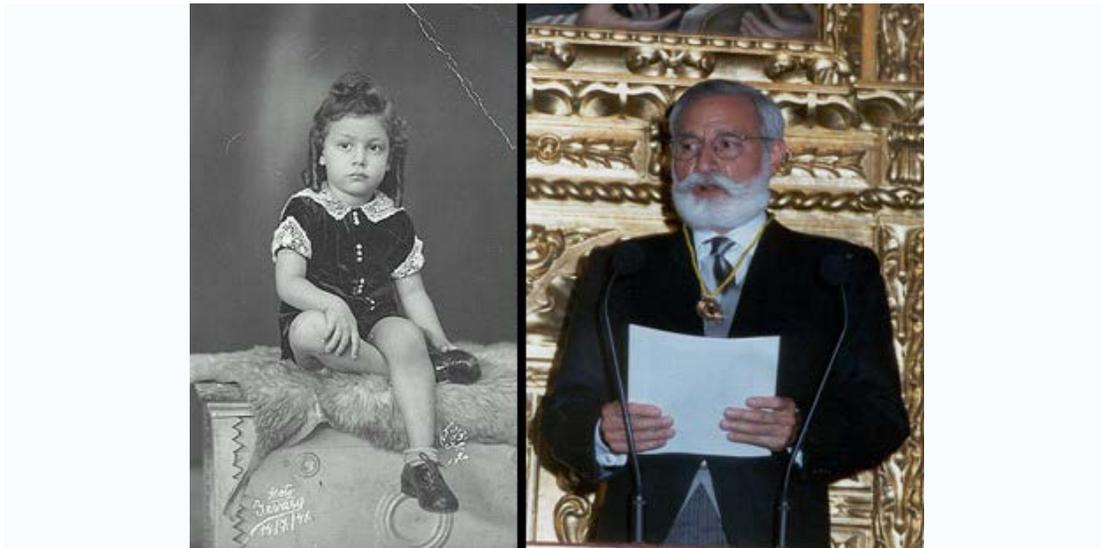


Figura. Mirando al niño de cara angelical sesenta años después... Del estudio de José Yevara en 1941 al púlpito de Santo Tomás del Paraninfo del Palacio de las Academias en 2001, en ocasión de mi recepción como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina

Sobre un baúl cubierto por un peludo cuero, quién sabe de qué animal, muestro una cara serena, tranquila y obediente; pero, además ese preciso día, el 14 de julio de 1941 -lo supe al mirar dentro de la caja contentiva de sus restos-, significó el de la liberación de la agonía del peinado de mis rulos –no muy masculinos que se dijera pensaba entonces- pues fue el día en que mi mamá me los cortó.



Figura . En una cajita de Jabón Bohemia, mis rizos de cabello claro (mi papá me llamaba "El Catire"). Mi madre se los regaló a Graciela el día de nuestra boda (en la tapa se lee, "rizos del niño Rafael Muci" y la fecha).

Siempre le recriminé por dejármelos, pero mi necesidad no era tomada en cuenta por ella, me decía que en su llano nativo era costumbre que los niños llevaran crespos y que no era que ella se hubiera empeñado en mariconearme como yo decía, pues ya tenía tres hijas hembras y otros de mis hermanos mayores también habían lucido la moda de los niños de la época... Quería ella dejarme un recuerdo para mí y para mis hijos y nietos, así que los acomodó amorosamente en una caja de Jabón Bohemia y entre los aromas que aún emanaban, los mantuvo celosamente guardados.

El día en que me casé, virtualmente se desprendió de mí y con orgullo me entregó y se los entregó definitivamente a Graciela...

"La barba es la hermosura de la cara,
y la esposa, es la alegría del corazón del hombre"
R' Akiva, Eicha Rabbah

"A man without a mustache is like a cup of tea without sugar."

"Kissing a man without a mustache is like eating an egg without salt"

El otro asunto es la barba que llevo... A lo largo de los tiempos, la barba o perilla, ha tenido mucha importancia en diferentes culturas, sobre todo en el pasado¹⁴. El pelo de la barba crece a razón de 125 a 150 mm por año y se ha calculado que un hombre puede invertir a lo largo de su vida, un promedio de tres mil horas afeitándose. Los egipcios se rasuraban la cabeza y la barba. Para los celtas era un signo de virilidad y libertad, y por tanto, los esclavos eran obligados a recortársela; los pueblos germánicos

¹⁴ Wikipedia. Available from: URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Barba>. Accessed August 18, 2011.

también la tenían en alta estima. Los griegos y romanos adoptaron la costumbre hacia el año 330 a.C. durante el reinado de Alejandro El Grande, rey macedonio. Durante el Imperio Romano, una sociedad militarista, surgió el afeitado como necesidad. Por ser un pueblo guerrero, los soldados eran obligados a rasurarse para evitar que en los combates de cuerpo a cuerpo, el enemigo tirara de ellas durante las batallas¹⁵. Se incitaba entonces a los soldados a afeitarse como una medida defensiva.

En la Edad Media, los germanos invadieron los antiguos territorios romanos, y la barba volvió a la moda. Posteriormente varió con los tiempos, en el siglo XVI era muy frecuente ver hombres barbados. A medida que el afeitado se expandió por todo el mundo, los hombres de sociedades barbadas fueron llamados “bárbaros”. En los siglos XVII y XVIII el péndulo de la moda viró hacia el afeitado. Ya en el siglo XIX muchos volvieron a dejar de rasurarse, pero la gran mayoría sólo lucía un bigote. El siglo XX trajo el fin al formalismo de afeitarse. Hoy día, normalmente los varones occidentales se afeitan toda o parcialmente la barba y hasta se permiten un sexy “medio afeitado” que antes era el signo de un día de guardia, insomnio y falta de baño, o una evidencia de descuido o suciedad. La práctica del afeitado de piernas y axilas en la mujer vino tiempo después y ahora artistas y deportistas masculinos también se afeitan el cuerpo...

En épocas remotas el hombre utilizaba rudimentarias formas de afeitarse con pedernales, conchas de caracoles; luego experimentó con cuchillas de bronce, cobre y hojillas de hierro. ¡Había pues que ser muy macho para aceptar el suplicio de afeitarse! En más reciente épocas, se empleó la afeitadora recta de acero, llamada por razones obvias la “corta cuellos”, que debía ser amolada por el dueño o por el barbero con una correa de cuero que pendía de la silla de afeitar o con una piedra de amolar; estas “armas” requerían considerable experticia para evitar una herida seria. En mi casa mi padre tenía una piedra de amolar que aún conservo y que muestra el desgaste de decenios de fricción.

En 1895 después de varios años de considerar y rechazar posibles inventos, King C. Gillette mientras se afeitaba una mañana tuvo repentinamente la brillante idea; una hojilla completamente nueva segura, barata y desechable¹⁶. El 15 de noviembre de 1904 con la patente #775-134 le fue garantizada a Gillette la patente por una afeitadora

¹⁵ Hace muchos años, durante un congreso nacional de oftalmología en Mérida, visité junto con mi esposa y otros asistentes, el Mercado Municipal de la Ciudad. Un sitio muy pintoresco y atiborrado de gente sin casi espacio para caminar. En medio del gentío, me topé de frente con un hombre del pueblo de sombrero de cogollo ruñido, anciano él, de rala barba y de muy baja estatura. Me miró fijamente desde abajo y llevando raudamente sus manos hacia mi barba, la asió fuertemente y trató de desprenderla al tiempo que gritaba ¡Es de verdad, es de verdad...! No supe que hacer... si llorar del dolor o festejar, como luego lo hice, la dolorosa ocurrencia del viejito.

¹⁶ Available from: URL: http://www.moderngent.com/history_of_shaving/history_of_shaving.php. Accessed August 18, 2011

“segura”. El éxito puede juzgarse por el popular nombre de Gillette (*yilet*) con que se designa hoy día cualquier afeitadora.

La *Gillette Safety Razor Company* se transformó en la acaparadora de los primeros clientes. El fin de la Segunda Guerra Mundial conspiró para popularizar el vello facial corto y el afeitado limpio como único estilo aceptable para las venideras décadas. En las películas americanas se observa desde hace mucho tiempo que existe una estrecha y coherente correlación entre el vello facial y la función del actor; aquel que tiene la barba más poblada, es más probable que sea el antagonista, en tanto que la luce más más lampiña el protagonista. En años recientes, ha ocurrido todo lo contrario. Por cierto viene a mi mente la imagen de mi padre rasurándose frente al espejo del baño. Primero con una navaja de barbero, luego con su máquina *Gillette* desarmable. Usaba una brocha de pelo de camello, y luego de empaparla con jabón *Yardley* que venía en una taza de color crema y distribuirla con fruición por todo el rostro y cuello, pasaba la hojilla por su cara en diferentes direcciones, una y otra vez, comprobando a cada momento con sus dedos, si quedaban cañones que debieran ser eliminados, así que la piel le quedara totalmente lisa. No era infrecuente ver su piel brillante con un rocío de gotitas de sangre. Luego, cuando me acercaba a besarlo, podía apreciar la tersura de su cutis, muy liso y sin arrugas. Yo adopté el mismo sistema. Me afeitaba antes del baño procurando que la piel quedara totalmente rasa y tersa. Luego, al introducirme en la ducha, el ardor que sentía era terrible pero desaparecía a los pocos momentos del enjabonado. Cuando salió al mercado la hojilla llamada “*Sensor Excel®*” (1995) más que nunca comprendí y celebré los progresos de la tecnología y disfruté la afeitada como una actividad placentera y segura. A pesar de pasar la navaja una y otra vez por la piel, por rareza ocurre una cortadura y el ardor posterior es escaso.

Recuerdo que en una ocasión en 1978, el William F. Hoyt M.D., profesor emérito de la Universidad de California, San Francisco, mi mentor norteamericano en neuro-oftalmología, en mi propia cara y mirándome fijamente a los ojos, me espetó que su mentor Frank B. Walsh, M.D. padre de la neuro-oftalmología norteamericana, le había dicho que desconfiara de los hombres con barba... Un comentario agudo, directo y no muy apropiado para alguien de 40 años, medio paranoide, que tan lejos del lar nativo comenzaba a dar pinitos en la especialidad en medio de dificultades de idioma y tanto saber desconocido. Creo que el tiempo le demostró que no solamente había sido una persona confiable, sino que también mi lealtad y amistad han permanecido inquebrantables hasta el presente hacia quien propició un cambio radical no sólo en mi vida, sino en la de Graciela mi compañera y mis tres hijos...

Muchas veces me preguntan que desde cuándo uso barba y por qué, y cuánto tiempo me toma arreglarla. No lo sé, no lo recuerdo; si sé que cuando mi hija Chelita, hoy de 39 años, tenía unos 3 años, me introducía su dedito índice a través de la barba a la altura del mentón y me preguntaba qué si yo era como todos los demás... ¿Por qué la uso? Tampoco lo sé; soy aferrado a las rutinas y creo que si me la afeito o la pierdo, ni yo mismo me reconocería.

Mi mamá siempre me decía,

-“¡ Rafael, quítate esa barba mijo que te ves como un anciano...!” Yo le respondía que no me importaba y que no tenía pensado quitármela nunca y que además, de pequeño en mi casa precisamente ella me llamaba el “viejo baja” sin que tampoco supiera el por qué ni su significado, de manera tal que ya desde siempre estaba acostumbrado a que me llamaran viejo.

En su momento el doctor Enrique Tejera Guevara, “el Sabio Tejera” (1899-1980) investigador venezolano, fundador del Instituto de Medicina Tropical y mordaz en sus respuestas¹⁷, dijo,

-“Hago del cuidado de ella un matutino ritual. No es posible que se lleve una barba lampiña, descuidada o ruinosa”- . Además, recuerdo haberle oído responder por la radio a un periodista una vez que le hacía un comentario sobre lo bien cuidada que tenía su barba... Él le dijo con desenfado más o menos así,

-“La barba es como un jardín. No tiene sentido tenerlo si no se cuida con esmero y dedicación. Yo nunca tendría una barba nauseabunda como la que deslució mi amigo el doctor Bartolomé Milá de la Roca...”

Este último fue mi severo profesor de Bioquímica en primer año de medicina, y recordando, pienso que el Dr. Tejera tenía razón... Se dice que él mismo se preparaba un menjunje con el cual se fijaba su deshinchada y desaliñada barba...

¹⁷ En el Diario El Carabobeño de Valencia (16.06.2002) se da cuenta de una anécdota a él atribuida, “En una recepción diplomática, una encofetada dama acosó a Tejera, casi octogenario y le espetó, adulate,

“¡ Ayy doctor Tejera! ¿Cómo hace usted para verse tan bello? Y continuaba ya francamente molesta, ¿Cuál es su secreto? ¿Por qué no me da la receta? Cansado ya de tan estúpidas lisonjerías exclamó, ¡Mijita hay que tirar, hay que tirar...!

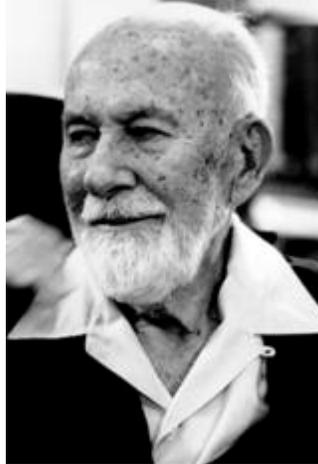


Figura . Dr. Enrique Tejera Guevara (1889-1980), su mordacidad era un sello de su carácter...

Con relación al tiempo que le dedico en arreglarla, siempre respondo que el necesario... No obstante, el otro día le dije a uno que hizo la pregunta que tal vez unos 15 minutos y sólo una vez al día. Pues bien, tratando de contestar más exactamente tomé mi cronómetro de trotar para cuantificar el tiempo: Entre 8 y 10 minutos. Primero la peino en varios sentidos y luego uso una laca suave y transparente para fijarla. Debo confesar que el cambio a través del tiempo se lo debo a los comentarios y sugerencias que me hace mi esposa Graciela. Inicialmente me aplicaba crema dental verde en los bigotes para mantenerlos fijos como manubrios de una bicicleta; ante los ojos de los demás aparecían entonces como oxidados. Luego utilicé una cera especial para bigotes (*Clubman*®) que compraba en USA, y al final cambié por la laca transparente. En general no me la afeito y sólo corto los sobrantes... Nunca he permitido que ni Graciela ni Nino, mi barbero de toda la vida me la arregle. Es cosa sumamente privada...

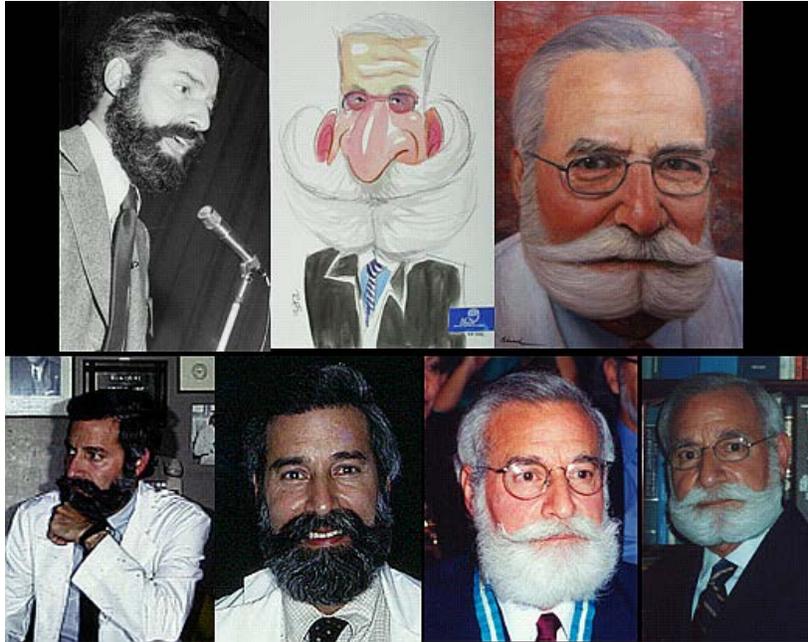


Figura . Mi barba y su evolución con los avatares del tiempo.

- **El mal de zarambomba...**

Existe una categoría de enfermedades, mal comprendidas y por tanto, difíciles de curar, que parecen tener más que ver con la estructura mental del sujeto que con la temida espasmodia larvada, *larvata* o enmascarada; una de ellas, bautizada por mi hija menor cuando todavía era muy niña y le pidieron en su colegio que describiera una enfermedad común, designó como el "*mal de zarambomba*" a la afección que en cuestión, afecta sujetos de cualquier sexo, por lo general modosos y sensibles, sin respetar niños o adolescentes, y está constituida por un aglomerado heterogéneo de síntomas y signos neurovegetativos que incluye, deseos de llorar sin tener por qué, hambre episódica que se desvanece luego de comer, alternancia de pies calientes y manos frías, sudor perlino en el labio superior, un parpadeo momentáneo y sin objeto llamado de Williams por algunos entendidos, en el que los ojos se entornan y dejan lo blanco al descubierto, jipidos respiratorios en sucesión que finalizan en breve sollozo sin lágrimas, mohín nasal, subida repetitiva de cejas y erizamiento piloso paroxístico.

Connotados autores discuten si el mal tiene alguna parentela con el llamado "mal de alferecía" o "fiebre de lombrices" cuyos síntomas de amoratamiento de uñas, labios y párpados, así como crisis convulsivas, se emparentan con la enfermedad del susto, y a los malos aires, estos últimos de calidad fría o caliente, o bien, de carácter natural o sobrenatural. Se dice que los aires, en su calidad de agentes causales, penetran en forma brusca en el cuerpo del niño o adolescente por algún orificio natural, o son transmitidos por otra persona o animal. Y Más aterrador aún, la alferecía puede ser causada a la criatura por un aire mefítico del tipo del "mal de ojo".

El Maestro Rafael Hernández Rodríguez, nuestro profesor de Patología Médica, en su libro "Páginas de Clínica Médica (primera serie)"¹⁸ comentaba acerca del peregrino estado de coma de una adolescente de 16 años natural de Sarare (Edo Lara), hospitalizada en la Sala 13 del Hospital Vargas el 22 de febrero de 1938, y cuya patética condición terminó en crisis al "expulsar en los vómitos áscaris"¹⁹ abundantes que presentaban una movilidad de serpiente embravecida, saliendo algunos por las fosas nasales". Transcurridos cuatro días de la migración ascaridiana, la paciente se recuperó satisfactoriamente. Con poética prosa remata, "Era como una protesta del áscaris rústico contra la capital".

¹⁸ "Páginas de Clínica Médica. Primera Serie". Diagnóstico práctico de los comas. 1938. Caracas. Editorial Élite p. 88y 89.

¹⁹ La ascariasis o vulgar lombriz (¿quién no ha expulsado una?) es una enfermedad producida por un gusano parásito llamado *Ascaris lumbricoides*, que se aloja en el intestino delgado del hospedero.

Aún se discute si mentado el parpadeo de Williams forma parte de la condición o tiene suficiente categoría intrínseca como para constituir una entidad diferente.

No se me había ocurrido que la medicina no-tradicional o alternativa pudiera también ofrecer un alivio a estos incomprendidos quejosos; en cualquier caso, baños de pies, píldoras de vida del Dr. Ross, cataplasmas, aromas de sándalo, velones de ásperos perfumes, secreciones corporales –del tipo del baño de orina en ayunas- y hasta despojos y sahumeros, pueden ofrecer calma al afectado.

- **La parábola de los seis ciegos y el elefante, o la esencia de la medicina interna**

La medicina, como alguna vez la conocimos y adherimos a nuestro corazón, era un llamado al cual nos volcamos orgullosos... Ahora es hecha pedazos frente a nuestros mismos ojos. Se ha transformado en un gran negocio en el cual el dominio de la anamnesis o diálogo diagnóstico y las técnicas semiológicas de cabecera ya no son vistas con aprecio y admiración, e inclusive, parecieran ser indignas de ser enseñadas. A la par, han surgido organizaciones de salud que fuerzan a los médicos a atender a un máximo número de pacientes, en un mínimo número de minutos, por el menor número de bolívares.

Cuando leí la fábula que a continuación les ofrezco, me pareció que se ajustaba muy bien a la atomización o desmembramiento de la medicina moderna de manos de sus cultores –nosotros, los médicos-.

Los ciegos y el elefante

John Godfrey Saxe (1816-1887)

(Fábula indostánica. Versión libre)

Cuentan que en el Indostán,
determinaron seis ciegos
estudiar al elefante,
animal que nunca vieron.
(Ver no podían, es claro;
pero sí juzgar, dijeron)

El primero se acercó
al elefante, que en pie
se hallaba. Tocó su flanco
alto y duro; palpó bien
y declaró: El elefante
es ¡igual que una pared!

El segundo, de un colmillo
tocó la punta aguzada,
y sin más dijo: ¡Es clarísimo!,
mi opinión ya está tomada:

Bien veo que el elefante
es ¡Lo mismo que una espada!

Toca la trompa el tercero,
y, en seguida, de esta suerte
habla a los otros: Es largo,
redondo, algo repelente...
¡El elefante - declara -
es ¡Una inmensa serpiente!

El cuarto, por una pata
trepas, osado y animoso;
¡Oh, qué enorme tronco! - exclama.
Y luego dice a los otros:
Amigos, el elefante
es ¡Como un árbol añoso!

El quinto toca una oreja
y exclama: ¡Vamos, amigos,
todos os equivocáis
en vuestros rotundos juicios!,
yo os digo que el elefante
es ¡Como un gran abanico!

El sexto, al fin, coge el rabo,
se agarra bien, por él trepa...
¡Vamos, vamos, compañeros;
ninguno en su juicio acierta!
El elefante es..., ¡Tocadlo!,
una soga... Sí, ¡Una cuerda!

Los ciegos del Indostán
disputan y se querellan;
cada uno está seguro
de haber hecho bien su prueba...
¡Cada uno tiene un poco
de razón... y todos yerran!

Moraleja:

Sucede así cada día
en bastantes discusiones;

quienes disputan, cada uno
 piensa justas sus razones.
 Discuten, juzgan, definen
 ¡lo que no vieron jamás!

Cuando los seis hombres ciegos de Indostán se acercaron al elefante de la fábula hindú, sus percepciones fueron tamizadas por el sitio desde donde palparon al animal. Sin duda, si tomamos la cola de la bestia podríamos pensar que es una cuerda, la oreja igualmente pudo ser confundida con un abanico, y la trompa, es muy parecida a una serpiente. La moraleja es que cada uno de los hombres perdió el cuadro total del animal.

La carrera de Dwight Ingle comprendió una época de rápido desarrollo de la endocrinología, a la cual contribuyó en gran proporción; su autobiografía *Went to See the Elephant* incluye una serie de aventuras exitosas estadísticamente improbables. El título proviene del poema de Saxe. “La ciencia está comprometida en mirar a algunas propiedades específicas de un sistema que es demasiado grande para ponerlo todo en perspectiva”

En el poema, cada ciego compara el elefante con algo diferente (costado=pared; colmillo=lanza; trompa=serpiente; pierna=árbol; oreja=abanico; cola=cuerda) porque cada uno asume que el elefante total es igual a la parte que él ha tocado, percibido o experimentado. Saxe acota, “cada cual estaba parcialmente en lo cierto”. Era fácil para cada ciego llegar a conclusiones basadas en una experiencia limitada y primeras impresiones. Saxe quiere decir a sus lectores que no asuman lo que es la verdad total porque sólo tienen una parte de esa verdad. No confiar en primeras impresiones para conocer lo que hay que conocer. Si compartimos nuestras perspectivas, podremos llegar a un más completo entendimiento de la verdad. Trabajar en conjunto es mucho más efectivo que hacerlo en solitario. La forma en que Saxe nos hace llegar el mensaje es infinitamente más memorable y convincente porque usa como vehículo su historia-metáfora-poema.

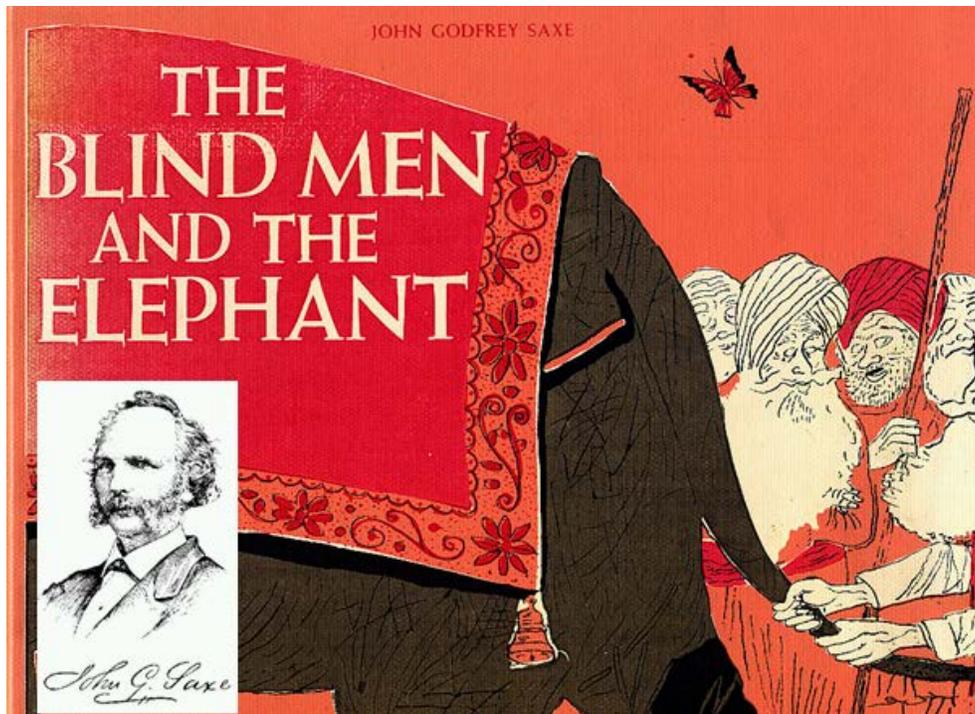


Figura. John Godfrey Saxe (1816-1887) y su libro...

La historia en cuestión parece tener su origen en la India; atribuyéndose a Jainistas, budistas, sufis o hindúes y ha sido usado por todos esos grupos. La versión mejor conocida es la atribuida a John Godfrey Saxe poeta del Siglo XIX. Buda emplea el símil del hombre ciego en el *Tittha sutta* in *Udana* (Canon Pali). El Buda religioso nepalí (nombre sánscrito Siddhartha Gautamá), emplea una fila de ciegos como ejemplo en *Canki sutta* para explicar los ciegos siguiendo un líder o cómo un antiguo texto va de generación en generación. En diversas versiones de la fábula, un grupo de personas ciegas tocan un parte diferente de un elefante, el costado o el colmillo. Luego comparan sus apreciaciones con los otros para encontrar que están... en completo desacuerdo. La historia es empleada para indicar que la realidad puede ser apreciada de manera diferente en dependencia de la perspectiva de cada quien, mostrando que la verdad absoluta puede ser relativa, el mundo ilusorio de las medias verdades. Existen versiones que son similares, variando primariamente en cómo las diferentes partes del elefante son descritas, cuán violento se transforma el conflicto y cómo se revuelve el conflicto entre hombres y sus perspectivas.

Las interpretaciones de situaciones de la vida y de la medicina, pueden estar limitadas por la calidad y certeza de los datos que recogemos. Por ello, se importante reconocer que, (1). Los científicos tienen sesgos que influyen su trabajo. (2). La experiencia

pasada puede afectar la interpretación de las observaciones, llegándose a conclusiones no científicas. (3). La ciencia no es certeza y está sujeta a cambios. (4). Cada quien ve la realidad diferente, dependiendo de las experiencias pasadas. (5). Pueden existir simultáneamente varias hipótesis sobre una misma realidad. (6). La observación de pequeñas partes de una realidad no siempre es igual a la realidad total que surge cuando todo es agregado conjuntamente. (7). Realizar observaciones consistentes utilizando las técnicas apropiadas puede conducir a obtener mejores conclusiones acerca del mundo natural. (8). El trabajo colaborativo conduce a un conocimiento más creíble.



Figura. La matriuska y los conocimientos contenidos unos dentro de otros...

Debe por tanto distinguirse observación de interpretación; que las observaciones de varios puede mejorar la exactitud de las mismas al contrastarla con la observación aislada e independiente. Se debe ser capaz de elaborar una lista acerca de cómo las experiencias particulares e independientes y los sesgos pueden influenciar las interpretaciones de las observaciones de uno.

El especialista ha tomado el lugar del internista o, al decir de Benaim Pinto, el integralista, ocupándose de lo objetivo, de las partes aisladas del todo individual del paciente, en ausencia de lo subjetivo de su persona. A la par, sin la guía de la anamnesis y el examen clínico sistemático, vale decir, ciegos, sin conocimiento de causa, sin concierto y sin medida, son ordenados al paciente una ristra de exámenes de toda especie, partes de un elefante, paraclínicos más que complementarios²⁰, que surgen de un sinfín de prodigiosas máquinas ahora omnipresentes en el "mercado de la salud", que autopsian en vida al paciente, o de pruebas de laboratorio de la más variada estirpe que a un elevado coste prometen quimeras del diagnóstico sin esfuerzo intelectual. Pero la situación no queda allí, ya que al mismo tiempo han surgido organizaciones para la explotación del negocio de la salud, privadas y aun públicas, que fuerzan a los médicos a atender a un máximo número de pacientes, en un mínimo número de horas y por el menor número de bolívares. Existen ahora en exceso los "pacientes funcionales", incomprendidos, parientes pobres que son, parias de la comprensión antropológica que se centra en la persona del enfermo, impedidos de ser ayudados con terapéuticas coherentes porque los aparatos no diagnostican ni comprenden, y más confundidos que nunca, incapaces de ayudarse a sí mismos...

Ningún órgano o sistema existe en solitud de los demás...

Él se relaciona con todos, y todos se relacionan

con él y con el mundo exterior...

La mente y el espíritu con el cuerpo...

lo de adentro con lo de afuera...

lo local con lo general...

el micro con el macrocosmos...

En nuestro rol de médicos especialistas y aún más, sub-especialistas o super-especialistas con conocimiento específico de un área, amplia o estrecha de la integridad humana, somos de hecho, hombres ciegos intentando describir el elefante, técnicos deshumanizados reduciendo la complejidad del ser a un código de barras. No dudamos que este tipo de convergencia científica sea necesaria y, en última instancia, una parte saludable de la investigación. Ella también, sin embargo, sugiere que para este caso

²⁰ El término paraclínico como su nombre lo indica, parece ir al lado de la clínica con la cual no se mezcla... Por el contrario, se designa como examen complementario, aquel que "complementa" el juicio clínico.

particular, la ceguera es una metáfora apropiada. Tendemos a calzar anteojeras que, mientras pueden centrar nuestra investigación en un área reducida del paciente o en el tópico que investigamos, también nos impide apreciar la complejidad, la urdimbre y las repercusiones más amplias sobre el hombre como un todo que no admite fragmentaciones y los sistemas biológicos de que investigamos.

- **Agua e'turraja.** "comer manteca de Turraja" / Turrajón

Custodio, un llanerito adinerado que calzó alpargatas cuando ya estas no se usaban, tenía poderosas razones para pensar que le habían engañado con malas artes. La que luego fuera su suegra, para colmo llamada Aruspicina²¹, vieja zamarra y estrafalaria, experta en edulzamientos y lectura de cartas de Tarot de la India, caracoles, hechizos, rezos, poderosos amarres de amor a través de nudos ciegos, y asuntos conexos, no más al verlo pensó que con esa pinta y ese rústico 4x4 último modelo, sería el hombre ideal para su resbalosa hija de 19 años...

Lo llenó de halagos, regalos, exquisitas comidas, coquitos, polvorosas, conserva de coco en hojas de naranjo, todas deliciosas confituras de la granjería criolla. Hasta renunciaba por largo tiempo a su función de chaperona durante la visita nocturna a ver si el diablo y la testosterona tentaban a Custodio. En razón de tanto halago, él no se sentía seguro... La muchacha además de que estaba muy buena por delante y por

²¹ Aruspicina: Arte supersticiosa de adivinación por las entrañas de los animales.

detrás, se le antojaba un poco cascorva, ligera de cascos, zumbada, insinuante... Los que la conocían al ver sus pupilas enchumbadas de lascivia le advertían que fuera cauteloso. Así, que cuando en casa de la muchacha le hablaba de planes futuros, de que la vecina de al lado se había comprometido, de las delicias de la vida matrimonial, él esquivaba el tercio...

Sin embargo, luego de un sabroso condumio dominical en una noche de luna y en momentos en que una nube oscurecía su esplendor, se le dio a brindar una bebida parecida a una sangría, un poco astringente, de la especial preparación de la vieja y que apuró con deleite, casi podría decirse que de un día al otro, "sin que se supiera el por qué", se vio comprometido y de inmediato casado. Él mismo no podía entender qué le había pasado, cómo había tomado esa decisión precipitada luego de meditarla tanto...

Un verdadero amigo le preguntó si ese día domingo la muchacha había tenido "la demostración". Él asintió, efectivamente, había visto su cara un poco quebrantada y ojerosa por un recalcitrante dolor en el bajo vientre y como era su costumbre, vestía en esos períodos medias tobilleras... Las malas artes de Aruspicina habían prevalecido...

Luego de caer inocentemente en la trampa del amor, se enteró que en las perfumerías del Centro de Caracas podía conseguirse toda una colección de ayudas, a saber,

- Venamí: Unto para atraer a los pretendientes.
- Aceite deturraja para atraer a los amantes: confeccionado con un líquido oscuro, un "no-sé-qué" proveniente de los países bajos de la mujer en ciertos días del mes...
- Pega-loka: para que no te abandonen...
- Perropegao: para cuando te abandone la pasión...

- **La aguja rota...**

Vívida en el recuerdo la veo; descompuesta y traída en voladillas por sus familiares a la Emergencia de la Clínica El Ávila. Estaba yo de guardia como internista. No pudo esperar mejor momento para aparecerse que a las 2.00 A.M. de una noche muy oscura y de persistente garúa, hora de brujas y de apariciones, de espantos atemorizantes. Decía en medio de sus gritos y ojos desorbitados que se le había adormecido el cuerpo entero. Sus pupilas estaban dilatadas al máximo y perlinas gotas de sudor se asomaban a su labio superior. Un serio disgusto con su marido momentos antes, quien regresando serenado, con tufo a caña, la bragueta abierta a medio camino y una imperceptible mancha de *rouge* en el cuello de la camisa, había mediado lo abrupto de su enfermedad...

Hablaba en forma incoordinada, estaba desorientada en el tiempo y lugar, y se sacudía hacia los lados impidiendo el diálogo diagnóstico y un examen provechoso. A cada momento los hallazgos subjetivos, cambiaban y se hacían aún más subjetivos, sin que yo pudiera adelantar una hipótesis diagnóstica; todo ello aderezado con las preguntas inoportunas, de reclamo y de subido tono de sus acompañantes.

El cuello tenso a la movilización -como en las meningitis-; pero, ¿Cómo darle valor al signo en medio de aquella hojarasca de ruidos insensatos? No estaba febril al tacto, pero muchos pacientes con meningitis expresan la infección con síntomas psiquiátricos, no siendo raro que permanezcan hasta 4 días en la Clínica Coromoto antes de que se den cuenta que no es un problema mental –me decía calladamente-

No había dudas, debía compartir mis incertidumbres con el único neurólogo a la mano, individuo intemperante, brusco y de malas pulgas. Estuvo de acuerdo hacerle una punción lumbar como yo había sugerido, pero la mujer aquella no se quedaba un minuto tranquila. En medio de dificultades, luego de colocarle la anestesia local y dispuesta la larga aguja para introducirla en el saco dural y obtener líquido cefalorraquídeo, continuó moviéndose hasta que aquél le dijo con voz estentórea y como desesperado recurso le dijo,

-“ ¡Ahora, sí la pusiste; se te quebró la aguja adentro...!”

Como por arte de magia, como encantamiento de una bofetada bien administrada, aquel mar turbulento dio paso a una calma chicha, se recompuso su facies y desapareció el adormecimiento...

El líquido fue normal, “agua de roca” como suele decirse, y horas más tarde pidió ser egresada, a enfrentar al tarambana de su marido imagino. Efectivamente, era una crisis de histeria “curada” al instante por aquel comentario desconsiderado y reprochable.

Nunca preguntó qué había pasado con la mitad de la aguja –virtual- que se le había quedado dentro...

- **La tragicomedia de la faja tubular...**

Mi querida amiga y vieja paciente en sus ochenta y pico, era un alma festiva; con sólo mirarla me sentía bienvenido, pero aunque así lo hubiera deseado, no era yo una excepción, era una mujer caritativa que dedicó tiempo y esfuerzo para apoyar la labor de las hermanas de la Caridad de la Madre Teresa de Calcuta, y en recompensa, hasta fue besada por la propia Santa. Tuvo muchos hijos, pero era el alma de su casa. Un mal día enfermó de algo serio; un derrame en la pleura la llenaría de falta de aire al poner de manifiesto un cáncer pulmonar. Para colmo, no era fumadora. No podía echarle yo parte de la culpa a que se hubiera hecho daño continuado, pues siempre digo a mis pacientes fumadores que el cigarrillo es un malandro disfrazado de amigo fiel – dicen ellos que los acompaña, los relaja, los ayuda a pensar y matar el tiempo-, y que los malandros no se frecuentan y que con ellos no se anda. En el momento menos pensado, descargan furia irrefrenable sobre ti de mil maneras, y una de ellas es un tumor maligno en el pulmón, la garganta, la vejiga y pare usted de contar. Hasta el final de sus días, llevó su calvario sin perder la sonrisa y sin quejarse de la quimioterapia y de tantas punciones que le hacían para extraerle el líquido ocioso que le robaba el resuello...

Unos meses antes de la seria coyuntura había viajado a Miami. Usted sabe, como parte del viaje se hizo de algunos efectos personales y algunas prendas de vestir también. Parecióle entonces que ese viaje no le había convenido, pues a su regreso comenzó a presentar extraños síntomas y aseguraba a sus hijas que de seguro que tenía un cáncer e iba a morir. Cuando le decían que fuera a verme contestaba que para qué... Yo no podría curarla porque las cartas estaban echadas y era el momento de rendir cuentas. La sempiterna sonrisa de bienvenida voló de su cara y una "Ω melancólica" comenzó a retoñarle en el entrecejo...



Figura . La "omega melancólica" en el entrecejo, el área de molestia de dolor quemante, adormecimiento y hormigueo en la cara lateral del muslo, la ofensiva faja ajustada y el nervio femorocutáneo comprimido por el ligamento inguinal al favor de la presión fue el origen del angustioso corolario del drama de mi paciente.

Al fin, por allá se me apareció una tarde y me enteró de los síntomas su "cáncer" y siendo que teníamos mucha confianza y viendo lo prominente de su panza, de inmediato me animé a preguntarle si entre sus recientes adquisiciones en el Norte figuraba una pantaleta o faja tubular ajustada. Por instantes se quedó boquiabierta mirándome fijamente, sin parpadear, sin pronunciar palabra, sin entender... De súbito, se echó a reír a mandíbula batiente con lagrimeo y todo cuento, exclamando una y otra vez, ¡Claro, si es me queda muy apretada! ¡La voy a botar, la voy a botar...! Me

imaginé entonces cómo había hecho para calarse aquella faja tan apretada en un cuerpo tan voluminoso. Debo decir que salió curada de mi consultorio, y cómo me reí esa y tantas veces después con ella y con sus hijas acerca del incidente de aquél tubo elástico asesino...

Como tantas otras veces en mis pacientes, había reconocido al Síndrome de Bernhardt-Roth o meralgia parestésica del nervio femorocutáneo, una neuropatía periférica traumática casi siempre muy benigna pero recalcitrante, resultante del atrapamiento del nervio femorocutáneo en su pasaje de la pelvis hacia la región inguino-crural y que adormece, a la manera de una revolverá, la cara externa del muslo. En esta condición se utilizan con frecuencia varios tratamientos, incluidas las medidas conservadoras, las inyecciones de corticosteroides con anestésico local, y la cirugía (descompresión nerviosa o neurectomía). Sin embargo, puede obtenerse un resultado similar sin ninguna intervención. La simple explicación disminuye la preocupación por la molestia y nunca más el enfermo se queja.

- **La irresistible tentación del venezolano por el nombre extravagante.**

En la primera página de El Nacional del 2 de enero de 2007, se desplegaba en un recuadro y a colores la fotografía de una joven con las mamas ingurgitadas por la subida de la leche acompañada del Alcalde Mayor, "El primer bebé de 2007 recibió un regalo de 10 millones de bolívares... a las 12:15 de la madrugada nació, en la Maternidad Concepción Palacios, Jhonbeiker, el primer caraqueño del 2007. Sus padres, Dosmel y Jowel tienen 17 años y viven en Hornos de Cal, San Agustín del Sur". En el mismo diario, se leía igualmente en la página roja, B-14, "Reportados 582 homicidios en Caracas durante el mes de diciembre" firmada por Javier Ignacio Mayorca. Allí se relataba la muerte violenta de dos hermanos, Johny y Dorling, policía y mesonero respectivamente, y más abajo la de Richard, un comerciante informal a quien en una foto desgarradora, tirado en el suelo y cubierto por un trapo blanco salpicado de sangre, su comadre Yusnedi, le acompaña a las puertas del Bar La Lambada en la Esquina de Puerto Escondido..."

Sólo días atrás, el lunes 2 de enero de 2012, con el encabezamiento de "2012 celebró sus primeros bebés", comentaba la periodista Georgely Morín, en la página 2 del cuerpo Ciudadanos del Diario El Nacional, "A la 1:20 am del nuevo año nació por parto natural su cuarto hijo en la Maternidad Concepción Palacios, bautizado Yoiker; pero en el Materno Infantil del Este en Petare, había nacido quince minutos antes Yugeilis... al lado de la cuna estaba la cama donde estaba Roykellys madre de Roimer el último bebé de 2011... En la Clínica El Ávila había nacido Lucas Alberto por cesárea y a un costo de 30.000 bolívares".

En nuestro país destaca la "fabricación" de exóticos nombres con diversos orígenes. Algunos padres mezclan nombres para bautizar a sus hijos como "Josmar" (José y María) o "Nescar" (Nelson y Carolina). Otros provienen de la pronunciación en español de palabras y frases en lenguas extranjeras como "Yusnavy" (*U.S. Navy*), Yusmail (*U.S. Mail*) o Yesaidú (*Yes, I do*). También son frecuentes aquellos que inician con la letra "Y" como Yubirí, Yuleizy, Yoniskel y Yormari. La bloguera Yoani Sánchez de Cuba ha creado un sitio denominado "Generación Y" inspirado en gente como ella, con nombres que comienzan o contienen una "Y" o "i griega". Lo encabeza así²², " **Generación Y** es un Blog inspirado en gente como yo, con nombres que comienzan o contienen una "i griega". Nacidos en la Cuba de los años 70s y los 80s, marcados por las escuelas al campo, los muñequitos rusos, las salidas ilegales y la frustración. Así que invito especialmente a Yanisleidi, Yoandri, Yusimí, Yuniesky y otros que arrastran sus "i griegas" a que me lean y me escriban".

²² Available from: URL: <http://www.desdecuba.com/generaciony/> Accessed October 15, 2011.

En 1980, a mi regreso de mis estudios de neuro-oftalmología en la Universidad de California San Francisco, a pesar de mis profundas carencias en pediatría, no tuve otra opción que dar la cara a los niños con afecciones combinadas neurológicas y visuales que tocaban a mi puerta en el Hospital Vargas de Caracas. No había otro que estuviera dispuesto o pudiera hacerlo. Me sentía falto de preparación e incompetente, pero comprendía –aunque parezca pedante- que si yo no los veía, no los atendería nadie. Se inició entonces un desfile de niños con raros, chocantes, inusuales o impronunciables nombres. Algunos inventados por los padres, otros, deformaciones de nombres de famosos artistas norteamericanos o simplemente la conjunción del nombre de la madre con el del padre, la mamá, una tía o un abuelo. Tomyón Chacón, Yovanis con diferentes variantes (Geovanis, Yovanni), Rowny, Sharock, Mariyulis, Yulitza, Yanelis, Ronerdis, Idalmis, Dilinger, Yonatán, Yudicei... donde las “yeses” iniciales y las “eses” finales abundaban.



Figura. Facsímil del Almanaque Rojas Hermanos, Año 140: En el pasado, socorrida fuente de nombres del Santoral. Desde 1871 el Almanaque Rojas Hermanos comenzó a salir publicado como iniciativa de la familia de Arístides Rojas (Caracas, 1826-1891). Si uno nacía el día de los santos Sérvulo, Fileto, Prócoro, Quirico, Protasio, Abundio, Palmaquio, Orsicino, Exuperia, Dionisio Areopagita... seguro que le “canchaban” el nombrecito o, al menos se lo ponían de segundo nombre...

No había dudas; los extraños nombres cristianos del Santoral, a los que por cierto un poeta nuestro, Héctor Guillermo Villalobos, se refería como “el nombre infeliz que te puso el almanaque...”. con su numerosa variedad, siempre de fácil acceso en el Almanaque de Rojas Hermanos que mostraba todos los santos, ángeles, arcángeles y mártires del día, habían quedado atrás en el olvido: Cleto, Teófilo, Higinio, Patrocinio, Enésimo, Crispulo, Dionisio Areopagita, Cástulo y tantos otros, pasaron al anonimato al ser desplazados por apelativos ateos que luego los burócratas cambiarían una y otra vez dado lo intrincado de su deletreo... La mayoría de estos niños que atendía pertenecían a los estratos sociales más bajos, IV y V de la Clasificación de Graffar-Méndez Castellano, provenían de los cordones de miseria que penetran como nidos de

comején, cerros o cualquier quebrada de urbanizaciones del Este de Caracas y en general de los cerros del área metropolitana con su hacinamiento, promiscuidad y malnutrición. Niños famélicos, tan malolientes como sus padres, sin sonrisa, con un llanto continuo de elevado tono como para crispas mis sentidos, no acostumbrados al bullicio de una consulta pediátrica.

Para estas familias superpobladas y disfuncionales, donde todo les es negado, pareciera que el nombre de sus hijos, *único*, porque no lo verán repetido en otro ser humano, les brinda una posesión que solamente ellos pueden tener. La gran mayoría con anomalías congénitas neurológicas gestadas en el vientre materno por el hambre crónica, abierta u oculta, la deficiencia de ácido fólico o de hierro y de nutrientes varios... Era tanto así, que cuando la madre me decía el nombre de su hijo, ¡Ya sabía que debía buscar una anomalía congénita! No más el 21 de marzo de 2007, atendí a una joven de 22 años llamada Maryuris Yurixis con aspecto progérico, a quien, por una hidrocefalia congénita, le habían colocado un sistema de derivación entre una la cavidad ventricular del cerebro y el peritoneo, suerte de baipás para aliviar una hipertensión del líquido cefalorraquídeo que la aquejaba. Sus padres la traían al Hospital de Niños J. M. de los Ríos periódicamente, pero a los 11 años, la razón económica cortó sus venidas a Caracas. Durante su primer embarazo en enero de 2006 comenzó a expresarse la disfunción del sistema de derivación en forma de dolores de cabeza recurrentes el cual terminó fallando a fines de año, cuando se hizo evidente una hipertensión intracraneal, que aunque diagnosticada e ignorada, fue mal tratada llevándola a la ceguera definitiva...

Cierta vez conversando sobre el tema con un alumno, me comentó que mi experiencia de nombres inusuales en niños con patologías congénitas neuro-oftalmológicas, era también la de la Dra. Folga Zoppi de Pisani, profesora titular de la Universidad Central de Venezuela, jubilada de la Sección de Radiología del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas donde era su directora y atendía niños con cardiopatías congénitas de la más variada laya... Todos tenían extraños nombres contruidos entresacando sílabas de los nombres de sus parientes más cercanos.

Curiosamente, en su libro "La enfermedad", Barrera Tyszka ²³ asienta, "casi se pudiera pensar que se trata de un acto de afirmación, de un breve ejercicio de poder, de un triunfo. Ella le ha dado la vida a una criatura que, de seguro, va a pasarla bastante mal en este país. Su bebé es un grano más en la raya de la pobreza de las estadísticas nacionales..." y finaliza, "Ése quizás es su sello personal, lo único que ella puede controlar, lo más seguro que puede darles, una ilusión que suena. La oportunidad de un nombre".

²³ Editorial Anagrama. Barcelona. España. 2006:58.

Recientemente, el 4 de enero de 2011, en noticias-universitarias@yahoo.com leí un comentario muy desconsiderado y despectivo donde alguien se preguntaba: “¿Ud. ha visto algún pran llamado Roberto, Elías o José?”. Seguidamente, considerándolos “faltas de respeto de sus padres” se mencionaban los nombres de Yugenia, Yugeidis, Yoiker, Roimer y Roykellis...

Es posible que todo este encalamocamiento²⁴ pudiera a su vez provenir de otro más anterior. En la década 50 y otras posteriores, cuando comenzó la urbanización de las ciudades en Venezuela acometido especialmente por la clase media, y cuando por la falta de regulaciones o de disposición de los gobernantes a suministrar una placa con el número de la casa, nombres vinieron a reemplazar a los números, quizá por orgullo de tener un casa propia y con nombre propio. Así que todavía muchas casas tienen el apellido de sus ocupantes, o nombres compuestos formados por el del dueño y la dueña, hijos, personas queridas y hasta mascotas. El Palacio de los Iturriza en Valencia coronaba su techo rojo de dos aguas con el nombre de “La Isabela” en honor a la madre de Don Juan Miguel Iturriza. Cuando mi padre compró una confortable casa en la Avenida Bolívar de Valencia, específicamente en Camoruco, se llamaba “Villa Olga”, nombre de la dueña anterior, Sra. Olga de Karam, que mi padre hizo cambiar a “Villa Francis” –por mi mamá, Francisca Margarita-.



²⁴ Encalamocarse o encalamucar. Confundirse, desorientarse, desatinar en lo que se dice o hace. (Diccionario de Venezolanismos de Tejera MJ (Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación. Instituto de Filología “Andrés Bello. Academia Venezolana de la Lengua. Fundación Edmundo e Hilde Schnoegass. Caracas, 1993).

Figura. Valencia, Camoruco Viejo. Palacio de los Iturriza y Placita Girardot donde mis compañeros y yo la pasábamos muy bien viendo pasar a las hermanas "pate'pisón", o a "camina con los talones", o a "cuántas veces" un loco que movía su mano de manera procaz y rítmica simulando una masturbación y al preguntársele "¿Cuántas Veces"? , contestaba mirando a ninguna parte, "¡Un millón...!".

La pequeña casa donde vivimos desde 1968, de cara al Cerro Ávila y la Silla de Caracas –desde donde en mañanas o tardes de azul intenso podemos ver la Cruz de los Palmeros-, constituyó para nosotros la consecución de un gran anhelo: Una casita propia: Ese sentido de pertenencia nos llevó a bautizarla "Los Muci" y a colocar una placa con el nombre en el frente. Dada la creciente ola de violencia e inseguridad, hoy día no nos pareció prudente continuar designando a la casa con nuestro nombre, y así fue que con pena, decidimos eliminar la placa de identificación, no fuera a ser... Ahora ostenta un # 6.

¿Qué pasa con estos nombres cuando son transcritos a papeles como títulos académicos, cédulas de identidad o pasaportes...? No hay duda que de estos niños se acordarán de sus padres una y otra vez y no les agradecerán tan inverosímiles nombres: sin embargo, seguirán repitiéndolos en los suyos...

- **La palabreja “manejo” en medicina...**

“Caracas, 6 de octubre de 2007

Queridos amigos,

Muy complacido he recibido la confirmación de mi invitación al Simposio "Manejo del dolor crónico" el miércoles 9 de abril de 2008 en el marco del XVI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas a celebrarse en Valencia.

El motivo básico de mi correo es el agradecimiento por el honor, pero también expresarles mis reservas para con el término *manejo*, tan usado y abusado en nuestros trastocados tiempos...

El término *therapeutikós*, legado de la medicina helénica, de donde deriva el vocablo terapéutica o arte de curar, significa "servicial, que cuida de algo o de alguien", trae consigo aparejado el mandato de la prudencia terapéutica -tan echada de menos en la medicina moderna-

En el entendido de que he abrazado una lucha desigual contra la transculturización, de una oposición contracorriente contra la invasión de un término foráneo dañino, pienso, y he hecho campaña dondequiera que he podido, por la abolición entre nosotros de este anglicismo, más perteneciente a la fría y calculadora área de los negocios y muy alejado del sentimiento del internista, de su quehacer y hacer, más basado en el humanitarismo que en la ciencia, en el enfermo antes que en la enfermedad, en el espíritu antes que en la respuesta maquinal del técnico deshumanizado.

La palabra "*manejo*" es reduccionista, al transformar al paciente en un objeto o máquina que puede conducirse; es cosificadora, al trocar al enfermo en cosa fría e inanimada; es distante y frío, materialista y definitivamente extraña a nuestro lenguaje.

Mi petición:

¿Podría considerarse la eliminación de la palabra "*manejo*" en el programa y antes bien, sustituirlo por los vocablos cuidado, terapia, terapéutica, conducción terapéutica, régimen terapéutico o simplemente tratamiento, términos que nos inculcó en el pasado el buen hablar de nuestros maestros?

Ojalá que los integrantes de la Directiva del Congreso me acompañaran en esta campaña de humanización de la medicina iniciándola por algo muy pequeño: la sustitución de la palabreja de marras...

Reciban la seguridad de mi amistad y de mi afecto.

Rafael"

Valencia, 6 de octubre de 2007

Muy estimado Dr. Muci,

Le agradezco mucho la solicitud de corrección que nos ha hecho. Admito el error lingüístico pero debo asegurarle que en ningún momento en ninguno de los miembros del Comité Organizador del Congreso²⁵ ha privado la visión cosificadora, reduccionista o deshumanizada que usted señala. Puedo dar fe que los médicos que nos acompañan en esta labor organizadora, se han destacado no sólo por su visión humanística de la profesión, sino también por el sentido humanitario con que la han impregnado, de tal manera que tengo certeza que no habrá problemas para el cambio del término que le ha molestado.

Afectuosos saludos,

Myriam Marcano”.

Mi campaña en disfavor de la palabreja “*manejo*” no es nueva, pero confieso que es poco lo que he logrado para impedir su diseminación... La sinergia entre la imposición del Norte y el *snobismo* del médico venezolano en general, nos conduce a aprobar todo cuanto desde allá nos invade, todo cuanto nos conduce a ser esclavos de las creaciones técnicas de aquellos a quienes adoramos. El discurso médico no escapa a la esclavitud auto impuesta, se tecnifica y adopta sin medias tintas el nuevo lenguaje de comerciantes y mercachifles, y como eco, repite palabras y frases obedeciendo a mandatos ajenos al humanitarismo. Hay mucho dinero de por medio, la medicina se troca en provecho utilitario y los cuerpos de nuestros enfermos son mercadería en el negocio de la salud liderada por poderosas empresas. La guerra a muerte a la clínica y la producción seriada de técnicos sumisos, miedosos y obedientes, conforman el aterrador cuadro.

En la afanosa búsqueda del éxito, la ganancia económica y el mantenernos en la competencia, ellos nos requieren, nos hacen sentir importantes y nosotros, posibilitamos las mentes dóciles, adictas al estar al día, asustados ante nuestros colegas de parecer pasados de moda. Así, permitimos que el ser humano sea aún más cosificado, animalizado y minimizado al ser reducido a sus partes en ausencia del todo que lo contiene. Para lograr su pertenencia e identidad médica, la “formación” del

²⁵ XVI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, “Dr. Guillermo Mujica Sevilla”, Valencia 8 al 12 de abril de 2008. Dra. Myriam Marcano Torres, Presidenta del Comité Científico.

estudiante de medicina en profesional nos induce absorber ideas ajenas que repetimos como nuestras, soslayando y despreciando a la “madre clínica”; así se fabrica un técnico que fragmentará en trozos esa supuesta máquina perfecta que es el cuerpo humano, obteniendo piezas orgánicas disgregadas y anómicas, separadas de raíz de las interacciones sociales, económicas y políticas de quien las posee. A resultas de la tecnomedicina, el cuerpo es interpretado como máquina, un simple código de barras y el paciente es transformado en cliente para poder comerciar con él mediante recetas, drogas para el consumo y complejos exámenes innecesarios.

Lo único que podría salvarnos sería una contundente respuesta frente a la situación, abrazando el humanitarismo que surge del mismo fondo de la técnica y que salvaguarde la dignidad de la persona humana como fin último y supremo del acto médico sin dejar de lado los atropellantes retos del mundo en que vivimos.

Así pues, comenzamos con *manejo* y terminamos como comerciantes...

- **“La reserva...”**

Tal vez fue a mediados del año 1962 cuando realizaba mi entrenamiento como residente en medicina interna. Era un gordo simpático que aposentaba su exceso de carnes en la estrecha cama 10 de la Sala 7 del Hospital Vargas de Caracas. A decir verdad no era mi paciente, pero su caso era en extremo interesante para un internista en ciernes. Su abdomen muy protuberante y grasiento encerraba además una “ascitis”²⁶ cuya causa había sido muy difícil de desvelar. Al final resultó ser un mesotelioma peritoneal²⁷, un tumor para el cual entonces y ahora no mucho puede hacerse. Su médico, un compañero residente, amigo y algo estrafalario de nombre Germán Salazar, devenido más tarde en psiquiatra, que siempre andaba a la búsqueda signos o maniobras semiológicas “no descritas” para describirlas y atribuírselas a su persona durante las revistas de sala, lo cual le traía a menudo fuertes encontronazos con la Dra. Estela Hernández de Di Prisco y el Dr. Otto Lima Gómez para entonces cabeza del Servicio de Medicina 3.

Sucedió entonces que me llevó un sábado ante él y le preguntó con picardía,

-“¿Cuántos hijos tienes?”

-“ Como una docena...” respondió el otro.

Bájate los pantalones para que el Doctor Muci te mire el miembro. Ni corto ni perezoso el otro hizo lo ordenado, mostrando un pene muy pequeño y sumergido entre los pliegues del escroto.

-“Y, ¿Cómo has podido tener tantos hijos con ese pene tan pequeño?” Le repreguntó... Sin ningún escrúpulo o sonrojo, el paciente se acostó sobre un costado, se manipuló el pene hasta ponerlo en erección; la verdad fue que no creció mucho; entonces ocurrió lo insólito: se llevó la mano hacia atrás, por entre las nalgas y desde esa posición, al tiempo que asía las bolsas con determinación y las tiraba hacia abajo... con una sonrisa socarrona le contestó,

-“Cuando estoy con una mujer hago esta maniobra y *me saco la reserva...* no puede usted imaginarse cuánto se alarga mi dóctor: no es mentira, ¡Mire cuánto se alarga!...”

²⁶ Ascitis: acumulación de líquido en la cavidad peritoneal

²⁷ Es un tumor maligno del peritoneo (revestimiento de la cavidad abdominal), cuya causa es casi siempre la exposición constante a los asbestos.

No pude contener mi sonrojo y sorpresa ante lo extravagante e insólito de la situación...

“Las plumas...”

Esta anécdota no me pertenece y a quien le ocurrió fue a mi hermano Fidas Elías a fines de la década 50 cuando cursaba el sexto año de medicina y fungía como Jefe de la Guardia 4 del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana. Mi hermano era un perfeccionista, una persona muy rígida, respetuosa y seria. En su adolescencia sus compañeros le llamaban “El Conde”, pues se paseaba en su bicicleta negra, muy pulida y limpia, siempre muy erguido y mirando al frente sin distraer su atención con nada que pasara a su lado, y utilizaba un lenguaje muy refinado, inusual en personas de su edad. Entiendo que se le hacía muy difícil tratar al paciente de manera desahogada. Era esa una época donde ciertas palabras en boca de un joven eran consideradas como groserías. No se concebía que socialmente se empleara por ejemplo las palabras parto, pantaleta, regla o aborto. Comenzaron pues a cambiarse algunos nombres nativos que se referían a la ropa íntima femenina por anglicismos: así, sostén pasó a ser *brassiere*, las pantaletas pasaron a ser *blumers*, y las personas del pueblo las adoptaron como “blumas”. Pues bien, una noche de guardia llegó a la emergencia una joven paciente con un dolor en el bajo vientre asociado a un flujo vaginal fétido, espeso y amarillento. Con buen sentido él pensó que tal vez se trataba alguna forma de “anexitis”²⁸ y que por tanto, debía realizar un examen ginecológico. Volviéndose a la paciente le dijo con solemnidad:

-“Tenga usted la bondad de quitarse el *blumer*, abra las piernas y ponga los pies en estas taloneras”, y girando sobre sus pies le dio la espalda y corrió la cortina del cubículo para procurarle la necesaria intimidad...

Luego de algunos minutos y en el supuesto de que ya la paciente estaba lista y en posición, mi hermano entró de nuevo al cubículo y observó que la paciente estaba en posición pero no lista, pues no se había quitado las pantaletas y mantenía el puño de la mano derecha cerrado y en alto. El incumplimiento de sus indicaciones molestó mucho a Fidas por lo que la increpó de nuevo, esta vez usando “la otra” palabra,

-“¡Caramba! ¿No le dije que se quitara las pantaletas?”-, a lo que la asustada paciente abriendo y extendiéndole la mano derecha, le mostró el abundante vello pubiano que se había arrancado de un tirón diciéndole,

-“Caramba doctor, yo creí que usted me había dicho que me quitara las *plumas*...”

²⁸ Inflamación de los anexos uterinos (ovarios, trompas y ligamentos anchos adyacentes al útero).

- **La morrocoyita...**

Cursaba yo mi segundo año de residencia en medicina interna en el Hospital Vargas de Caracas. Mi compañero de guardia y amigo entrañable, Rafael Valecillos Valecillos había sacado, en dos ocasiones de un recipiente, un papelito doblado dos veces, donde por sorteo nos jugábamos el día de la semana en que nos tocaría estar de guardia durante el siguiente año. Yo le había pedido que en esa segunda ocasión me permitiera que fuera yo quien en la Oficina del Director extrajera el papelito de marras. Sin embargo, él me mareó respondiéndome que era imposible que volviera a sacar el papel que rezaba “sábado”; así que se levantó y sacó el papelito... El infausto decía precisamente eso, “sábado”. Así, que por segundo año consecutivo, tendríamos guardia todos los sábados... Con el agravante de que estaba profundamente enamorado de Graciela y esperaba irme a Valencia los fines de semana donde ella vivía... Bien, nada qué hacer, buscar un alma caritativa que me cambiara la guardia... Afortunadamente para mí, ¡Siempre la hubo...! Los doctores Cruz María Rodríguez (†) y Doraliza Volcán fueron mis ángeles guardianes. A no dudar las guardias de los sábados precipitaron mi matrimonio que afortunadamente, ha sido muy feliz. Por cierto, quedé debiéndoles a ambos algunas guardias...

Cierta tarde nos fue traída a la guardia una viejecita encorvada como bizcocho de butaque²⁹, levantada del suelo tal vez un metro treinta, con su nariz carcomida que permitía observar los huecos de la nariz como si hubiera sido comida por la lepra... Había tenido varios desvanecimientos en días pasados, pero ese día habían sido muy frecuentes; y durante los mismos permanecía como muerta recuperándose en muy corto tiempo... Y así que fue llevada a la Emergencia del Hospital Vargas. Allí, frente a nosotros le dio el mal... La viejita se desvaneció y cayó al piso, no tenía pulso y en el cuello se notaban grandes saltos en la vena yugular. Se trataba de un bloqueo aurículo-ventricular completo o de tercer grado, una condición cardíaca donde ninguno de los impulsos eléctricos originados en el marcapasos fisiológico auricular alcanza los ventrículos, por lo que existe una disociación completa de la actividad auricular y ventricular, cese de la circulación sanguínea a los tejidos, particularmente al cerebro que al no ser oxigenado se desconecta, la persona se desvanece y cae desde su altura. Administramos una dosis inicial de atropina de 0.5 mg intravenosa y permaneció estable posteriormente... Mi amigo miró hacia mí con picardía y me dijo, oye Rafael, esta viejita

²⁹ Bizcocho de vieja estirpe en Valencia y Caracas que se doblaba en el centro y se comía en el desayuno con café con leche.

se parece a una morrocoya, a lo mejor se puso así de tanto verlos, y en efecto, en todo su aspecto, a eso se parecía... Le recriminé festejando su comentario, pero, era que la razón lo asistía...

La ingresamos en un servicio de medicina interna que no era el nuestro y durante la noche pasamos varias veces a darle vuelta a ver cómo andaba. Dos días más tarde mi amigo me dijo durante una guardia, vamos a ver cómo se encuentra nuestra amiga "la morrocoyita"... Nos recibió muy cariñosa pues sus compañeras de sala le habían dicho que le habíamos salvado la vida. De pie a la vera de su cama comenzamos a examinarla, pero de pronto... pareció que había un terremoto, su mesa de noche metálica comenzó a moverse en forma estrepitosa...

-“A ver vieja –le preguntamos con dulzura-, ¿Qué tienes allí escondido...?”

Pero, no esperamos su respuesta; al abrir la portezuela vimos dos enormes morrocoyes que nos había traído de regalo.

-“¡Con razón te pareces tanto a ellos!” , le comentó con sorna mi amigo...

Como yo vivía solo y estaba todavía soltero, mi amigo se los llevó a su madre quien preparó un enorme y delicioso pastel de morrocoy...

- **Arlindo y el pantalón rasgado...**

Arlindo Fernandes da Silva Pereira se llamaba mi paciente, un joven portugués, fornido, velludo y de cabello claro y rizado que conducía un camión chuto marca Fiat donde cargaba y transportaba piedras de gran tamaño. En 1962 cursaba yo mi internado rotatorio en el Hospital Vargas de Caracas y cumplía mi pasantía por el Servicio de Cirugía # 3, y aunque debía permanecer allí por un lapso de 6 meses, por extrañas circunstancias la estancia se prolongó por un año. Yo no tenía ningún interés en la cirugía, pero este período me enseñó mucho de anatomía quirúrgica en el vivo, pues ayudé no recuerdo cuántas intervenciones a cirujanos de alto coturno del Hospital y de la Venezuela de entonces, Fernando Rubén Coronil, Francisco Montbrun, Eduardo Carbonell, José María Cartaya y muchos otros. Con ellos aprendí lo que quería y pedía, que me enseñaran “conductas”, un saber qué hacer ante ciertos problemas de la clínica quirúrgica. Además tenía a mi cargo una sala completa de 20 camas que albergaban pacientes que llevaba con esmero y escrupulosidad y a los cuales realizaba historias y evoluciones muy completas con letra legible, en tinta china y a tres colores, diferentes a los minúsculos resúmenes en letra grande e ininteligible a que están acostumbrados los cirujanos. Algunos alababan mi trabajo, otros mostraban desdén cuando las presentaba, y por último, un grupito hasta me culpaban en broma de hacer “ladillosas historias”³⁰, pero en general, todos me demostraban respeto y cariño... Así, que no fue para mi tiempo perdido...

A lo largo de aquellos meses, algunos adjuntos más jóvenes y residentes se sentían mal porque yo no operaba y presionaban continuamente para que lo hiciera; así, que vencieron mi resistencia en 28 ocasiones... “Variedades de jardín” de la cirugía casi menor que incluían várices, hemorroides, hernias umbilicales e inguinales y otras, me dieron un record quirúrgico suficiente para ingresar en la Sociedad Venezolana de Cirugía, cosa que por supuesto, nunca hice porque se me antojaba aberrante.

Pues bien se dio el caso de Arlindo, quien tenía una fístula pilonidal³¹ que periódicamente se le infectaba y mucho que le molestaba. Así, que decidió que debía

³⁰ Pediculus pubis o ladilla: Piojo que habita en regiones vellosas del cuerpo, especialmente en el pubis produciendo mucha picazón. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 13ª edición. Barcelona. España, 2001). Ladilla: Persona que produce molestia o fastidio. Ladillar: Fastidiar o molestar a alguien (Núñez R, Pérez FJ. Diccionario del Habla Actual de Venezuela. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello. Centro de Investigaciones Lingüísticas y Literarias. 1994)

³¹Un quiste pilonidal, conocido también como sinus pilonidal, fístula sacrocoxígea, o quiste sacro, es un quiste próximo al pliegue interglúteo, entre las nalgas, que frecuentemente contiene piel y restos pilosos.

operarse. Volvió la presión para que le interviniera en compañía de un adjunto, el Dr. Armando Parra Calderón. Éste, muy competente, comprensivo y mejor persona, tenía especial interés en problemas colorrectales y conocía de una nueva técnica, según la cual en vez de dejar el área de resección abierta para que cicatrizara por segunda intención, se extirpaba la fístula y luego se aponían y se suturaban los márgenes de la herida. En este caso, ciertamente que la aposición de los bordes fue difícil y la sutura quedó a tensión, como cuero de furruco. Egresó pues el portugués, mostrando mucho agradecimiento y afecto. Unos cuantos días más tarde regresó; se había agachado a levantar una pesada piedra y sintió que algo se le descosía o rasgaba en medio de las asentaderas. Él pensó que era el pantalón y llevándose la mano al sitio de la costura notó asombrado que estaba en buenas condiciones. Luego, un compañero de trabajo, mamador de gallo³² él, le observó y le espetó,

-“¿Cómo que te vino la regla Arlindo...?”

Efectivamente, había ocurrido una dehiscencia de la sutura y aquello estaba abierto de arriba abajo y hacia los lados, y yo, no sabía que decirle... El paciente fue reintervenido, ¡Claro que no por mí...! y evolucionó satisfactoriamente guardando siempre por mi persona y a pesar de todo el estropicio causado, lo que yo sentí como un especial respeto y afecto. Después de una experiencia tan embarazosa, pues... ya me dejé de eso y no operé nunca más.

³² Mamador de gallo. Coloq. Persona que dice bromas o burlas a los demás. (Núñez R, Pérez FJ. Diccionario del Habla Actual de Venezuela. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello. Centro de Investigaciones Lingüísticas y Literarias. 1994).

- **¡Ayy mi amor, te cayeron piojos...!**

Es cierto que me pagaron mal y que el olvido es la peor de las pagas; es cierto también que yo no andaba buscando paga alguna. Pero la verdad es que estoy seguro de que esos alumnos nunca me olvidarán. Durante largos años, los días sábados venía a mi casa a buscarme a las 8.00 AM mi estimado amigo y exalumno Doctor Rafael Suárez, entonces adjunto al Servicio de Oftalmología del Hospital Militar Carlos Arvelo. Nos reuníamos en el Servicio de Oftalmología de ese Centro con residentes del servicio, uno que otro adjunto y además, se nos agregaban otros de medicina interna y neurocirugía. Se suponía que presentarían unos pacientes con sus casos clínicos preparados por uno de los asistentes que haría la presentación, la mayoría sin diagnóstico, con el objeto de que yo revisara su historia clínica y les examinara enseñándoles cómo hacerlo en ausencia de aparataje; y luego, que condujera la discusión de los mismos y sobre esa base se realizara una jornada de docencia-aprendizaje con diagnóstico presuntivo y si era posible, diagnóstico positivo. Eran reuniones provechosas donde se presentaba uno o dos pacientes con discusiones y una charla adicional con diapositivas de algún tema ya tratado en reuniones anteriores, que se prolongaba hasta cerca del mediodía.

En una ocasión trajeron a mi consideración el caso de un niño de unos 11 años que había sufrido un traumatismo craneal durante un accidente de tránsito. A consecuencias del mismo había perdido la conciencia por 48 horas y la visión de su ojo izquierdo, el cual se mostraba brotado y con los vasos conjuntivales muy congestivos. Inmediatamente que lo vi hice para mis adentros hice el diagnóstico de una fístula carótido-cavernosa directa post-traumática³³.

Una de las características de esa condición es la producción de un ruido o soplo intracraneal debido al paso de la sangre desde un sistema arterial de alta presión a uno venoso de baja presión, percibido por el enfermo y por el médico. Es descrito como "ruido de maquinaria" en dos tiempos, y yo lo comparo al producido por un "gurrufío"³⁴ gigante. Siendo que los residentes por su especialización temprana ya olvidaron cómo auscultar o tienen sus estetoscopios en algún sitio inaccesible de su casa, es difícil encontrar uno en un servicio oftalmológico. Aún así, pedí me fuera buscado en algún

³³Las fístulas carótido cavernosas son comunicaciones espontáneas o adquiridas entre la arteria carótida y el seno cavernoso. Pueden ser clasificadas en directas o indirectas. Las primeras consisten en comunicaciones directas entre la porción cavernosa de la arteria carótida interna y el seno cavernoso. La mayoría son traumáticas o por ruptura de aneurismas de la carótida cavernosa.

³⁴ De pequeños hacíamos los gurrufíos con chapas de fresco que alisábamos con un martillo, luego las colocábamos en el riel del tranvía y quedaba lisita... A ese disco se abrían dos agujeros por donde se pasaba un guaral o cordel para armar el juguete, que podía ser instrumento musical de viento o arma blanca, de acuerdo con el fin al que se le destinase. El sonido de "juu...ah, juu...ah, juu...ah" que emite el gurrufío lo ha hecho un atractivo instrumento de juego.

lugar del Hospital. ¡Nada que apareció...! Entonces yo, echándomela de asomado les dije recordando a mi madre guariqueña, -"¡El llanero debe ser todo recursos y del tamaño del compromiso que se le presente..." -"¿Recuerdan la auscultación inmediata, aquella donde el médico apoyaba su oreja desnuda sobre el pecho del paciente para auscultar el corazón y los pulmones? Pues eso es lo que haremos"- Apoyé mi oreja contra la cabeza del muchacho y claramente pude percibir un ruido de vaivén, "juu...ah, juu...ah, juu...ah" de gran intensidad. -"Esto es todo lo que necesitan para hacer el diagnóstico, la tomografía computarizada y la angiografía vendrán después..." - Ceremonié...- Después de mi, todos apoyaron sus cabezas, oyeron y aprendieron. Les expliqué acerca de los síntomas y signos de las fístulas y les rogué trajeran al paciente la siguiente semana.

Dos días más tarde me encontraba en la cama con Graciela viendo la televisión; Chelita nuestra menor hija, en su resuelta decisión de separar la pareja, vino y se acostó entrambos. De repente y casi al unísono, ella y yo, nos rascamos la cabeza. A ver dijo mi esposa y "nos registró" la cabeza y dijo también ceremoniosa, ¡Ayy mi amor, te cayeron piojos!

Desconozco cuántos de mis alumnos tuvieron ese efecto colateral de la auscultación inmediata sobre la cabeza, pero lo cierto es que ahora cuando la hago, también "registro" previamente el área donde voy a apoyar mi oreja.

Pero además de los títulos y grados que ya había obtenido con mucho esfuerzo durante mi carrera, se sumaron otros, deshonorosos, que obtuve sin esfuerzo alguno; y así, además de "piojoso", se sumó otro título, "sarnoso"³⁵. Resulta que entre los paciente de mi hospital se había producido una epidemia de sarna noruega³⁶ en enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y claro está, en un nosocomio donde no hay lavamanos y mucho menos jabón o geles antisépticos, los furiosos animalículos estaban felices entre tanta comida. Otra noche se sucedió la misma escena, los tres acostados en la cama, el televisor encendido, Chelita que se rasca el abdomen y yo que la secundo. El diagnóstico fue inmediato. La Doctora Lolita Alfonso de Pérez (†), querida amiga y dermatóloga a quien Graciela llevó a Chelita para aclarar la compleja erupción que tenía, mediante raspado de la piel con la punta de un bisturí tomo una muestra, la puso en una lámina cubre objeto y me restregó en la cara a través del microscopio la infamante sarna de mi hija que no era... sino la mía propia.

³⁵ Sarna o escabiosis es la enfermedad producida por la presencia en la piel del hombre del ectoparásito, el arador o *Sarcoptes scabiei*; es típico reconocer en la piel el surco acarino que corresponde a las galerías que se fraguan los ácaros en la piel y la reacción local que se produce por este daño.

³⁶ La sarna noruega es una forma particular de sarna, mucho más frecuente en pacientes inmunodeprimidos que en la población general. Se caracteriza por la gran cantidad de parásitos que albergan las lesiones, motivo por el cual es altamente contagiosa y difícil de tratar.

• La mala memoria y el “síndrome de déficit de atención”

El síndrome de déficit de atención/hiperactividad conocido anteriormente como síndrome de déficit de atención se considera un desorden del desarrollo, en gran parte de naturaleza neurológica, que afecta el 5% de la población mundial. En forma típica se presenta durante la niñez y se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad así como también, por tendencia al olvido, pobre control de los impulsos o impulsividad y distractibilidad. Hoy día tiende a considerarse como una condición persistente y crónica para la cual no hay curación. Aunque se creía solo del niño, en la pasada década ha habido incremento en el diagnóstico en adultos.

¿A qué viene todo esto? Pues bien, siempre he tenido muchos problemas para concentrarme; mi imaginación vuela como un papagayo cuando quiero focalizarme en algo, y ello de continuo me ha producido muchas penas y dolores. Recuerdo claramente cuando con mis hermanos Luís y Franco me vine a Caracas en Autovía desde la Estación Alemana de Ferrocarriles de Venezuela en Valencia en septiembre de 1955. Eran dos o tres vagones sin locomotora que se desplazaban por la vía férrea pasando por 17 puentes y 26 túneles ofreciéndonos el hermoso espectáculo viviente y vívido de los Valles de Aragua. Nuestro querido hermano Fidias nos esperaba en la Estación de Caño Amarillo en compañía de Guillermo Nuño, un aventajado compañero suyo de estudios de medicina. Anocheceía y se sentía el frío caraqueño y la neblina de entonces. En un carrito que más parecía un coquito, un Austin de color marrón claro de su propiedad, nos condujo a la Pensión de Doña Ángela de Ponte Urbaneja en la Parroquia de Santa Rosalía, más precisamente de Velásquez a Santa Rosalía # 132. Entrar en aquella casa vieja me produjo mucha tristeza y sentí gran arrepentimiento por haber renunciado a las comodidades de mi casa, especialmente cuando vi la habitación que compartiría con Franco mi hermano. Oscura, de techo alto, con un desnudo bombillo pendiente del techo, dos camas sencillas y un gran escaparate antiguo de tres cuerpos donde vacié el magro contenido de mi maleta. Había mucha suciedad y una colección de enormes y repulsivas cucarachas “conchudas”, capaces de mover una lata de galletas en la cual almacenaba, para comerlas de a poquito, unas empanadas dulces rellenas con nueces y miel que hacía mi tía Yamile, esposa de mi tío Salomón, hermano de mi papá ...

El quinto año o preuniversitario como también entonces se le llamaba, lo hicimos en el Liceo Andrés Bello de Caracas. Las exigencias académicas de ese centro superaban con mucho a las que habíamos dejado atrás, en el Colegio del Sagrado Corazón de Jesús de los Hermanos Cristianos de La Salle de Valencia, donde habíamos pasado casi toda nuestra primaria y bachillerato, siendo los líderes de las medallas semanales de “primero” y “segundo” puesto, una semana la sacaba Franco, y la otra yo. En nuestro nuevo recinto escolar percibimos lo mal preparados que estábamos. A pesar de salir a estudiar todas las noches con nuestras sillas plegables al recién inaugurado Centro

Simón Bolívar o a la Plaza de la Concordia, al final del primer lapso de dos meses nos habían reprobado en todas las materias, incluida la más fácil, educación artística.

Me di cuenta que tenía que memorizar mis lecciones, y desafortunadamente para mí, la profesora de biología, Marilú Carrero, prácticamente nos obligaba a aprender de memoria sus clases y vaciarlas con sus mismas palabras, con pelos y señales y por escrito en los exámenes so pena de ser reprobados ¿Cómo hacer? Caminar y caminar para abrazar la concentración necesaria...

Luego vino el primer año de medicina con el aprendizaje de aquella cantidad de nombres complejos y desconocidos, protuberancias, ligamentos y apófisis de impronunciables nombres. Inicialmente comencé a estudiar en grupo, pero pronto me di cuenta que no iba a la misma velocidad de aprendizaje de mis compañeros. Sintiéndome muy mal, muy inferior, decidí estudiar por mi cuenta y en solitario. Para huir del ambiente depresivo de la pensión, me iba a la Universidad Central de Venezuela, escogía algún árbol que me diera sombra y al amparo de las miradas, estudiaba en voz alta y caminando. En algún momento descubrí el Auditorio de la Escuela de Enfermeras que aún no habían inaugurado, me introducía subrepticamente dentro de él y estudiaba en voz alta y caminando. Esto se repitió en diferentes ambientes durante todos los años de mi carrera y los primeros años de graduado.

Creo que al final de mis estudios había caminado más kilómetros que el pobre de *Forrest Gump* protagonizado por el celebrado actor *Tom Hanks* (1994); me sentía identificado con el desdichado de Forrest cuyo cociente intelectual era inferior a 75 pero que así y todo, inspiró la conocida frase en inglés, "*shit happens*"³⁷...

Así llevé mis estudios hasta mi graduación y aún después. Sintiéndome muy triste y acomplejado; sin embargo, aunque mucho me costara, con una gran disposición al estudio y al saber. Enseñar una y otra vez lo aprendido, me ayudaron a fijar los conocimientos y a sentirme útil a mí y a las personas que me rodeaban, fueran pacientes o mis compañeros de curso de grados inferiores y superiores...

³⁷ *Shit happens* es una expresión inglesa que indica que la vida está llena de sobresaltos, contrariedades y/o infortunios; inevitablemente cosas malas pasan en la vida; "a joderse y a aguantarse".

- **Una monja: La Tía Filomena; un ladrón de bancos: Willie Sutton; un poeta: John Milton...**

Conocer el qué, el por qué, el para qué y el para quién de la *ars medica* o el arte de la medicina, debería ser el desiderátum de todo médico. Pero cuán difícil es apenas intentarlo. El segmento vital de que disponemos para hacerlo, sólo lo haría factible a las mentes geniales. Como las anécdotas asociadas a la enseñanza de la medicina se me antoja que facilitan y simplifican la recepción del conocimiento, les relataré mis enlazaduras con tres personajes sin aparente conexión, a la vez fascinantes y difíciles de olvidar.

El primero de ellos es una monja. La llamaré la Tía Filomena. Transcurría el año 1963 y mi práctica privada comenzaba a nacer y crecer gracias a médicos amigos, muchos de ellos, mis antiguos profesores que me referían sus pacientes agudos. Casi siempre eran pacientes muy enfermos y complicados, difíciles de tratar ellos o sus familiares, que clamaban por alguien que los cuidara, tratara de llevarlos al buen puerto del restablecimiento, y capaces, hasta de tolerar sus impertinencias o las de sus allegados. En algunos casos, el paciente no se encontraba en condiciones de egresar, o su familia en situación de obtener más recursos para poder sufragar el coste de la hospitalización. Era pues necesario trasladarlos a otra clínica más económica donde también, sin desmedro de la atención, pudiera proporcionársele los cuidados necesarios. Por los lados de Sarría existía una pequeña clínica que llenaba esos requerimientos. Para ello, se hacía necesario que estuviera dirigida por una persona responsable, ejecutiva e impecable. Ese personaje era precisamente la Madre Filomena, la directora del pequeño nosocomio. Alta, delgada, muy seria, de recio carácter, mandaba, y era obedecida y respetada por el personal. Regentaba con orgullo esa tacita de plata, siempre brillante.

Un largo pasillo de granito pulcro donde los pasos resonaban, nos daba la bienvenida. Desde allí y por unas escaleras, accedíase a la Estación de Enfermería. Allí solía encontrarse ella, erguida y siempre solícita y respetuosa, portando un paño de mano limpio y blanco y una pastilla de jabón, para que nos aseáramos las manos antes de ver al paciente y luego nuevamente, a la salida de la habitación, tal vez, evocando las memorables lecciones de Semmelweis³⁸. Desde allí y en su compañía, se trasladaba

³⁸ Ignaz Philipp Semmelweis (1816-1865), ginecólogo austriaco, el primero que afirmó la infecciosidad de la fiebre puerperal y sentó los fundamentos de la antisepsia en obstetricia.

uno a las habitaciones, pequeñas pero confortables, con una ventana que daba a un patio. Muy aseadas; la ropa de cama, muy blanca y ella, al lado con una enfermera auxiliar a la cual continuamente pedía información. Recuerdo un período durante el cual tuve una paciente muy añosa, madre de un médico de larga parentela, tan enferma toda ella como sus demandantes acompañantes. Todos eran quejumbrosos, de trato brusco, al unísono exigían atención permanente, y nada les conformaba. Un día de esos en que la paciente ya con una gran fatiga por tanta vida vivida y con pérdida de toda esa reserva orgánica con que nos provee la naturaleza, en que parecía despedirse del injusto mundo, trataba yo en vano de tranquilizar a algunos de sus hijos, envió una enfermera a buscarme, a salvarme de aquella pegajosa inquisición... Volví a la Estación y mientras me lavaba las manos, oí que ella decía al personal,

-“¡ Rápido, rápido, que el doctor Mengano camina por el pasillo, y viene muy molesto, de muy mal humor...!”

Giré sobre los tacones de mis zapatos, pero lo logré ver a nadie. Era aquella una habitación sin ventanas y el teléfono no había sonado. Así, ¿Qué significaba toda aquella prevención? Efectivamente, en pocos segundos apareció un médico entrado en años y pintando canas, quejándose airadamente del tráfico de la zona y de la dificultad para estacionar su automóvil, empatando aquello con el caso de su paciente -que como la mía-, no quería mejorar...

Me fui pensando en el “¿cómo se había enterado?” la sagaz monja, pero otras obligaciones llevaron mi mente por otros rumbos. Al día siguiente, habiendo pasado la turbulencia del día anterior, me atreví a preguntarle cómo había anticipado las malas pulgas del colega. Entonces me dijo,

-“Aquí tengo trato con muchos médicos que confían en los servicios de la Clínica y me esfuerzo en conocerlos. Cuando se desplazan por el pasillo de la entrada puedo oír el taconeo de sus zapatos y reconocer quién es la persona que está a punto de llegar, sentir la prisa o la tranquilidad con la que se desplaza, en fin, percibir su estado de ánimo tranquilo o agitado”.

Me pareció haberme topado con una observadora extraordinaria (poseía, si se quiere, un *auditus eruditus*), que me transmitía gratuitamente una de esas enseñanzas memorables con que nos ofrenda la vida y una anécdota para ser recordada: El cultivo de la observación –a través de cualquiera de los cinco sentidos- y en este caso por el oído solía dar buenos frutos y por tanto, era digna de ser cultivada.

¿Qué sería desde entonces y para mí la *Regla de la Tía Filomena*? Sería la sumatoria de la observación fina y del conocimiento y experiencias que un médico pudiera albergar a lo largo y ancho de su práctica: Un llegar a conocer tantas entidades clínicas simples o complejas, frecuentes o excepcionales, como para poder sospecharlas o diagnosticarlas al rompe; pero además, un conocimiento del paciente, del individuo particular que sufre y que la enfermedad trata de ocultarnos y que por nuestra formación

materialista con frecuencia lo logra; un compromiso a vida plena con el estudio y la docencia; un afinamiento de los sentidos, así que dejados al vuelo puedan reconocer lo reconocible o intuir lo nuevo o extraño; en otras palabras, una forma intuitiva donde la enfermedad se le revelara fácilmente “por su manera de caminar y el taconeo de su transcurrir”. Ello implicaría conocer no sólo las enfermedades sino también sus formas atípicas de presentación –tan frecuentes como diferentes como son los pacientes que vemos a diario³⁹- y los escondrijos o recovecos donde se alberga para salir a buscarlas.

Así, que la Regla de la Tía Filomena implicaría, estudio comprometido para conocer tantas enfermedades como posible, atención inteligente para conocer sus síntomas y signos, astucia para llegar hasta los sitios donde se esconde y flexibilidad para comprender su atipicidad.



Figura. Hubiera sido difícil de imaginar que tras del hábito de una monja pudiera esconderse esa hermosa y curvilínea mujer que en pelotas una vez vi en la playa:

Eso es la atipicidad...

Willie Sutton (1901-1980), llamado El Actor o “*slick Willie*”⁴⁰, fue un famoso ladrón de bancos y era muy bueno en lo que hacía. En su maletín de “visitas” generalmente

³⁹ “No hay enfermedades, sólo enfermos”, la frase del genial clínico francés, Armand Trousseau (1801-1867). Médico francés del *Hopitaux Hôtel-Dieu*, catedrático de terapéutica y de clínica médica en la facultad de medicina de París, descriptor de la tisis laríngea y diversos signos clínicos.

⁴⁰ “*Slick*” por resbaloso, por las tantas veces que fue capturado y las otras tantas que escapó.

llevaba una pistola o una ametralladora Thompson, pues era un convencido de que sin ello no podría robarse un banco con personalidad, encanto y seducción. No obstante, se enorgullecía diciendo que no las había usado nunca. El hecho de robar a los ricos –pero no para distribuirlo entre los pobres-, le confirió un cierto y confuso aire de Robin Hood. En algún momento llegó a constituirse en uno de los tantos Enemigos Públicos No 1 del FBI, pero tal vez no haya sido conocido por su carácter escurridizo y reincidente el haber pasado a la inmortalidad, sino por una frase que se le atribuyó cuando fuera interrogado por periodistas ávidos de noticias y que va como sigue,

-“Mister Sutton ¿Por qué usted sólo roba bancos...?” La única respuesta ante esa pregunta no podría ser otra que,

-“*Because that’s where the money is!*”-! Porque allí es dónde está el dinero!- contestó,,,

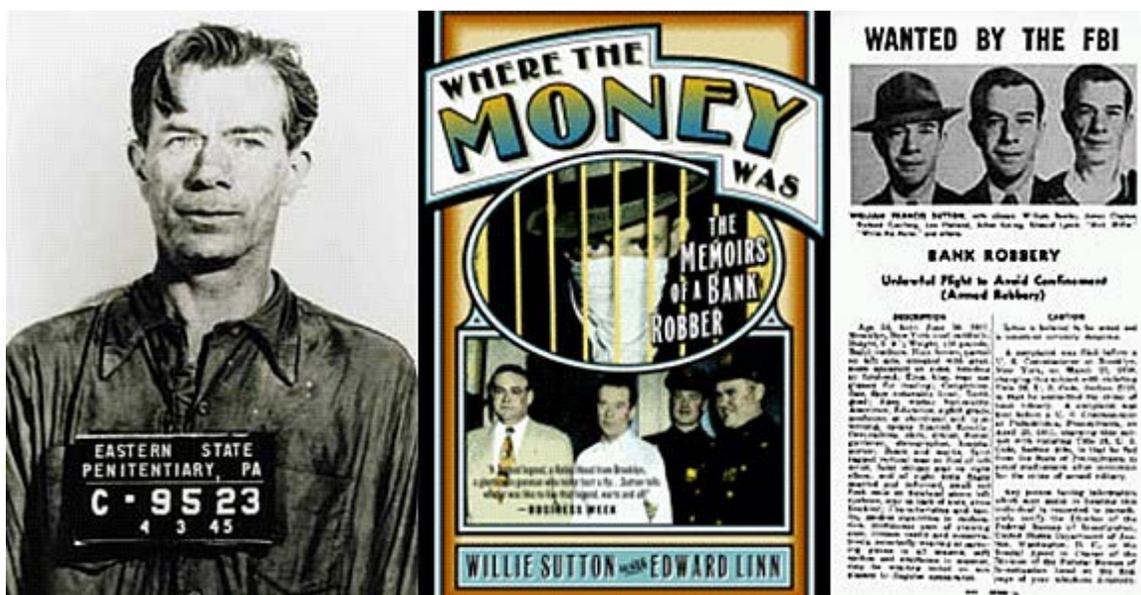


Figura . William “Willie” Sutton (1901-1980). En marzo de 1950 ganó un puesto entre los primeros diez más buscados por el FBI...

Todavía no se sabe a ciencia cierta si alguna vez pronunció esa frase, o si fue una más de esa larga lista de mitos y leyendas que se crean alrededor de personajes importantes, famosos o estafalarios. Lo cierto es que dos libros se han escrito sobre

él⁴¹. En el segundo, comenta Sutton con orgullo, cómo la profesión médica adoptara la “Ley de Sutton”, llamando a mirar o buscar lo obvio antes de ir más adelante y descarriarse en el camino del diagnóstico. La citada ley fue acuñada por un profesor de medicina quien recordó la respuesta dada al reportero que le inquiriera acerca de lo obvio. Lo cierto que en medicina la “Ley de Sutton” se ha transformado en un paradigma del saber médico. Es una “acción disciplinada→ *Diríjase donde está el diagnóstico*”, que nos compele a encaminarnos con las pistas acumuladas hacia la respuesta, hacia donde yace el diagnóstico... Imaginemos un paciente que se queja de ver mal y en una simple campimetría por confrontación –haciéndole cerrar un ojo le pedimos que mire directamente a nuestra nariz al tiempo que colocamos ambas manos alzadas a los lados de ella -“¿Ve mis dos manos?”- encontramos una hemianopsia bitemporal, –a la manera de las gríngolas de un caballo, no ve la mano que está hacia fuera con ambos ojos por separado-; luego, puede ser mejor definida mediante una campimetría en pantalla de tangentes de Bjerrum o una perimetría computarizada de Humphrey ¿Qué significa este hallazgo? Por supuesto que existe un tumor originado en la región selar – donde se encuentra la hipófisis- que comprime el quiasma óptico ¿*Dónde están pues los reales?* Sin pérdida de tiempo ni exámenes fuera del contexto, los reales se encuentran en la identificación por tomografía computarizada o resonancia magnética cerebrales el área de la cisterna supraselar o quiasmática donde con toda seguridad se hallará el tumor (Figura).

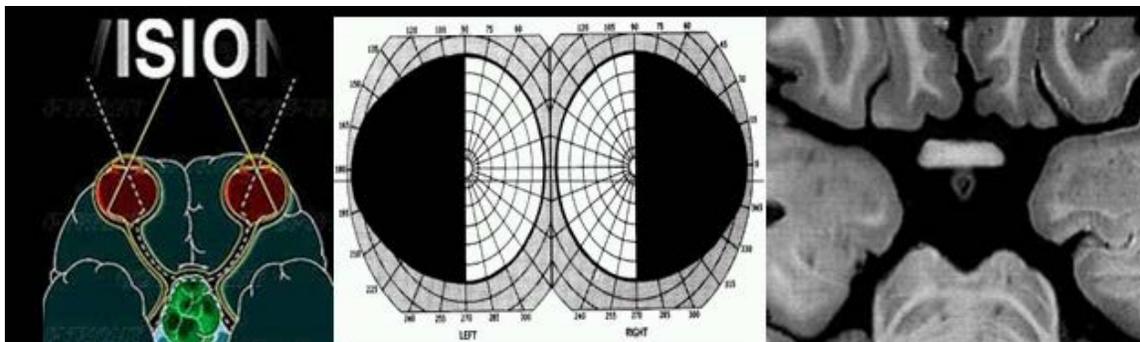


Figura. Hemianopsia bitemporal -se pierden la V y la N- a la izquierda, su expresión campimétrica en el centro, y vista anatómica de la cisterna quiasmática delimitada por el *gyrus rectus* del lóbulo frontal, el hipocampo de lóbulo temporal y la cisterna

⁴¹ “I, Willie Sutton” (Second Edition, Da Capo Press, New York 1993)

“The Memoirs of a Bank Robber” (Viking Press, New York, 1976).

interpeduncular del mesencéfalo a la derecha. En el centro y arriba se aprecia el quiasma óptico como una barra horizontal y ubicado inferiormente, el tallo hipofisario.

Según Sutton, “La ironía de emplear la máxima de un ladrón de bancos como un instrumento de enseñanza de la medicina es una fabricación y puedo confesar ahora que en efecto, nunca dije la frase en cuestión. El crédito pertenece a algún reportero que sintió la necesidad de completar un escrito. Si alguien me lo hubiera preguntado, probablemente hubiera dicho igual que cualquier otra persona... “No puede ser más obvio. ¿Por qué entonces yo robo bancos? Porque lo disfruto, porque lo adoro, porque estaba más vivo que en cualquier otro momento de mi vida cuando estaba dentro de un banco robándolo...”

Urdiendo nuestras ideas para formar un tejido, tendríamos entonces la importancia de la adquisición del conocimiento y el reconocimiento de la enfermedad y de sus escondrijos, y la ruta conducente hacia la búsqueda de su morada. Pero aún existiría un paso más en llegar a comprender el alcance de la *ars medica* (arte de la medicina)...

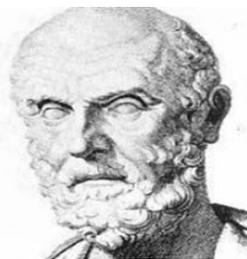
John Milton (1608-1674), el famoso poeta inglés del siglo XVII, autor de “El paraíso perdido”, al final de su poema “Su ceguera” (1655), escribe, “también sirven aquellos que solo se detienen y esperan”. El *médico bien entrenado* sabe qué hacer por su paciente; el *médico especial* sabe qué *no* hacer por su enfermo. Pero en estos contorsionados tiempos el arte de no hacer nada, de observar y esperar, está en peligro de extinción. Hoy día todo es maquinal, todo es movimiento, una acción dada debe llevar a una reacción y esa reacción debe ser inmediata. Enseñamos a nuestros alumnos a hacer, pero no a saber aguardar... La espera en medicina es una forma de *inacción disciplinada*, un saber esperar en forma razonada, es estar al husmo del detalle o de la evolución de un enfermedad, expresado por ejemplo, en apreciar la oportunidad de aprender sobre su historia natural, la forma como suele manifestarse; en el sentir que muchos pacientes van a sanar a despecho de lo que hagamos –*vis medicatrix naturæ*⁴²–; en no pedir numerosas consultas a otros colegas solo porque el diagnóstico no es inmediatamente obvio; en no ordenar costosos estudios –“tecnología de punta”–, cuando otros más económicos pueden suministrar la misma información; en no administrar una ristra de medicamentos y drogas para intentar aliviar cada posible enfermedad. Esa espera, para quien esperar sabe, suele dar increíbles réditos...

⁴² El poder curativo de la naturaleza expresada en esa extraordinaria “máquina” que llamamos el cuerpo humano, hecho para sanarse, no para enfermar...



Figura. John Milton, el saber esperar...

Por último, para integrar el arte de la medicina debería existir una suerte de medida unitaria que resuma el quehacer y el buen hacer del médico; una que conjugue a la Tía Filomena, a la ley de Willie Sutton y la espera razonada de John Milton. Esta medida unitaria la constituyó la ética del diagnóstico en la Antigua Grecia expresada la *tékhne iatriké*, un saber qué hacer y cuándo, que latinizada se transformó en *ars medica*, deviniendo en nuestros días como oficio o arte de curar:



**“Un saber hacer,
sabiendo por qué
se hace
lo que se hace”**



Figura . Hipócrates, *tékhne iatriké* y el pensador ¿estreñado? De Rodin.

Hago que mis alumnos la aprendan y la ejerzan en toda situación de su vida, tanto personal como médica. En forma muy irreverente les pido que la peguen en la pared del baño, frente a la poceta, para que así cada día la lean y la memoricen; por supuesto, los estéticos dedicarán más tiempo a su lectura; un efecto colateral beneficioso del estreñimiento...

- **El interno que cuide de la paciente...**

Terminaba mi año de Internado Rotatorio en cirugía (1962) cuando el Dr. Fernando Rubén Coronil intervino a una paciente en el fondo de la Sala 15, a la sazón convertida en improvisado pabellón, pues los de verdad-verdad estaban siendo, una de tantas veces más, remodelados. Poco tiempo atrás había regresado de Rusia donde había aprendido técnicas de cirugía cardiovascular de avanzada y se le veía ansioso por aplicarlas.

Era una mulata más bien obesa cursando la cuarta década de la vida, con una severa estenosis mitral⁴³ reumática con repercusión sobre su corazón derecho y múltiples ingresos al Hospital por hemoptisis e insuficiencia cardíaca. Un dechado de semiología cardiovascular. Su intervención había sido aplazada varias veces por diferentes razones. La cirugía, una comisurotomía mitral, se realizaba entonces introduciendo el dedo índice del cirujano a través de una brecha abierta en la aurícula izquierda y de allí a la válvula calcificada y rígida para fracturarla: luego quedaba aquella tremenda insuficiencia... Pero después de la cirugía, vendría un postoperatorio...Y allí es cuando entro yo, el décimo hijo de Panchita.

No se les ocurrió mejor idea que entre adjuntazos, adjuntos y residentes, me escogieran a mí para cuidarla durante la primera noche de su postoperatorio... Cuando fui señalado con el índice, volteé hacia atrás esperando ver a otro, pero no era así, nadie había... Por supuesto, entonces no había ambientes para recuperación y las terapias intensivas no figuraban en hospitales ni en el léxico médico. Total, no había nadie más abajo en el escalafón a quien yo pudiera endosarle tamaña responsabilidad. Gran adquisición tecnológica del momento, le pusieron un monitor de pulso a baterías en el dedo índice de la mano derecha que pitaba con cada pulsación: un capuchón conectado mediante un cable con una cajita metálica en su mesa de noche. Así pues que me alcanzaron una silla a la siniestra de la cama y me colocaron en la misma mesa un equipo de cirugía mayor con dos pares de guantes estériles para que en caso de paro cardíaco, de un certero golpe de bisturí, “le abriera el tórax y le diera un masaje cardíaco”... ¿Quién, yooo? ¿Habríase visto tanta desconsideración para un interno cagaleche a quien ni la cirugía le gustaba? Pero, no había nada que hacer, el sino me había señalado a mí,, solo a mí...

Menos mal que la noche con sus temores y tufillo a muerte no había arropado aún los pasillos y salas del Hospital. Pero la oscuridad hubo de llegar y una pequeña lámpara

⁴³ Es un trastorno de las válvulas cardíacas que compromete la válvula mitral, la cual separa las cámaras inferiores y superiores del lado izquierdo del corazón. Estenosis se refiere a una condición en la cual la válvula no se abre completamente, restringiendo el flujo de sangre

de mesa me acompañaba con mi falta de luces quirúrgicas. Yo, sentado a la siniestra de la Cama 17 de la Sala 16 mirando hacia la pared, rogando a una tarjetita de la Virgen del Coromoto asentada en la mesa de noche que acelerara aquella espantosa nocturnidad y pendiente de la cadencia de aquel *pí-pí-pí...* En algún momento de súbito el ruido cesó y casi entro yo mismo en paro cardíaco. Pronto me di cuenta que el artilugio de última generación de aquella época que le habían enchufado a la paciente, no era del todo confiable. Así que cada vez que se detenía, tenía yo que ajustarlo mientras nerviosísimo, palpaba el pulso y auscultaba a la paciente a ver si en verdad su corazón se había detenido. Pasé toda la noche con las bolas en la garganta y en aquel tejemaneje interminable. Vino el alba con sus arreboles y renació una esperanza para mi conturbado espíritu, y ya entrado el día, hacia las 7.30 A.M. comenzaron a presentarse los responsables de mi aterrador insomnio, todos muy frescos y con sus caras muy lavadas.

Todavía no puedo comprender aquella actitud de mis maestros hacia la paciente y hacia mí mismo. La pobre pasó el rubicón de la primera noche, y así las siguientes, llegando a recuperarse de la agresión quirúrgica; no obstante, quedó con una gravísima regurgitación mitral y su padecer sólo finalizó con la muerte algunos meses después, y siempre en mi ignara compañía...

- “¿Por qué tienes ese ojo tan pelado...?”

♣ Los casos que relataré forman una trilogía de historias sobresalientes de un grupo de pacientes portadores de una orbitopatía distiroidea de Graves-Basedow⁴⁴ en quienes ocurrió una retracción palpebral horas después de un severo trauma emocional...

Helena, una hermosa mujer de alta sociedad iniciando la cincuentena pero aparentando muchos años menos, muy sofisticada y coqueta, con cutis de porcelana, con dos hijos profesionales y *habitué* de las páginas sociales de los diarios caraqueños, un día despertó y al encontrarse con uno de sus hijos este le preguntó,

–“Mamá ¿Por qué tienes ese ojo pelado...?”

Corrió de inmediato al espejo y notó horrorizada que efectivamente, su ojo izquierdo estaba desmesuradamente abierto y como brotado. Luego de varios intentos fallidos ocurrió a mí en busca de una explicación médica. La más reiterada fue que su ojo derecho estaba pequeño. Acostumbrado a bregar con estos pacientes, le pregunté si recordaba algo en los días cercanos a la aparición del problema, que la hubiera inquietado, asustado o preocupado mucho. Resueltamente me contestó que no recordaba nada. Mientras le realizaba un examen físico que fue por demás normal con la excepción de la retracción palpebral, y del párpado superior izquierdo que se quedaba suspendido o rezagado al mirar hacia abajo mostrando lo blanco del ojo (signo de von Graefe) (Figura), se lo pregunté de nuevo, y posteriormente, cuando conversaba con ella antes de que se fuera y explicarle que su problema estaba relacionado con alguna disfunción tiroidea, la inquirí de nuevo llenándome del mayor deseo de comprenderla, y de nuevo me lo negó huyendo mis ojos y bajando los suyos. Le ordené algunas exploraciones complementarias y me levanté para darle la despedida extendiéndole la mano. En ese momento me dijo,

–“Doctor, Usted me ha inspirado confianza...”.

Le ofrecí de nuevo la silla, se sentó y entonces me comentó que creía haber estado felizmente casada desde hacía 32 años, pero que en los últimos meses había notado

⁴⁴ La oftalmopatía distiroidea es una enfermedad inflamatoria, de origen autoinmune, que se caracteriza entre otros signos por protrusión ocular (exoftalmía) y retracción palpebral bilateral. Independientemente, Robert James Graves (1776-1853) publica 3 casos de mujeres con exoftalmos y crecimiento tiroideo en el año 1835, y Carl Adolph von Basedow (1799-1854) en 1840 en Alemania plantea la estrecha relación entre la exoftalmía y las anomalías tiroideas.

una cierta frialdad glacial de parte de su esposo; siempre la ignoraba y a menudo tenía alguna excusa no para intimar, para no tener una relación sexual con ella. ¿Qué otra cosa podía pensar sino en la intrusión de una competidora en su relación de pareja? La Noche Buena de Navidad le ofreció una oportunidad para tratar de recuperarlo. Invitó algunos amigos a cenar en casa. Para la ocasión se hizo confeccionar un hermoso traje rojo descotado diseñado por el famoso modisto de la época Guy Mallet; además se fue a la peluquería a peinarse, hacerse la manicure y maquillarse. Juzgando su hermosa cara y su grácil figura, esa noche debió lucir deslumbrante, radiante y seductora. Una vez despedidos los visitantes, ella se quedó conversando con su marido, movilizándolo sus mejores artes para seducirlo, llegando a tomarle de mano e insinuándole un beso. Él retiró la cara, arguyó que estaba muy cansado y que se iría a la cama. En el camino, entró en su biblioteca y cerró la puerta. Ella sintió que él levantaba el auricular del teléfono y de inmediato hizo lo propio en un auxiliar.

–“¡ Ahora sí que sabré con qué mujer me está engañando...!” –dijo para sus adentros.

Del otro lado de la línea escuchó palabras que expresaban amor, pasión y deseo, que a su vez, eran retribuidas con similar ardor por su marido... Tuvo una desconcertante impresión, un desgarrante dolor, una gran rabia e impotencia, deseos de gritar y llorar contenidos y una sensación de que se desvanecía... La voz al otro lado del auricular era la de un hombre... Al día siguiente se le notó la retracción palpebral. En una segunda consulta me dijo que había decidido por sus hijos y dada la figuración social y económica de su marido, que toleraría la situación y no se divorciaría. Las pruebas de función tiroidea y anticuerpos antitiroideos estaban dentro de parámetros normales. En el estado en que estaba su problema no había nada que hacer si no esperar. No volvió a la consulta de control programada. Se trataba en efecto de una orbitopatía distiroidea de Graves eutiroidea...

Unos dos años después, la vería con su marido en una marcha de la oposición y en plena calle. Ella me llamó la atención, ataviada de blanco, bella como siempre; algo pasó pues no pude percibir esta vez rastros del problema palpebral...

♣ Tenía un extraño apellido que comenzaba con una “Ñ”; sigue siendo el único con esa letra de inicio que tengo archivado en mis historias clínicas y me temo que si desaparece la “ñ” del alfabeto se quedará innominado... ¿Su queja? Hace algunas semanas, un buen día sus compañeros del restaurante donde trabajaba como mesonero, le hicieron saber que tenía “el ojo izquierdo más chiquito...” Cuando llegó a mi era evidente la presencia de una retracción palpebral derecha con rezago al mirar hacia abajo, lo que dejaba al desnudo lo blanco del ojo dando una impresión muy extraña... Luego de examinarle escrupulosamente no encontré ninguna otra anomalía. Nuevamente, se trataba de una orbitopatía distiroidea de Graves con escasa signología. Ya familiar con el hecho desencadenante, le pregunté por el evento precipitante y si en los días previos al hallazgo de sus compañeros le había ocurrido algo extraordinario. Y allí me dejó conocer la macabra experiencia que le había tocado

presenciar... Uno de sus días libres se encontraba en la Avenida Principal de Sabana Grande esperando un carro por puesto para irse a casa. El auto se detuvo ante él. Abrió la puerta y al momento en que estaba introduciendo el pie izquierdo para penetrarlo, vio que un autobús venía a toda marcha a chocar por detrás el automóvil donde precisamente se iba a montar. Se quedó helado. El golpe fue tremendo y el carro lanzado con inusitada fuerza hacia delante. Una señora que precisamente estaba delante tratando de cruzar la avenida, fue arrollada y desmembrada. Todo en cuestión de segundos. Él se quedó congelado mirando la escena, paralizado, horrorizado y sin saber qué hacer... Había salvado su vida porque ese día no le tocaba. Me visitó múltiples veces invitándome a comer al restaurante donde trabajaba... La falta de opciones terapéuticas o que sé yo, le ausentaron de mi presencia... No acepté su amable invitación ni le vi nunca más...



Figura . Orbitopatía distiroidea de Graves-Basedow. Signos típicos de la condición: Retracción palpebral y rezago palpebral (signo de von Graefe) izquierdos al mirar hacia abajo.

♣ Nos visitó en el Hospital Vargas... Me encontraba con mis alumnos, su ojo izquierdo desmesuradamente abierto se asociaba a otros indicios de orbitopatía distiroidea... La martillada pregunta voló a mis labios en diversas ocasiones y la respuesta fue siempre la misma,

-“No, que yo recuerde, no me ha ocurrido nada extraño...” contestaba y contestaba.

Volvió a los quince días con algunos exámenes ordenados. Me dijo delante de todos que por favor le perdonara, pero que había olvidado “algunos detalles” ocurridos antes

de su consulta inicial. Un día cualquiera iba en una buseta hacia su trabajo. En una esquina adyacente al Elevado de Maripérez vio a su hermana de pie y en bata de casa. ¡Qué extraño!, ella no vivía en esa vecindad –se dijo-. La distancia le impidió llamar su atención. ¿Cómo era posible que estuviera parada allí muy lejos de su residencia y en bata de casa, tan contrario a su forma de ser, siempre tan bien dispuesta...? Una vez llegado a su trabajo le comunicaron que habían llamado unos vecinos de su hermana quienes percibieron que algo anormal ocurría en la casa de aquella, pero que a sus llamados no abría la puerta. Inmediatamente se trasladó al lugar temiendo algo serio. Al abrir la puerta encontró una inenarrable y horrible escena... Su hermana muerta, tirada hacia un ángulo de la cocina en medio de un gran pozo de sangre, con la carne desgarrada en todo el cuerpo y el rostro totalmente desfigurado, comido por su perro *rottweiler* a quien paradójicamente, había amamantado con un tetero desde que era un cachorro... ¿Cómo haber olvidado una experiencia tan horripilante...?



Figura . La Mona Lisa y retracción palpebral bilateral. Secuencia de los hechos en nuestro último paciente (Dibujo realizado por nuestro alumno, Dr. Alfonso Del Giorno).

Aunque millones de personas sufren hipertiroidismo o enfermedad de Graves, suele decirse que sólo existe evidencia circunstancial de que el estrés⁴⁵ pueda ser un factor causal, agravante o desencadenante. No ha sido esa mi experiencia en los pacientes

⁴⁵ Se define estrés como una compleja reacción psico-fisiológica del cuerpo en la cual la homeostasis, o estado de armonía y fijeza del medio interno, se encuentra amenazado o trastornado.

que con mucha frecuencia atendemos los neuro-oftalmólogos. Si indagamos bien, pienso que vamos a encontrar sorpresas. Es de hacer notar que el Dr. Robert Graves (1797-1853), médico escocés que describiera la enfermedad, mencionó que algunos de sus pacientes habían tenido un evento estresante antes del inicio de los síntomas. Se ha propuesto una teoría según la cual una situación de estrés coloca al cuerpo en un "modo de supervivencia". El sistema hormonal no relacionado directamente con la inmediata sobrevivencia está desconectado, mientras que los sistemas que gobiernan el crecimiento, metabolismo, reproducción e inmunidad son afectados todos por este proceso. Toda vez que la crisis finaliza, todos los sistemas corporales vuelven a la normalidad. Desafortunadamente, el cuerpo puede quedarse enganchado o pegado por decirlo de otra forma, en el "modo de supervivencia" condicionando la aparición de numerosas condiciones patológicas, y entre ellas la enfermedad de Graves.

La medicina moderna se ha vuelto cada vez más organicista, negando que los aspectos espirituales y emocionales se encuentran imbricados en toda queja y que el mismo paciente generalmente ya ha identificado pero que teme mencionar ante la indiferencia de quien lo escucha...

- **¿Sólo medicina humana...?**

Recuerdo con orgullo interior uno de mis diagnósticos más espectaculares: Lo inusual para mí fue que no se trataba de un bípedo humano, sino de un cuadrúpedo animal. Me encontraba en San Fernando de Apure en compañía del Dr. Darío Savino dictando unas charlas en una reunión en el Colegio de Médicos del Estado Apure, donde por cierto nos condecoraron a ambos con el botón gremial. Luego de finalizado el acto viajamos con el Dr. Policarpo Díaz, fraternal amigo, alumno y oftalmólogo de la localidad, al pueblo de Guayabal del Estado Guárico, muy cerca de San Fernando a visitar a un amigo de Darío y a quien en ocasión pasada yo le había evaluado un hijo con un tumor cerebral. En su hermosa casa a la entrada del pueblo, nos recibió efusivamente en compañía de su esposa. Nos brindó un trago de güisqui y luego salimos en su camioneta a dar una vuelta por su finca.

Después de pasar un potrero y llegar a un caney, observamos una algarabía que nacía de un corrillo donde unos peones se encontraban reunidos alrededor de un novillo echado en tierra. El pobre animal se quejaba sonora y amargamente. Ellos no sabían qué le pasaba al animal pero era evidente que en su agnoía estaba sufriendo mucho. El dueño, nuestro amigo, decidió que debían sacrificarlo y luego repartirse la carne. Me llamó la atención el abombamiento de su abdomen. Debo decir con justeza, que no imagino cómo puede transparentarse la facies hipocrática⁴⁶ en un becerro, pero su cara no era la de un animal alegre, sus ojos se veían tristes y faltos del brillo que la salud imprime...

Con un palo que encontré a la vera, traté de deprimir la pared abdominal del animal, pero estaba muy tensa, la musculatura se resistía como una tabla, aquel abdomen estaba severamente contracturado, era claramente lo que los médicos llamamos un "abdomen en tabla"⁴⁷; si hubiera sido un humano, no me habría cabido dudas de que era la expresión de una peritonitis aguda. Les dije que en mi opinión, se trataba de un abdomen agudo por perforación de una víscera hueca. Todos, o sonrieron con sarcasmo, o se rieron pronunciando el consabido

-“! Qué bolas tienes Rafael...!”

⁴⁶ *Facies hipocrática*: Se caracteriza por el aspecto lívido de la cara, piel retraída y nariz afilada, ojos hundidos, ojeras, palidez y sudor frío que puede encontrarse en enfermedades graves como una peritonitis aguda o un estado de *shock* (colapso circulatorio) y suele ser prenuncio de muerte.

⁴⁷ El *abdomen en tabla*, designa a una gran contractura abdominal, invencible, generada por procesos inflamatorios generalizados, habitualmente de resolución quirúrgica (apendicitis perforada, vesícula perforada, etc.).

Una vez que la res fue sacrificada apuntillándola con un puñal corto⁴⁸ introducido en el inicio de la nuca, les pedí que abrieran el abdomen. No más al incidirlo con un cuchillo, manó un líquido de color amarillento que se encontraba libre en la cavidad peritoneal; pero nada más se encontró en los órganos. Sacaron las vísceras y el intestino y me dijeron que no había nada anormal. Yo insistí en que recorrieran con los dedos aquel tripero centímetro a centímetro, como si estuvieran rezando un rosario... y al cabo de unos metros, y allí estaba el culpable... un palito atravesaba la pared del intestino delgado perforándolo...

⁴⁸ El acto final de una corrida de toros es el descabello o puntilla. Un integrante de la cuadrilla, se acerca al toro ya acostado y medio muerto, y mediante un puñal corto o una espada con cruceta, intenta seccionar la médula espinal a la altura del cuello en el espacio intervertebral situado entre la primera y segunda vértebras cervicales.

- **El caso del inadvertido cirujano plástico**

En honor a la verdad, la anécdota no me pertenece, pero me fue narrada por una buena amiga cirujana plástica. Resulta que en el Hospital donde fungía como jefa de servicio de esa rama médica, en una reunión de discusión de los casos de los pacientes que iban a ser intervenidos, tocó el turno a un joven cuya nariz se había deformado a consecuencia de un accidente vial. Luego de hablar de las técnicas aplicables en su caso y de los cuidados previos y postoperatorios, mi amiga preguntó a la audiencia médica allí convocada, quién no había operado una nariz. Uno levantó la mano y entonces ella le dijo, "Bien, te asignaremos el paciente para primera hora de la mañana".

Al finalizar la reunión, el paciente en cuestión esperaba a la doctora, y muy angustiado le inquirió,

-¡"Por favor doctora, no podría ser mi caso asignado a alguno de sus alumnos que hubiera operado aunque hubiera sido... una sola nariz"

Corolario.

Los médicos solemos ser muy ligeros e irrespetuosos. No guardamos nuestras opiniones para expresarlas lejos del oído del paciente; ignorante del técnico lenguaje de la medicina, a menudo amenazador y preocupante puede ser más tóxico que un tetero piche...

- **¡Ahh! La obstetricia...**

Mis relaciones con la obstetricia en general y los partos en particular parece que siempre fueron calamitosas...

Recuerdo mi “bautizo” como Interno Permanente de la Cruz Roja Venezolana por allá en 1959, cuando terminaba mi cuarto año de medicina. En dicha infamante celebración, los más antiguos, en connivencia con algunos médicos adjuntos de mayor edad jugaban malas pasadas a los inocentes y siempre asustados novatos. A decir verdad, después de pasar estos agrios ratos, las relaciones entre “amos” y “esclavos”, se hacía más destemplada, más llevadera, más amistosa... Éramos ahora parte de la gran familia.

Me llamaron hacia las 12.00 P.M. para que ayudara a un adjunto a realizar una cesárea. Ya sabía lavar mis manos y calzarme los guantes de látex, rituales que había aprendido desde mis visitas al viejo Puesto de Socorro de Salas donde solía asistir desde mi primer año de medicina a coger puntos de sutura, generalmente a maledicentes “borrachitos”. Entré al pabellón donde un grupo de galenos vistiendo el atuendo para la ocasión se reunían en corrillo alrededor de “una paciente”. En la mesa quirúrgica yacía un cuerpo voluminoso de abdomen muy protuberante. Me pidieron pues que procediera a hacer la asepsia del campo quirúrgico; con una torunda sostenida por una pinza e impregnada en solución yodada, debía ir aplicando el antiséptico desde el centro a la periferia haciendo movimientos circulares. Hice saber a mis “superiores” que no podría hacerlo porque ese abdomen, excesivamente piloso, no había sido rasurado. Denuestos y palabras duras me fueron ofrecidas, insultos con palabras altisonantes y adjetivos groseros, pues según ellos, yo ignoraba que ahora no solía afeitarse a las pacientes, ¡Eso era cosa del pasado...! La pasé mal, tragué gordo, tal vez me puse pálido, las gotas de sudor me corrían por la cara y las axilas al no saber qué hacer, hasta que la supuesta embarazada se alzó de la camilla en medio de sonoras carcajadas... era el gordito (doctor) Pedro Cardier, quien dadas las similitudes de su panza con el abdomen de una gestante, había fungido de embarazada...

Pero no pasó mucho tiempo antes de que atendiera mi primer parto. Las clases del “viejito”, Doctor Cruz Lepage, nuestro profesor de Patología Obstétrica y su segundo de abordó, el doctor Antonio Smith, me habían preparado en teoría para acometer el hermoso acto del parto y alumbramiento; además, estaría asistido por un estudiante adjunto al Servicio de Obstetricia, mi compañero y jefe, el Doctor Manuel Silva Córdova que seguramente me iría llevando paso a paso y de la mano, a través del proceso; si se quiere, atravesaría conmigo las estrecheces del túnel del parto con el niño por venir. La parturienta era una negra barloventeña veinteañera voluminosa y escandalosa. Aquella mujer pegaba sonoros gritos de dolor cuando el feto coronaba. Al voltearme me percaté

de que mi mentor no estaba más en la sala de parto y que yo solito estaba con mi insipiente y mi susto. Los gritos aumentaban y yo no sabía qué hacer para consolarla... Le dije entonces a aquella masa de carne con las piernas abiertas que dejara de gritar, que “eso” no podía doler tanto... La dama en cuestión detuvo su quejantina y mirándome a los ojos con rabia devastadora me dijo,

-“¡Cómo se ve bachiller que usted nunca ha cagado una patilla...!”

Buena lección de vida, lección de médico, lección humana, nunca juzgar el dolor que no nos duele, el dolor de los otros...

Y vino el sexto año de medicina y mi pasantía por la Maternidad Concepción Palacios. Para poder aprobar la materia debía tener un acumulado de 25 partos atendidos. A decir verdad no era de mi agrado el asunto de atender partos. Decidí que me internaría por dos días seguidos en aquella gran sala de partos y completaría la cifra que se me exigía. Fueron dos largas jornadas donde todo yo era hedor a líquido amniótico, sangre reciente y hasta fétidos loquios⁴⁹. A cada rato oía el grito de una enfermera quien a todo gañote decía,

-“¡Mujer en expulsión... Un bachilleer... En expulsión... un bachilleer...!”

Y corría uno a atajar el niño antes de que cayera dentro del tobo ubicado bajo las piernas de la mujer, y a observar de paso, cómo para atender un parto normal, no había que hacer mucho o nada. El por nacer parecía que también había asistido a las clases del “viejito” Lepage, y él mismo sabía cómo rotar, cómo nacer y cómo gritar para activar su novel aparato circulatorio. Al final de esas dos jornadas tan drenadoras de energía, había atendido 26 partos y ayudado en tres cesáreas. Misión cumplida. Ya no tendría que volver más...

Pero la anécdota que contaré, realmente no se refiere a mi persona. Teníamos un compañero de curso a quien apodábamos “Tripudio” por el sobrino maligno de “Don Fulgencio, el hombre que no tuvo infancia” –una tira cómica argentina de Lino Palacios que se publicaba en el Diario El Nacional de Caracas-. Desconozco el por qué de su apelativo, siempre despistado, humilde y con modales de buena gente. Era un sujeto muy hirsuto de pequeña talla, barba muy cerrada, ojos hundidos y huidizos, hablar atropellado y quien se había resistido a abandonar el claustro universitario al cual se decía, amaba en demasía, exhibiendo como credencial el haber permanecido en él, y para ese momento cerca de 12 años en la Facultad de Medicina sin poder graduarse. Como sucede con esos espíritus tozudos, al fin estaba en sexto año y parecía, que no sé si para beneficencia o maleficencia de la humanidad, al fin terminaría por graduarse. En mis correrías de un lado a otro por entre parturientas en expulsión, le veía de

⁴⁹ En obstetricia, loquio es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.

continuo entre las piernas abiertas de una misma mujer, casi cubierto por la sábana impoluta y estéril que tapaba “sus partes”; la bata quirúrgica enorme arrastrándose por el suelo, el gorro grandote, atapuzado hasta los ojos y el tapaboca casi en contacto con el anterior, apenas si le dejaban una rendijita por donde podía ver... Con los dedos de su mano en actitud de tocólogo o de predicador, introducía repetidamente sus dedos índice y medio en la vagina de la infeliz mujer. En una de esas, sorprendido por su permanencia en el sitio, le pregunté al verle tantas veces realizar la misma operación.

-“¿Qué haces “fulano”? –no diré su nombre por razones obvias-.¿Cómo qué un parto difícil?” A lo que él me contestó:

-“Muci, ya tiene 9 de dilatación del cuello uterino y pronto parirá...”

La mujer, luego de 10 partos previos y ya entendida en esas lides, largó una carcajada y de exclamó,

-“Adiós carajo bachiller, yo parí hace como dos horas...”

Bueno, “Tripudio” parece que al fin se graduó... Sólo deseo que la Divina Providencia y su furiosa determinación ante lo imposible, hayan protegido a sus pacientes...

Años transcurrieron y yo, muy alejado de ese asunto de salas de partos y gritos destemplados donde nada tenía que buscar... Ocurrió pues que en 1990 con un grupo de médicos constituyentes de la Sociedad de Amigos de San Francisco Javier y mi hijo mayor Rafael Guillermo, nos marchamos a una remota comarca en el Estado Trujillo, el Páramo de las Siete Lagunas. Un sitio detenido en el tiempo, aunque algo corrompido por el desarrollo que ascendía montaña arriba, constituido por casitas primorosas, aromosas a fogones de leña, asentadas en pequeñas mesetas, todas abundosas en gallinas correteando y flores silvestres del páramo. Todos aquellos niños con cachetes de arbol, mocosos y mirada curiosa en preparación para imitar a sus padres, por corto tiempo tal vez, pues la ciudad allá abajo, con sus novedades y estridencias muy ciertamente les arrebatarían de aquellas pacíficas alturas. Era nuestra primera visita en compañía de esos colegas de tan grande y generoso corazón. Una vez que llegamos se regó por aquellos caseríos esparcidos entre las montañas y un intenso cielo azul, la noticia de que los médicos de Caracas habían llegado portando esperanzas y medicinas. Nos dividimos en grupos y nos fuimos caminando a visitar casa por casa. Yo iba con el doctor Andrés Gómez Fagúndez, un buen hombre, oftalmólogo amigo y experto en montañismo. Al llegar a una casa preguntamos si había trabajo para nosotros. Un hombre de unos 45 años, ensombreado, alto y de tez tostada por el sol rodeado de 6 chiquillos nos dijo amablemente dándonos la bienvenida,

-“Sí, precisamente mi esposa está revuelta y ahorita en trance de parto...”-

Ambos nos miramos las caras y Andrés sin dilación me espetó,

-“Rafael, esto es tarea para un internista...”

No sé si él notó el pánico que me invadió, y por mi mente desfiló, como en tantas ocasiones en mi vida, el grueso folleto mimeografiado de Patología Obstétrica del “viejito” Lepage, -¡otra vez carajo...!-, con sus grandes hojas de tamaño oficio, donde parrafeado de la “a” hasta la “z”, se encontraban todas los hechos, procedimientos y datos que él pensaba que debíamos memorizar con todo y letras, pero además, con todos los temas divididos con más letras, desde la “a” hasta la “h” y a veces hasta la “m”, y todavía hasta la “z”, que había que aprenderse de memoria para poder aprobar la materia. ¡Una ladilla para los que no éramos muy amantes de la obstetricia que digamos! Mas ello no tranquilizó mi ansiedad, sentía un nudo en la garganta y creo que me puse pálido, se me alborotaron mariposas en el epigastrio y hasta sentí algunos de esos gruñidos de tripas que acompañan la cobardía y decidoras que algo muy pronto abandonarían el mocillaje intestinal... Afortunadamente, mis esfínteres se mantuvieron continentes. En su intuición montañera y andina, el sujeto pareció darse cuenta de mi terror, y de inmediato me ofreció un bálsamo tranquilo al decirme,

-“No se preocupen doctores que el niño viene bien, no habrá problemas, que se lo digo yo que ya le he parteado todos los nacimientos de los 6 hijos que tenemos...”

Baste decir que asomamos nuestras cabezas al recinto de un solo ambiente, saludamos cariñosamente a la señora, y ya volviéndome la sangre a la cara, le deseamos suerte e hipócritamente le advertimos que nos avisara “si las cosas no marchaban bien”; seguimos nuestro camino canturreando una melodía de moda de esas que cantábamos cuando pequeños al entrar en un cuarto oscuro, del cual saldríamos corriendo, espitados, sin mirar hacia atrás. Iríamos pues, en busca de cosas más sencillas como gripes, diarreas o sabañones...

- **Mis dos queridas, Graciela mi esposa y “Sinva”...**

Mi suerte no ha tenido límites, comenzando por supuesto con el que fue mi hogar paterno: Uno de padres comprometidos, amorosos y austeros, firmes en su rol de padres. Luego, mis profesores, hermanos cristianos y seculares en el Colegio La Salle de Valencia y más tarde en el pre y postgrado universitarios del Liceo Andrés Bello de Caracas y por último mis profesores universitarios. Casé con una hermosa mujer, valenciana como yo, renuente a dejarse seducir, pero... ¡nadie aguanta tantas pedidas! Amante y comprensiva, servicial y bondadosa hasta los extremos, tanto para con su familia y como para con todo aquel que requiera de su apoyo. He sido egoísta porque no me gusta salir ni asistir a reuniones sociales. Me aburro mucho en esos ambientes donde sólo de nimiedades se habla. Será porque detesto las poses, la cursilería y el aparentar lo que no se es. He sido un dedicado a mi hogar y a mi profesión. Me gusta el estudio, la enseñanza y me maravillo con todo cuanto veo y aprendo.

Inicialmente Graciela se molestaba mucho cuando estaba encerrado tanto tiempo en mi biblioteca, siempre molestándola, pidiéndole un cafecito hasta que aprendí que si lo quería, debía procurármelo yo mismo. Recuerdo que estando Chelita nuestra hija menor muy pequeña, tal vez de unos 6 años, como percibiendo mi desamparo le oí decirle espontáneamente y en tono de súplica, que me llevara un cafecito a mi biblioteca que se encuentra en una casita aparte, fuera de la casa. Quizá ella comprendía que ese recinto era también mi querencia, “mi otro frente”. Con el tiempo Graciela comprendió que ese sitio era buena parte de mi vida y que no podía acabar con mi adicción; así que debía unirse al enemigo. Comprendió que en mi biblioteca tenía yo una querida o amante virtual con la que compartía sin malos pensamientos, nuestra relación.

Cierto día que éramos visitados por amigos, se refirió a mi biblioteca con un nombre que inicialmente se me antojó era de origen budista... “*Sinva*” –sic-.

Pues no, más tarde aprendí su verdadero significado era “*sin vagina*”, y ahí queda eso...



Figura. Es un privilegio que mi biblioteca o más precisamente, “*Sinva*”, esté afuera de mi casa; allí nadie me molesta, puedo estudiar, pensar, investigar, escribir y desde su interior amar a Graciela, mi ángel guardián...

Atiborrada de libros, revistas, carpetas repletas de casos clínicos con su historia y diapositivas tomadas por mí de casos clínicos y retinofotografías para la enseñanza, computadora con todos sus aditamentos donde escribo y acumulo “cuartillas” sobre experiencias vividas se parece un poco a la Casa de Antigüedades de Manuel Herrera, allí en Candelaria, cerca de la Cruz Roja, donde todo parece no tener sentido, pero lo tiene para su propietario.

- **El definitivo y solidario adiós de unos amantes...**

¿Qué es la vida? Un frenesí. ¿Qué es la vida?

Una ilusión, una sombra, una ficción; y
el mayor bien es pequeño; que toda la vida es sueño,
y los sueños, sueños son.

Calderón de la Barca

(1636-1673)

Don Aziz Muci Abraham, mi tío Aziz, nació en Remah, Líbano norte, partió muy joven y lleno de ilusiones al Nuevo Mundo para radicarse en Valencia, Venezuela. Llegó a esta tierra de gracias en 1921 cuando contaba 21 años. Alcanzó tanta estatura cultural como para que se le conociese en las repúblicas de Centro y Sur América en razón de ser el Fundador y Director de la "Revista Oriente", que "sostenía como ideal y como lema la divulgación de la historia y cultura árabes, en una labor de acercamiento hacia los pueblos latinoamericanos". De ella se editaban mensualmente cerca de mil ejemplares, la mayoría de ellos distribuidos gratuitamente y otros por suscripción. También ideó y condujo un programa radial dominical de una hora de duración por Radio Valencia, llamado "Melodías Orientales", en la cual se dedicó a la difusión de asuntos orientales, música árabe, poemario, pensamientos de Gibran Jalil Gibran (1883-1930)⁵⁰, noticias de la Colonia, presentación de prominentes figuras del mundo árabe que le visitaban y medulosos trabajos literarios⁵¹ algunos de que tuvieron gran resonancia entre la colonia

⁵⁰ También conocido como Khalil Gibran fue un libanés de América, artista, poeta y escritor. Nacido en la ciudad de Bsharri hoy en día en el Líbano (entonces parte del Imperio Otomano Monte Líbano mutasarrifate), como un hombre joven emigró con su familia a los Estados Unidos , donde estudió arte y comenzó su carrera literaria. Es sobre todo conocido en el mundo de habla Inglés para su 1923 libro *El Profeta* , uno de los primeros ejemplos de ficción inspirada incluyendo una serie de ensayos filosóficos escritos en poética Inglés prosa. El libro se vendió bien a pesar de la fría recepción de la crítica, y se hizo muy popular en la década de 1960 de la contracultura . ^[7] Gibran es el tercero más vendido poeta de todos los tiempos, detrás de Shakespeare y de Lao-tse . ^[8]

⁵¹ Curiosamente, mi tío dedicó algunos artículos a los árabes en la Historia de la Medicina, por ejemplo, Averroes, Rhazes, Avenzóar y Maimónides.

líbano-siria de aquél entonces. Los costes de esas actividades fueron cubiertas de su peculio obtenido con el esfuerzo, y de su intuición comercial.

Sirva este preámbulo como introito a la anécdota que narro a continuación.



Figura. Mi madre, Panchita de Muci, flanqueada por sus cuñados Don Aziz Muci Abraham y Josefina (“Chichí”) Yevara.

Siendo mi día muy largo, me encontraba al mediodía recostado en cama tratando de descansar antes de comenzar mi segunda faena, mi consulta privada vespertina. En la consulta matutina del Hospital Vargas, atendiendo pacientes neuro-oftalmológicos con oftalmólogos y *fellows*, y luego, discutiendo los problemas de mis pacientes en la Sala 3 con mis adjuntos y residentes de medicina interna. Ese ajeteo que me hace pensar en esos otros que tienen un segundo frente al cual tienen que atender y en otra casa... y al llegar a la propia con los cartuchos quemados, no tienen nada que ofrecer a la verdadera. Estaba en decúbito, cuando sonó el teléfono con aire implorante; mi esposa tomó el auricular y me lo llevó para decirme que mi único tío paterno sobreviviente me llamaba con urgencia. A través del auricular su voz era tremulosa, sollozante e indecisa, muy diferente a la suya habitual, enérgica y fuerte.

– “Algo le ha pasado a su tía... no logro despertarla, le ruego que venga de inmediato a verla...”

En vista de que ya era la hora del comienzo de mi consulta y presintiendo algo grave, le pedí a Graciela mi esposa que me acompañara. A pesar de la hora del día, nos tomó

poco tiempo en llegar a Los Naranjos de Las Mercedes donde asentaba el edificio de su residencia. La criada que los acompañaba desde hacía largos años había salido a hacer una diligencia, así que estaban los dos solos. Mi tío nos abrió la puerta con aire de gran confusión. Dormían en habitaciones separadas.

–“Nos recostamos después del almuerzo, sentí algo extraño y entré a su cuarto, parecía pedirme algo. Le traje un vaso de agua y al levantarle la cabeza no se lo tomó...”.

Entré a la estancia. Compartiendo espacio con santos cristianos pude observar cuadros con temas budistas y una lámpara votiva ardiendo... Lo que me había temido; mi tía estaba tendida boca arriba, ya lívida, muerta.

- “¿Cómo está mijo...? ¿Por qué no me responde...? repetía mi tío, una y otra vez desde el dintel de la puerta apurando una respuesta. Tragué grueso y le dije con lágrimas en los ojos,

- “Tío, no nos responde porque está muerta...”

-“¿Cómo que muerta? ¡Eso no puede ser... -me repetía muy alterado-, yo tenía que morir primero, teníamos un compromiso...!”,

-“Lo lamento mucho, tío, pero mi tía está muerta...” Nunca la había visto así, llorando como un niño, perdida su proverbial compostura, destrozado, acabado, caminando de un lado a otro, confundido sin dirección ni destino.

Mi tío Aziz era el menor de los hermanos de mi papá. Gracias al apoyo que sus hermanos le habían brindado y a diferencia de ellos, había tenido educación y como ya se dijo, fue un intelectual refinado. A pesar de sus ochenta y pico caminaba erguido y ágil todos los días, llevando consigo un elegante bastón cuya empuñadura era una cabeza de perro adosada a una caña grácil terminada en una contera de goma. Había sido un regalo de mi padre alguna vez que mi tío tuvo una rodilla enferma. Todo él con muy poca enfermedad a cuestas, se mantenía en muy buena forma. Nada hacía pensar que su vida estuviera en riesgo...

Llamé a mi consultorio para cancelar la consulta, pero mi secretaria me dijo que había dos pacientes que habían viajado desde el interior, uno de Ciudad Bolívar y otro desde Carúpano en el Estado Sucre y a los cuales no podía dejar de verlos. Le ordené que cancelara los enfermos locales que yo iría luego de solucionada la emergencia. Le pedí a Graciela que le acompañara y llamara a Balkis su única hija, quien vivía en Maracay. Me comunicaba a cada rato con ella y al cabo de una hora ya había llegado su hija. En algún momento su hija me llamó para decirme que notaba que el pulso de su papá era irregular.

– “Tráelo inmediatamente a la Clínica, -le dije-, en la casa no puedo hacer nada por él”.

Minutos más tarde me llamó de nuevo para decirme que él no quería ser movido del lado de Chichí –que cariñosamente así llamaban a su esposa-, que él se moriría allí...

–“Ya salgo para allá...” -le respondí-

Mientras me preparaba para abandonar mi consultorio recibí una nueva llamada,

-“No te apures primo, mi papá acaba de fallecer...”

En la funeraria, esa noche, lado a lado, como siempre habían estado, reposaban sus cuerpos yertos en dos féretros similares, mi Tío Aziz y su amada Chichí...

¿Qué había pasado? Algunos decían que mi tía se lo había llevado... Por mi parte pienso que la suya fue una hermosa forma de morir, repentinamente y al lado del objeto amado...

Acontecimiento estresor	valor	Acontecimiento estresor	valor
La muerte de un cónyuge	100	Ejecución de una hipoteca de hipoteca o préstamo	30
Divorcio	73	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
Separación matrimonial	65	Niño de salir de casa	29
Encarcelamiento	63	Problemas con los suegros	29
La muerte de un familiar cercano	63	Logro personal sobresaliente	28
Lesiones personales o enfermedad	53	Cónyuge comienza o deja de trabajar	26
Matrimonio	50	Comenzar o terminar la escuela	26
Despido del trabajo	47	Cambio en las condiciones de vida	25
La reconciliación conyugal	45	Revisión de los hábitos personales	24
Jubilación	45	Problemas con el jefe	23
Cambio en la salud de un familiar	44	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
Embarazo	40	Cambio de residencia	20
Las dificultades sexuales	39	Cambio en las escuelas	20
Obtener un nuevo miembro de familia	39	Cambio en el recreo	19
Reajuste de negocios	39	Cambio en las actividades de la iglesia	19
Cambio en la situación financiera	38	Cambio en las actividades sociales	18
La muerte de un amigo cercano	37	Hipoteca o préstamo menor	17
Cambiar a la línea de trabajo diferente	36	Cambio en los hábitos de sueño	16
Cambio en la frecuencia de los argumentos	35	Cambio en el número de reuniones familiares	15
Hipoteca principal	32	Cambio en los hábitos alimenticios	15
		Vacaciones	13
		Navidad	12
		Violación de menor importancia de la ley	11

Figura. Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe

Puntaje de 250 a 300: En riesgo de la enfermedad es aconsejable acudir a un especialista. Puntaje de 150 a 299: El riesgo de enfermedad es moderado. Puntaje 150: Riesgo leve de la enfermedad.

Utilizando la "Escala de Reajuste Social" elaborada por Thomas Holmes y Richard Rahe⁵², es posible detectar el grado de severidad del estrés que sufre un ser humano. A través de ella se pueden consultar los cambios significativos que una persona ha experimentado en los últimos 12 meses de su vida y que han podido incidir en su situación mental o física. Como puede verse, la muerte del cónyuge ocupa el primer lugar...

**“La dama más celebrada,
lazo en que todos cayeron,
ella y ellos, di, ¿qué fueron
sino tierra, polvo y nada?
¡Oh limitada jornada,
oh frágil naturaleza!
La humildad y la grandeza
todo en nada se resuelve:
es de tierra y a ella vuelve,
y así, acaba en lo que empieza”.**

Calderón de la Barca (1636-1673)

⁵² Available in: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Holmes_and_Rahe_stress_scale. Accessed, August 21, 2011.

- **El incidente de la cocaína...**

Durante los dos trascendentes años en que permanecí en la Universidad de San Francisco California, nunca vi a mi mentor, el Dr. William F. Hoyt, M.D. practicar una prueba farmacológica con cocaína para diagnosticar un síndrome de Claude Bernard-Horner⁵³ en un paciente con ptosis palpebral y miosis pupilar. Según él decía, y he comprobado tantas veces después, es innecesaria porque el diagnóstico de esta condición es puramente clínico. Sin embargo, para propósitos de enseñanza, en cuanto llegué a Caracas, me dirigí a una farmacia cercana y pedí hablar con el farmacéutico. Me atendió una doctora muy simpática a quien le expresé la necesidad que tenía e obtener un colirio de cocaína al 10%. Muy amable asintió y me dijo que no había ningún problema en tenermela lista. Ordené dos frascos, uno para el Hospital y otro para mi consultorio privado. Tres días después tenía los frascos en mis manos...

Siendo que es una prueba de infrecuente uso, los dos frasquitos duraron por algunos años sin perder su potencia. La prueba en cuestión necesitaba tomar una fotografía inicial de las pupilas en luz y penumbra y otra después de 45 ó 60 minutos de haber instilado dos gotas en el saco conjuntival con 5 minutos de intervalo. El Dr. J. Lawton Smith, M.D. (1910-2011) profesor emérito de la Universidad de Miami, Bascom Palmer Eye Institute, era enfático en sugerir que se necesitaba además una "cornea virgen", es decir, una cornea en la cual no se hubiera investigado previamente el reflejo corneal o tomada la tensión intraocular, como manera de evitar una absorción aberrante por efecto del daño mecánico transitorio al endotelio.

Bueno, el hecho que quiero narrar es que transcurridos unos 6 años y agotado al fin el colirio, llamé por teléfono desde mi consultorio preguntando por la doctora. En ese momento no se encontraba. Se me ocurrió preguntarle a la asistente de farmacia si tenían cocaína. Ella revisó y me dijo que sí, que había alguna pequeña cantidad. Le pedí que tomara mi pedido y le expresé que yo iría a buscarlo dos días más tarde. Como acordado, al salir de mi consultorio fui a la farmacia y la encontré cerrada. Al preguntar a sus vecinos de otros negocios si sabían el por qué, todos se mostraron sorprendidos de que hubieran cerrado tan temprano. Volví al día siguiente y lo mismo ocurrió. Al fin pude hablar con la doctora. Me dijo que no sabiendo si se trataba de algún adicto que luego vendría a asaltarlos, optaron por botar la pequeña cantidad de cocaína que les quedaba en el escusado y cerrar el negocio...

⁵³ El Síndrome de Claude Bernard-Horner, es un síndrome unilateral causado por una lesión del nervio simpático en cualquier tramo de su larga vía que arranca en el hipotálamo posterior y termina en la cara y ojo, caracterizado por una pupila contraída y pequeña (miosis), párpado caído (ptosis palpebral), enoftalmía relativa (apariencia de ojo hundido) y anhidrosis (sequedad facial por ausencia de sudoración). Puede agregarse además inyección conjuntival (ojo rojo).

Quien imaginaría que más tarde y en pocos años, la situación de inseguridad social habría cambiado un 'poquito' en Venezuela y sería más fácil hacerse de algunos gramos en la calle que ordenar a un farmacéutico hacer la dilución...

- **La bata blanca, la corbata, el bien lucir y el respeto...**

Recuerdo todavía la primera corbata que entre dudas de si hacerlo o no, vestí por allá por diciembre de 1953, cuando contaba 15 años: Azul marino con pinticas blancas y rojas. No figura en mi memoria quién me hizo el nudo. A decir verdad, me sentía muy raro, avergonzado y hasta ridículo ¿Puede uno creerlo? Ya había pasado aquella época de los pantalones cortos”, aquellos que al llegar a los 15 años, el niño deschaba para “echarse los largos...” y entrar en el mundo de los mayores. Viene a mi memoria una mañana, Día de Navidad, mi figura acompañado de mis hermanos y a mi papá quien presidía la hilera de hijos, del más grande al más pequeño, caminando en dirección de la casa de mi tío Salomón Muci Abraham y de mi tía Yamili Haddad en la Avenida Bolívar de Valencia, a solo dos cuadras de la Plaza Bolívar. Me parecía que todo el mundo se fijaba en mí y se sonreía con picardía, como si las preocupaciones de todos los demás estuvieran centradas en mi tonta circunstancia. Así sería mi omnipotencia enmascarada dentro de mi profunda timidez de entonces.

Además del bastón de Esculapio con su serpiente enroscada y del estetoscopio colgado del cuello, la bata blanca representa uno de los símbolos más asociados a la profesión médica. También la usan los maestros de escuela –antes más que ahora-, los profesionales de enfermería y hasta los chicheros y churreros –con todo mi respeto hacia ellos-, pero cuando uno piensa en un médico es fácil que le venga a la mente la imagen de un señor respetable con su bata blanca y su corbata.

A mi ingreso al Hospital Vargas de Caracas en 1958, cuando cursaba tercer año de medicina, adoptamos el empleo de la corbata y mi manera de vestir fue siempre sencilla y sobria, lo cual he conservado hasta el presente. Sentía que su uso era una ofrenda de respeto hacia el paciente y hacia la profesión que había escogido, un signo de dignidad profesional. Nada peor que un médico que viste en forma desordenada y no tomara debido cuidado de su apariencia física, desluciendo una barba no afeitada, a medio afeitar o desordenada. Igual podría decirse de la bata blanca que hace algunos años, como recordaba enfermedad y sufrimiento, trataron de reemplazarla por batas de todos los colores, verdes, rosadas, de color mamey, azul y hasta carmesí.

Obligaba a mis alumnos a no asistir a la sala y al acto solemne de la Revista Médica sin vestirla. Un día me sentí muy mal pues reclamé a un alumno que no la llevaba puesta. Él me replicó que no tenía dinero para comprarla... -“¿Te importa si te regalo una? –le dije- “El aceptó complacido y al día siguiente le llevé tres...

Vino entonces el asunto de la “hipertensión arterial de bata blanca”... Ahora, la vestimenta del médico producía una especie de *culillo interno*⁵⁴ que hacía descargar agentes vasoactivos del tipo de la adrenalina y la noradrenalina a la circulación enchumbando los receptores del miedo. Entonces muchos optaron por no usarla. Vestían ahora ropa de calle sin paltó a la usanza gringa. Yo, en lo particular, preferí continuar usando una bata corta con mi corbata⁵⁵.

En Inglaterra, según un informe reciente, se ha movilizó el gobierno a emprender una cruzada contra las batas, pues la situación de las infecciones nosocomiales u hospitalarias en el Reino Unido está peor que en Polonia, Eslovaquia y Hungría.

En sus hospitales están proscribiendo el uso de la corbata, las batas de manga larga y los guilindrajos que vestimos los médicos, en un intento por evitar la diseminación de infecciones hospitalarias y particularmente infecciones mortales con gérmenes como el *Clostridium difficile*, (provoca más de 3.800 muertes anuales en ese país), el *Acinetobacter baumannii* o la *Pseudomonas aeruginosa*; el *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (se lleva por delante la vida de otros 1.650 enfermos); así, que a partir de enero de 2008 en una campaña dirigida a ambulancias, cuidados primarios, hospitales, instituciones de higiene mental y hogares para ancianos, todos tendrían que lavarse las manos con mayor frecuencia (dos tercios de los profesionales sanitarios no se las lavan adecuadamente), ponerse delantales plásticos para mantenerse “desnudos por debajo de los codos”, lo que implica dejar de un lado el empleo de relojes de muñeca, joyas, pulseras, anillos de compromiso y por supuesto corbatas...

Y además, el secretario de Salud, Alan Johnson, insta a los facultativos a lavarse las manos con más frecuencia, pues dispone de datos según los cuales es la primera y más importante intervención para reducir las infecciones.

⁵⁴ *Culillo m coloq.* Miedo o aprensión, especialmente frente a alguna actividad o un acontecimiento próximo a realizarse. Nuñez R, Pérez FJ. “Diccionario del habla actual de Venezuela. Venezolanismos, voces indígenas, nuevas acepciones”. Universidad Católica Andrés Bello. Centro de Investigaciones Lingüísticas y Literarias. Caracas, 1994.

⁵⁵ Usé bata larga cuando me fui a USA a realizar mi *fellowship* en neuro-oftalmología. Allá los profesores usaban batas largas y los residentes batas cortas. Nunca vi al Doctor Hoyt vestir una bata, es más, tenía una especie de uniforme de chaqueta azul y pantalón gris que en muy pocas ocasiones cambió. Siempre me pregunté dónde había comprado un conjunto de tan buena calidad y si lo enviaba o no a la tintorería...



Figura. Palacio de las Academias. Patio Vargas. Promoción de Médicos UCV de 1922, vistiendo flux, corbata y casi todos sombrero de pajilla. ¡Símbolos de la época!

Imaginen la situación en Venezuela, país del caos, donde los automóviles circulan más rápido por el hombrillo que por el Canal de 80 Km ¿Ochenta, dije...? Comencemos por decir que en mi Sala 3 del Hospital Vargas hay un solo un asqueroso lavamanos, no hay jabón ni cómo secarse las manos y realmente da asco usarlo. Los geles antisépticos son una solución, pero depende del libre albedrío y las finanzas de cada quien el emplearlas.

En conclusión, que las batas de manga corta enterrarán a las clásicas blancas de manga larga y que las corbatas deben ser desechadas. Símbolos médicos que mueren. Y yo me pregunto, ¿Cómo llamarán a partir de ahora a los hipertensos de "bata blanca"? ¿Cómo podré dejar mi bata blanca y mi corbata y entonces sentirme desnudo y ser irrisión de la multitud como alguna vez me sentí a los 15 años...?

- **Cerumen por kilos...**

Tuve muchos profesores en la Facultad de Medicina. Todos me enseñaron mucho o poco, algunos el bien hacer; otros por lo contrario me mostraron con su conducta aquello que nunca debería hacer... Hacia el año 1958 cuando al fin llegué al Hospital Vargas a tener contacto con pacientes fui asignado a un servicio de medicina interna conocido por su extrema exigencia. Una mínima proporción eran internistas natos, los restantes eran especialistas, así que los diferentes puntos del temario se dividían entre ellos; cardiólogo a su cardiología, neumonólogo a sus pulmones y así, respectivamente.

Recuerdo uno que en mi concepto me enseñó bien de mucho. Era neurólogo, tenía gran estatura y su complexión era robusta, voz estridente, pelo rizado y claro, enorme nariz, enormes orejas... Por él y a su forma de enseñar e imitar la marcha y actitud de las diferentes patologías de los pacientes neurológicos y su manera de describirlas, creo que siempre me gustó mucho la neurología y los diagnósticos démblee por sólo mirar su transitar en el hospital y en las calles.

Nunca alcancé a descubrir por qué le atribuían fama de bruto. Inclusive, quien sabe quién habría inventado que la causa de su estulticia era la presencia de sendos fecalomas⁵⁶ en la cavidad ventricular de sus lóbulos frontales. Maldades de los estudiantes siempre irrespetuosos, siempre mamadores de gallo...

Hablachento de cosas insulsas, cierto día antes del inicio de su clase, nos dijo en tono despreocupado y alegre,

- "¡Caramba muchachos, yo no sabía que uno albergaba tanto cerumen en los oídos; ayer me los limpié y me saqué como medio kilo de cada uno...!"

Desde atrás se oyó una voz que dijo,

- "¡Caramba, se le rompió el fecaloma y buscó salida hacia el oído...!"

⁵⁶ Un fecaloma es una acumulación de heces fecales en el ano que tapona el flujo normal del tracto intestinal. "Fracturarlos" y extraerlos con el dedo es una de las experiencias más desagradables a que se enfrenta un médico. En mi momento tuve que hacerlo muchas veces, ¡Curioso!, en padres de médicos. Fuera de sentirse uno sucio y el hedor aposentado por horas en los receptores de la mucosa nasal, a ello se contraponen la inmensa felicidad y agradecimiento del paciente liberado del infame tapón...

- **El que protege nuestra práctica desde el Más Allá...**

Era el Doctor Gabriel Trómpiz Graterol (1907-1985), Profesor Titular y Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica B de la Escuela José María Vargas, UCV, cuando yo ingresé a ella como Instructor de la UCV en 1966. Había sido Director de la Sección de Terapéutica Experimental y Profesor de Patología Interna de la Universidad de Caracas, y además, escritor, un auténtico y genuino bolivariano, autor de libros, filósofo de la medicina... Recuerdo que en quinto año le oí una clase memorable sobre las experiencias del catalán Josep Trueta, descubridor de la doble circulación renal quien publicó sus hallazgos en inglés en 1947 y dos años más tarde en castellano ("Estudios sobre la circulación renal"). Comentaba que en los Estados Unidos se hablaba del '*Trueta Shunt*': En casos de *shock* clínico o experimental se produce una desviación de la circulación cortical renal hacia la médula, camino por el cual el tránsito es más rápido, con lo que se reduce la perfusión cortical llegando hasta a desaparecer. Así, la sangre no tiene oportunidad de ceder el oxígeno a los ovillos glomerulares. Prueba de ello, es la existencia de una misma concentración de oxígeno en la sangre tanto en la vena renal como en la arteria. A resultas, ocurre pues una necrosis cortical.

Siempre llamó mucho nuestra atención que el Maestro Trómpiz, a la usanza europea nunca se quitaba el paltó y usaba la bata blanca encima de él dando la impresión de que ya se iba. Era sujeto de lustre universal y médico compasivo. Gustaba de la observación y de la elucubración intelectual, de la investigación clínica simple que pudiera realizarse en el confinado ámbito del Servicio, y se definía "como un profesional que andaba más entre ideas y sufrimientos que entre hermosas páginas de literatura o retórica".

No era persona de exageraciones o liviandades. Así que cuando cierto día me dijo que me haría una confidencia, me presté a oírla con atención...Muy emocionado me contó una anécdota que recién le había ocurrido. Sus palabras fueron más o menos las siguientes.

-“Mire Muci, alrededor de la actividad de un médico practicante ocurren hechos extraordinarios que pasarían totalmente por alto si el paciente no captara en él, una disposición clara y abierta a escuchar y un compromiso a ser buen depositario de los hechos que se le confían. Cualesquiera que ellos sean...”

-“Resulta que un día, ya entrada la tarde terminaba mi consulta, estaba muy fatigado por un largo día de lleno de vicisitudes y en disposición de irme a casa. En eso mi secretaria me informó que una cercana amiga, sin llamar previamente, me había traído

a su hija Sara para que la examinara. Indispuesto por la intromisión sin previo aviso, la hice pasar y cuando su madre me expresó que tenía fiebre y le dolía la garganta, pensé que nada particularmente importante podía tener aquella joven que a mis ojos, lucía tan menos saludable: Y así, no resistí la tentación de pensar que se trataba de una simple faringitis y me senté de nuevo en el escritorio donde le escribí una receta. Me despedí y abandoné el área de consulta en mi camino a casa. Fue entonces cuando fui compelido a devolverme, tomar un depresor lingual y pedirle que abriera la boca. Quedé estupefacto cuando noté que no podía hacerlo. Inmediatamente pensé en tétanos y en efecto, existía el antecedente de que había pisado un clavo una semana antes cuando descalza, caminaba en el jardín recién abonado de su casa...Le pedí a uno de mis alumnos que de inmediato la hospitalizara, así que luego de algunos días de rigideces, convulsiones y temblores, con el tratamiento apropiado el cuadro remitió, y la joven sanó sin que quedaran secuelas...”

-“Pasó el tiempo y otra vez me encontré con su madre en una reunión social. Al preguntarle por su hija, rápidamente me dijo que Sara se encontraba muy bien y totalmente recuperada, pero que la causa de su gran preocupación actual era su hija mayor de 22 años, Amalia, hermana de aquélla. Esta joven había sido siempre retraída, tímida, muy timorata e indecisa, todo la sobresaltaba y la llenaba de miedo, al punto de que soliendo ir a menudo a la playa los fines de semana, la familia tenía preferencia por una playa resguardada y poco frecuentada, sembrada de cocoteros alineados en semicírculo en la orilla del mar... para que la niña no cogiera mucho sol. Amarraban un mecate a un tronco y el otro extremo lo asían a una tripa de automóvil. Allí la sentaban, siendo que las olas ya moribundas y sin fuerzas, vinieran a mojarle las piernas... Nunca se atrevió a entrar al agua, ni siquiera en compañía de sus hermanos, magníficos nadadores...”

-“A medida que la señora me contaba los hechos que constituían ahora su gran tribulación, sus ojos se abrían en forma desmesurada en busca de ayuda... Pues bien, ocurrió que un domingo, uno de sus hermanos, se aventuró mar adentro. Todos le gritábamos indicándole que regresara porque estaba muy lejos de la playa y en peligro de ahogarse. El no oía o hacía caso omiso de nuestra preocupación, y nuestros gritos se transformaban en alaridos. En una de esas, la joven se incorporó en el centro de la tripa, se empinó como quien quiere ver más lejos, gimoteando y repitiendo que su hermano se iba a ahogar. Repentinamente elevó los brazos y lanzando un agudo grito se echó al agua... Para sorpresa de todos, se fue nadando... para colmo, lo hacía con gran destreza y rapidez, así que llegó hasta donde su hermano, lo asió por el cuello y lo trajo de vuelta a la playa sano y salvo... A su arribo, su cara estaba totalmente transformada, sus rasgos se habían endurecido, las venas de su cuello y cara estaban ingurgitadas y tortuosas, hablaba un lenguaje inextricable aderezado con gruesas vulgaridades nunca acostumbradas por ella. Tomó del suelo una botella de ron que habían traído sus hermanos, y para más estupor y confusión de todos, elevándola, trago a trago, apuró todo su contenido. Entonces dijo ser el Cacique Guaicaipuro... Pasado algunos momentos de tensa expectación, bajó la cabeza, adoptó una postura

de recogimiento y con voz pausada y tranquila, expresó que era el Doctor José Gregorio Hernández, médico de los pobres...Y desde entonces, aquellas trasmutaciones se repetían a diario, sin cesar: Dos personalidades diametralmente opuestas, habían poseído el cuerpo de la joven..."

-“Bueno Muci, ¿Qué pensaría usted de una historia como esta...? En mi caso, simulando compostura para no sonreír, pensé ¿Qué otra cosa podría diagnosticarse que no fuera un caso de histeria mayor? La señora continuaba expresándome su preocupación y pidiéndome que la ayudara, que me acercara a su casa para que la viera, hablara con ella, la examinara y se la curara, pues sería imposible sacarla de su habitación para llevarla a mi consulta. Pocos días más tarde, con motivo de una fiesta familiar, se presentó la oportunidad. Yo asistí y a las mil y quinientas, pudieron hacer que la muchacha, muy a regañadientes, se acercara a la sala donde todos departíamos. Huraña, encorvada, desaliñada y asustada, apenas si elevó los ojos en señal de saludo. En algún momento de la reunión familiar lanzó un grito, su cuerpo se enervó, su facies transmutó endureciendo su semblante y dando inicio a su crisis mayor en medio de un lenguaje críptico abundoso en exclamaciones obscenas y sacrílegas. La botella de ron, la invitada de necesidad, salió a relucir para que no se tornara violenta. La tomó completa sin que pareciera afectarla. Yo, miraba maravillado y absorto la escena, pensando de nuevo que se trataba de un caso de múltiple identidad inducido por su histeria. Transcurridos algunos minutos de aquel drama donde todos estábamos por demás impresionados, ocurrió la conversión... Se apoderó de su rostro la calma y el sosiego, adoptó una actitud monástica, entrelazó los dedos de sus manos, inclinó la cabeza y entornó los ojos. Con voz muy suave y pausada se dirigió hacia mí y me dijo..."

-“¡Yo le conozco Doctor Trómpiz! ¡Qué bueno tenerle en persona porque hay entre nosotros mucho en común! Usted como yo ayuda a los enfermos y ambos, salvando los tiempos, somos profesores universitarios por convicción y acción...” Aquel lenguaje tan cultivado, distaba mucho del que había escuchado minutos antes... Habló del Hospital Vargas, de la medicina de su tiempo, pero de pronto interrumpió su discurrir histórico y mirándome a los ojos me dijo:

-“¡Por cierto que yo le he ayudado en muchas ocasiones...!”

-“Sonreí para mis adentros y me dispuse a llevarle la corriente-”

-“¿Cómo es eso?” –le repliqué con mal disimulado cinismo-,

- “Pues sí Doctor Trómpiz, ¿Recuerda usted cuando Sara y su tétanos fueron a visitarle a su consultorio y usted ya se retiraba sin haberla examinado? Pues bien, fui yo quien al oído le insinué que se devolviera, tomara una paleta y le abriera la boca...”

Viniendo esta anécdota de boca del doctor Trómpiz, no tuve más que creer en la veracidad de los hechos y pensar en lo incomprendido, en lo extraño, en lo

supranatural, en la dificultad que tenemos los médicos para aceptar o explicar fenómenos extraños que a diario ocurren a nuestro derredor.

Así que desde entonces siento que el Santo me respira en la oreja... Pienso que él es quien me susurra, ¿Acaso no le vas a hacer un tacto rectal a este paciente? ¿No le vas a preguntar cómo anda su matrimonio o cómo es su vida sexual? ¿Vas a confiarte en un informe radiológico en vez de verlo por tus propios ojos y opinar en consecuencia...? ¿Es que no te compadeces por el aislamiento en que vive el hombre enfermo en estos convulsionados tiempos y donde con tu medicina fría y mecanicista donde no cabe el humanitarismo, le aíslas aún más...?

En un artículo publicado en mi columna *Primum non nocere*, en una ocasión, me referí a él, "El residente más viejo de mi Hospital... ¡Es un santo! " Ese mismo que nos acompaña en el día a día y susurra en nuestros oídos palabras de estímulo para seguir adelante...

- **La sempiterna figura del “raspao”...**

Malos y pésimos estudiantes los ha habido en todos los tiempos y cursos de medicina. Todas las épocas han tenido sus “cachitos”, “tripudios”, estudiantes profesionales, empecinados en graduarse aunque no tuvieran con qué, que se estancaban y echaban raíces en las aulas universitarias, envejeciendo y viendo como estudiantes más jóvenes culminaban antes que ellos. Curioso decirlo, pero verles en persona o la evocación de sus nombres, entonces y ahora nos produce un dejo de alegría, una sonrisa de condescendencia y hasta un ¿qué estarán haciendo ahorita...?

- Recuerdo un revalidante ya entrado en años que pasantía tras pasantía, no lograba aprobar la materia clínica médica. Aunque pareciera un acto de irresponsabilidad y ligereza, ya deseosos de que nos abandonara, le facilitábamos el examen haciéndole sencillas preguntas que pudiera responder, si se quiere, bombitas para que bateara un jonrón, pero ante nuestra frustración, siempre salía con una pata de banco y se ponchaba...

-“A ver bachiller, ¿dígame cómo se diagnostica una amibiasis aguda...?”

Raudo y sin titubear, el viejo-estudiante-viejo contesta,

-“¡Mediante un examen de heces directo y en fresco doctor!”

Impresionados por la vehemencia y la contundencia de la respuesta y abrigando la esperanza de que pudiera aprobar la materia, contra preguntamos,

-“Muy bien, ¿Y cómo realizaría usted un examen en fresco?”

-“Bueno, coloco al enfermo en posición genupectoral⁵⁷ doctor”

-“¿En posición de plegaria mahometana, quiere decir?, ¿Y eso para qué? ¿Para hacerle un tacto rectal y tomar la muestra...?” –preguntamos nuevamente-

-“¡No doctor, se coloca el microscopio sobre las nalgas y así podemos ver en fresco y directamente las amibas...!”

-“Lamentándolo mucho bachiller, usted está reprobado...”

⁵⁷ Posición genupectoral: Llamada también de “plegaria mahometana” o actitud en la cual el tronco descansa sobre las rodillas y el pecho, apoyados sobre el plano de la cama; de esta forma, el eje del tronco está fuertemente inclinado de atrás adelante y de arriba abajo.

- Y hablando de bilharziasis mansoni, enfermedad casi desaparecida en nuestro país, infortunadamente no por acción oficial, sino porque los ríos se han secado de tanta tala indiscriminada e invasión de las fuentes, se le pregunta a un estudiante cómo realizaría el diagnóstico de la condición. Siendo que la audacia con ignorancia es madre del verbo fácil y rápido, la estudiante contesta,

-“¡Mediante un examen de heces doctor...!”

-“¿Y que busca en ellas...?” - con una sonrisa sobrada, que preludia el éxito contesta...

-“¡Los caracoles doctor...!”

- Con relación a otro caso de bilharziasis a otro alumno se le preguntó,

-“Diga bachiller, ¿Cuál es la causa de la anemia en casos de bilharziasis...?”

Con aire de suficiencia el estudiante responde...

-“Bueno, resulta que la teoría más plausible es la que favorece al efecto de los huevos sobre los glóbulos rojos...”

-“¿Y eso? ¿Cómo es que no comprendo...? - Responde el profesor...

-“Bien, los huevos con su espolón van rompiendo los glóbulos rojos a medida que van pasando...”

- Se cuenta que cierta vez el celebrado Maestro de Anatomía, doctor José “Pepe” Izquierdo le preguntó a una estudiante qué complejo anatómico estaba ubicado a ambos lados del cuello y que lo describiera: Con prepotencia inaudita la estudiante se arriesgó a decirle al severo profesor que la pregunta era malintencionada, muy difícil y que ella se marchaba; dicho y hecho, enervada se levantó de la silla y marchó hacia afuera al tiempo que dejaba detrás la respuesta que aquél le insinuaba,

“¡Pa´ que te vas culo nervioso...!”⁵⁸

• Sobre un flato emboscado...

⁵⁸El paquete vasculonervioso del cuello está integrado por las arterias carótidas comunes, las venas yugulares internas y externas, el nervio vago y el nervio laríngeo o recurrente.

Solíamos ir, ida por vuelta, Graciela y yo con nuestros hijos al Club Playa Grande en el Litoral Central los sábados, los domingos o ambos. Eran momentos para relajar el espíritu y convivir en familia a la orilla del mar. Siempre llevaba un libro. Rara vez podía hacer una lectura completa de lo que traía. Había que estar pendiente de los niños y sus travesuras. Aprovechaba también para trotar en medio de aquel calorón. Cuando pasaba por el patio de bolas, veía a mi dilecto amigo, el doctor Oscar Beaujon Rubín con su cuerquita. Alguna "repugnancia" siempre me decía, pero bueno, a los amigos se les perdona todo. Luego nos íbamos a la Capitanía, cerca de los yates anclados. Comprábamos carnada para que nuestros hijos "pescaran" unos pobres pececitos esmirriados, no muy robustos. Y entonces venía el almuerzo, por supuesto pescado fresco, mariscos, ensaladas... Completado el día nos regresábamos para evitar la cola...

Una tarde de esas, Chelita que tendría unos cinco añitos, comenzó a quejarse amargamente y a llorar, al tiempo que se sobaba la barriguita. Con tanta zambumbia que comían nada tenía de raro. Como buen médico, me asusté mucho para adentro pensando en apendicitis aguda, obstrucción intestinal y otras pendejadas que se nos ocurren sólo a los médicos acerca de nuestros hijos y ansiaba el regreso para llevarla a la Clínica.

Gustavo, nuestro segundo hijo –siempre ocurrente- nos dijo en un momento dado,

-¡Eso no es nada. Es que Cheli tiene un peíto atracado en la tripas...!"

Nadie le paró bolas a su comentario, pero al cabo de unos minutos un peote largo, sonoro y tartamudeante, como la explosión sucesiva de múltiples cohetes chicharroneros⁵⁹ salvadores, en un momentico, la libró de su pena. A no dudar, Gustavo había hecho un buen diagnóstico...

⁵⁹ Aprendí sobre los "cohetes chicharroneros" cuando de noviazgo con Graciela, íbamos algunos fines de semana a las Cumbres de Canoabo (Edo Carabobo) donde su padre tenía un pequeño fundo. Cuando en casa de la señora Josefina Balaguer preparaban carne de cochino requemada o chicharrones, echaban al aire y en ristra, numerosos cohetes como señal.

- **¡Qué lucecita tan potente, doctor...!**

La brillante luz que atraviesa la pupila para observar el fondo del ojo con un oftalmoscopio directo tiene diferentes connotaciones en los observados. A menudo siento que el procedimiento está rodeado de un aura de misterio, curiosidad e intriga. Y conste que ha sido una fabricación en la cual no tengo ninguna injerencia. Muchos pacientes me preguntan qué soy capaz de ver allí, a otros les han dicho que soy suficiente para descubrir todas las enfermedades mediante ese examen y hasta se toman el atrevimiento de gastar un dinero para comprobarlo, en fin, otros me preguntan si soy iridólogo, quiromante o mago, preguntas que suelen ofenderme en lo profundo - ¡Tonto yo...!-

Cierto día encontré en mi sala de espera a un queridísimo y admirado profesor de mis primeros años de medicina. Mi admiración por él fue creciendo en la medida en que lo encontré en etapas más avanzadas de mi formación profesional; todo un caballero, un cirujano delicado, experto y fino, de voz gruesa y figura imponente. Una tarde al llegar a mi consultorio lo encontré sentado haciéndome antesala.

- "¿Qué hace por aquí Maestro...?" Le pregunté sorprendido.

- "¿Vine por aquí porque me dijeron que con un examen del fondo del ojo, tú eras capaz de saberlo todo, de conocer de un vistazo cualquier enfermedad que alguien tuviera ...?"

- "¡Tamaña inexactitud, le respondí...! Ya le atiendo; le examinaré todo y de paso la miraré el fondo del ojo".

Como debe ser, le abrí una historia clínica. En la octava década de la vida, más parecía un gladiador de cuerpo armónico y musculoso. Nada que ver su cuerpo y su actitud con los estragos del embate de una seria enfermedad. Llegó el momento de examinarle y así lo hice incluyendo la fundoscopia. Al llegar el momento del tacto rectal para comprobar el estado de su próstata, cortés y respetuosamente le pedí se bajara los interiores. En un principio se negó con firmeza. Yo entonces le desarmé diciéndole,

- "Maestro, usted alguna vez me enseñó que, ¡quien no mete el dedo mete la pata...!

Desarmado al punto, no pudo resistir echar por tierra su propio argumento, y con un poco de mala gana, permitió que lo hiciera. No más al sacar del dedo, impaciente me preguntó,

- "A ver Muci, ¿Cómo está eso...?"

Tranquilamente le dije que el tamaño de la glándula, su consistencia y sus surcos estaban conservados, que el examen era negativo.

De vuelta al consultorio cuando se sentó le dije que su examen general había sido normal, su próstata normal y que por supuesto, el fondo de sus ojos también eran normales. Entonces me dijo humilde,

-“Déjame confiarte algo... Hace muchos meses tenía el temor de tener un cáncer prostático; estaba por completar una colección de tres libros y había dejado mi tarea de lado pensando en que la muerte me alcanzaría antes de finalizarlos...”

Algún año después, con íntima satisfacción le acompañaría en el bautizo de su colección de tres libros relativos a la materia que había llenado su vida y alumbrado de muchos de sus alumnos... Con el orgullo y la íntima satisfacción de haberle servido pensé que por virtud de un fondo del ojo con el cual, supuestamente todo le descubriría, le había liberado de una angustia paralizante que mantenía en secreto...

Desde pequeño oía a mis mayores decir que una de las armas más efectivas para el tratamiento de las hemorroides era colocarse en el dedo anular de la mano derecha un anillo elaborado con el casco de un burro negro. En lo futuro, bastaba que viera una persona vistiendo el adminículo circular en su dedo anular o cuarto dedo para interrogarle acerca de si sufría de hemorroides. Reiteradamente, la respuesta ha sido siempre afirmativa. No obstante, con el progreso de la farmacopea y de los tratamientos para el alivio de esta indisposición en los países bajos, sin contar con la dificultad para conseguir un burro negro que se deje quitar el casco, ahora sólo los veo de tiempo en tiempo.

Ocurrióme pues que un día, como es lo usual, le pedí a una señora sesentona que se desvistiera y se pusiera su bata clínica para examinarla. Sentada en la camilla le palpé el cráneo, le miré con una paleta dientes, lengua y faringe, y tocó el turno al fondo ocular, el cual exploré con detenimiento. Concluida la observación y retirándome hacia atrás, de entre la abertura de la bata salió a relucir una cadena con la medalla de oro de una Virgen del Carmen. Pero lo más llamativo e inusual fue que engarzada a la cadena, se encontraba acompañándola una sortija de casco de burro negro. Siendo fiel a mi costumbre y en la certeza de un diagnóstico positivo le pregunté:

-“¿Tiene usted hemorroides señora María...?”

A lo que ella sorprendida y con los ojos desmesuradamente abiertos, a su vez repreguntó,

-“¿Es que esa lucecita es tan potente que puede vérmelas...?”

Bueno, la respuesta fue obvia y muy ocurrente... (además me autorizó a fotografiar su cuello) (Figura).



Figura. La señora María y su sortija de casco de burro negro...

Otros fenómenos no menos interesantes y singulares ocurren durante la realización del examen del fondo del ojo; los llamo "verdades secundarias de la oftalmoscopia". Uno de ellos generalmente lo observo en mujeres púberes. Con la sala de examen en penumbra, acostadas en la mesa de examen, cuando me acerco con la luz y llego a estar muy próximo al rostro de la paciente y mi respiración a su oído, bruscamente sacuden la cabeza hacia un lado. Lo he llamado "signo de la angustia de penetración". Como sabemos, en el pasado el inicio de la mujer de clase media a la actividad sexual podía ser al fin de la adolescencia o al momento de casarse, por supuesto, con sus excepciones. En estos tiempos de inicio tan precoz de la actividad sexual, tanto así, que ronda los 12 años en nuestro medio, me pregunto si desaparecerá.

Mi interpretación, propia de una mente cochambrosa, es que la luz del oftalmoscopio es percibida en la fantasía de la joven como un acto de desfloración en el cual un falo luminoso a punto de penetrar su orificio pupilar produce gran ansiedad. Angustia que obliga a la adolescente a retirar la cara y que sería el equivalente al cierre de las piernas...



Figura. En la Sala 2 del Hospital Vargas de Caracas. Oftalmoscopia de distancia y desde esa posición me iré acercando para ejercer la oftalmoscopia propiamente dicha donde estaré muy cercano al rostro de mi paciente. La oftalmoscopia directa es uno de los pocos exámenes que todavía favorecen un acercamiento físico entre el médico y su paciente. ¿y por qué no emocional...?

- **Un caso “cualquiera” de infarto del miocardio...**

Esperando que me contestara que ingresaría en shock cardiogénico, edema agudo del pulmón, fibrilación ventricular o taquicardia ventricular, le hice esta pregunta a un estudiante de sexto año de medicina en un examen final...

-“A ver bachiller, ¿Cuál es la situación más grave que en podría presentarse un infartado del miocardio a un servicio de emergencias y según el caso, cuál sería su conducta...?”

Sin dudar un momento el joven me replicó,

-“¡En muerte súbita, doctor!”

¡No deja lugar a dudas! El dolor y el sufrimiento son matizados por la condición sociocultural de las personas. Los hay que nos quejamos con vehemencia por cualquier necesidad, dolor o presión, un hormigueíto en la nuca, alguna indigestión pasajera o un dolor lumbar mecánico luego de estar inclinado puliendo el automóvil, cargar un objeto pesado o cualquier otra actividad inusual; otros, a pesar de sufrir una condición que está produciéndoles un intenso sufrimiento, con estoicismo de fakir no se quejan ni muestran mortificación alguna. Mi hermano Luís, cuando era estudiante de odontología, visitaba con un compañero de curso un dispensario en un barrio pobre de Valencia para ayudar a esas gentes y de paso entrenar sus manos en el arte de emplear las tenazas. El estado de la dentadura de esos desposeídos de toda fortuna era tan precario, que casi todos terminaban en exodoncias. Antes de comenzar su faena, alineaban a los pacientes en las sillas de la sala de espera y en sucesión, iban aplicando el anestésico. Luego en la misma secuencia, los iban pasando a sentarse en el sillón odontológico. En una de esas, mi hermano notó que cuando lujaba la pieza dentaria a un enfermo para extraerla, este se aferró con gran fuerza al apoyabrazos de la silla de la unidad. Prosiguió su trabajo y le extrajo dos muelas de un envión. Al término le dijo, -

-“¡Caramba!, ¿Como que no te pegó la anestesia...?”

Al tiempo que con un pañuelo sucio se sujetaba el cachete ya tumefacto, el joven respondió medio sonriente, balbuceante y con un hilo de voz...

-“¡Adiós *cará* doctor, usted a mi no me puso anestesia...!”

Parece como si al través de sus vidas, estos seres se hubieran ido preparando para elevar y elevar tanto y tanto el umbral del dolor, hasta alcanzar un lugar del *dolorímetro* donde ya nada es más doloroso que la vida que viven y han vivido... La pobreza, la exclusión, la privación y el hambre, el dolor físico y emocional, las continuas pérdidas de

toda laya que sobrepasan magras gratificaciones, la muerte precoz de hijos, familiares y amigos fallecidos de muerte natural los menos y baleados por el hampa común los más, les temple tanto el espíritu y el aguante, que los infelices llegan a no sentir dolor físico alguno...

Al Doctor Gilberto Morales Rojas (1915-1968), cariñosamente le llamábamos “el viejo Morales”. Era el Jefe de Cardiología del Hospital Vargas de Caracas y para el momento de mi narración también el Director del Hospital. Allá por el año 1962 mis compañeros Rafael Valecillos Valecillos, Irán Rodríguez, “el negro” Jesús Torres Solarte y yo, hacíamos nuestro postgrado de medicina interna. Cuando teníamos problemas de diagnóstico con pacientes de la emergencia o de las salas, lo cual era hartó frecuente, íbamos al Servicio de Cardiología en busca de ayuda. Allí encontrábamos al Dr. Otto Hernández Pieretti, gran semiólogo cardiovascular y experto en pulso venoso del cual poseía películas extraordinarias tomadas por sí mismo, y al Dr. Gustavo Fuenmayor, muy inteligente, brillante, pragmático y sencillo, todos ellos siempre dispuestos a resolver las dificultades de nuestra profunda insipiencia. A decir verdad, éramos tan inmaduros y prejuiciados que no solíamos preguntarle al “viejo Morales” pues tenía aspecto de charro mexicano con sus bigotes de manubrio, siempre estaba en traje de calle y por ello pensábamos que no debía saber mucho ni mucho menos podría estar dispuesto a enseñar.



Figura. Doctor Gilberto Morales Rojas

Un mediodía caluroso y pesado fuimos a enjugar nuestras lágrimas de ignorancia con nuestros profesores y amigos. No se encontraban accesibles al momento. Cuando nos disponíamos a retirarnos, una voz ronca y profunda con acendrado acento gocho nos dijo,

-“Bueno, ¿Qué se les ofrece, para qué los buscan, cuál es el problema...?” Era el “viejo Morales” quien habiéndose sentido aludido por nuestra conducta indiferente y despectiva, se expresaba.

-“Bueno, esteee... un paciente que traíamos para que nos lo auscultaran...”

-“¿Para qué lo auscultaran o para realizarle un completo examen cardiovascular?” Respondió con voz más grave y visiblemente molesto.

-“Los pacientes no se auscultan, se examinan. La auscultación es sólo una parte de lo que siempre deben hacer completo. A ver, ¿Dónde está el paciente...?”

Y allí ocurrió un momento milagroso que marcó profundamente nuestros corazones y nuestro decurso científico: Queríamos aprender y el mejor profesor nos tendía sus manos compasivas y bondadosas para enseñarnos. Nos adoptó como sus hijos intelectuales, y así, comenzamos una relación de cercana amistad, un parentesco nacido de un gran afecto mutuo y de frecuentes lecciones sobre casos clínicos y situaciones ordinarias que sus manos e intelecto siempre se hacían extraordinarias. No era infrecuente que enviara por nosotros a la camarera de la sala mientras estábamos en la emergencia para que viéramos con él, algún paciente con un hallazgo semiológico inusual o demasiado usual.

-“¡Les llama el Dr. Morales, que vayan inmediatamente...!”

En un pequeño cuarto a la entrada de la Sala 1, nos mostraba en un radioscopio que parecía chisporrotear cada vez que apretaba el pedal de encendido, los aneurismas de la punta del corazón de enfermos chagásicos y el movimiento paradójico del músculo cardíaco en su palpar. Sólo había un peto protector que por supuesto, vestía él. Así que de allí salíamos con picor en todo el cuerpo. Aunque me paraba detrás de él, temía quedarme estéril de tanta radiación que cogí en mis partes púdicas por aquellos días de aprendizaje emocionado...

Un día al observarme auscultando, me dijo que yo no sabía auscultar, pero que él me enseñaría... Me dio una hoja papel en blanco, y me pidió que trazara dos líneas verticales, una más larga y otra más chica, que serían el primero y segundo ruido, luego dos espacios de diferente longitud que las separara: serían estos, el pequeño y el gran silencio.

-“Ahora, toca concentrarse en el primer ruido ¿reforzado, apagado, desdoblado? Desdeñe cualquier otro ruido. Concéntrese en él. Haga de cuenta de que no existen otros fenómenos auscultatorios. Dibújelo...”

-“Ahora el gran silencio, - ¿hay algún ruido o soplo conectado con este espacio?” Prosiga ahora con el segundo ruido – ¿desdoblado, relación con los movimientos respiratorios, algún componente predomina sobre el otro?”. Luego el pequeño silencio. Y así, comulgando exclusivamente con cada ruido o espacio y dibujando en el papel,

así aprendimos el arte de la auscultación a la misma cabecera del enfermo. Cada acierto nuestro, asomaba a su rostro la sonrisa de satisfacción y orgullo del verdadero Maestro.

En una ocasión, inmersos en este ejercicio, apenas si pusimos cuidado en observar un viejito que se desplazaba a cortos pasos por el centro de la sala, dirigiéndose a su cama al tiempo que llevaba en sus manos una bandeja de metal con su magro almuerzo. Un cuadro sincopal, pérdida transitoria de la conciencia, y zas, bandeja y humanidad que caen al piso en medio de gran estrépito... El viejito se desparrama por el suelo cuan largo era. Del fondo de la sala brinca de su cama un zambo barloventeño alto, fornido y desdentado; Apolinario Bolívar lo mentaban. Se abalanzó sobre el viejito y sin doblar las rodillas, lo tomó en vilo entre sus brazos y de prisa lo llevó a su cama quedándose a su lado para contemplar las precarias las medidas de reanimación que entonces podíamos realizarle. Un bloqueo cardíaco aurículo-ventricular completo y una crisis de Stokes-Adams⁶⁰...atropina y ninguna otra parafernalia...

-“Mire amigo Muci, solía decir el gran clínico francés Armand Trousseau, *“No hay enfermedades, sólo enfermos”*. Mis pacientes infartados de la práctica privada suelen exhibir un comportamiento ante la enfermedad muy diferente de aquellos otros con los cuales uno lidia a diario en las salas de este Hospital. Ninguno de aquellos hubiera sido capaz de un acto heroico como el que acabamos de presenciar en Apolinario. Tan aterrorizados como están, se habrían inhibido de moverse o habrían muerto en el intento... Mire cuánta reserva miocárdica, qué se yo... más bien cuánta reserva de hombría, guáramo y espíritu de solidaridad... A pesar del extenso infarto de la cara anterior del corazón por el que ingresó en edema agudo pulmonar hace apenas tres días, lo que le resta de fibra muscular cardíaca respondió hermosamente espoleado por elevados sentimientos del espíritu, de altruismo y solidaridad, permitiéndonos presenciar un sublime acto de identificación con el que menos tiene, de hermandad y de empatía...”

¡Qué afortunados fuimos...! Cómo añoro aquellos momentos felices durante los cuales cargábamos a reventar nuestras alforjas con conocimientos y experiencias para el largo camino de la práctica médica, tan lleno de pequeñas gratificaciones y grandes decepciones...

⁶⁰El síndrome de Stokes-Adams se define como una pérdida e conocimiento que a veces se acompaña de convulsiones y relajación de esfínteres debida a un un paro cardíaco o a alguna arritmia de corta duración. Se debe a bloqueo entre la aurícula y el ventrículo (A-V) en un 50-60% de los casos, bloqueo sinoauricular en un 30-40% y taquicardias o fibrilaciones paroxísticas en un 0-5%.

- **El signo del pañolón y otros...**

Mis padres de muy humilde extracción y sin escuela formal o informal alguna, se hicieron por cuenta propia y lo querían todo para sus nueve hijos: Sí, todo aquello que ellos no habían tenido, especialmente la mejor educación posible. Su empeño no estaba en que adquiriéramos bienes materiales sino riqueza espiritual e intelectual. Siempre nos fustigaban y comprometían advirtiéndonos:

-“! Ustedes son Muci y los Muci deben ser los mejores!”

No había otra opción... Debíamos llegar hasta donde nos alcanzara la voluntad, como en las carreras de fondo o de gran aliento, donde lo importante es llegar, y llegar bien, no importando el puesto en que se llegue pues se trata de una competencia donde el adversario es uno mismo...

Se me ocurre que en la pequeñez intelectual del recién graduado que inicia su internado lleno de incertidumbres pero imbuido de entusiasmo y fe en el futuro, sin ignorar las tremendas dificultades que encontrará en el camino hacia la búsqueda de la excelencia, se esconde el deseo de hacer algo trascendente, tal vez hasta de pasar a la historia de la medicina observando lo que otros no han observado, oyendo lo que otros no han oído, describiendo lo que otros no han descrito, pues la clínica y sus expresiones son inagotable y hay mucho todavía por descubrir y describir. Ahí están sus maestros ahítos de una experiencia que proclaman con su acción, y a cada momento, producen inconscientes, en paréntesis casuales, instantes memorables para ser recordados. ¿Cuántas horas de atento escuchar y productiva observación les llevaban a hacer maravillosos diagnósticos *démblé* que tantos habían obviado por ignorancia o inatención?

Uno de estos signos que llamó mi atención fue el que designé para mí mismo como “signo del pañolón”. Lo observaba en mujeres en edad madura que llegaban a la Emergencia o veía en los pasillos del Hospital. Mujeres emaciadas, con la musculatura fundida especialmente apreciable en las fosas temporales, de salientes pómulos y mejillas chupadas porque la bola adiposa de Bichat se había desvanecido, vistiendo un pañolón que envolvía su cabeza, anudado atrás y que, generalmente, eran portadoras de un muy avanzado carcinoma del cuello uterino, producto de la ignorancia de ellas, del desaseo, de múltiples compañeros, de un examen ginecológico preventivo y periódico, y por supuesto, del desapego de los prohombres de la política. Dejé de verlas hace mucho tiempo; después de todo, tal vez algo se avanzó en salubridad, a pesar de los pesares...

- **La sucusión de Otto Lima...**

Este procedimiento semiológico consiste en sacudir el cuerpo o una parte de él para descubrir la presencia de líquido en una cavidad orgánica. Se la llama hipocrática, pues se dice que fue nuestro padre Hipócrates quien sacudiendo al paciente por los hombros

y auscultándolo con el oído cercano al torso, la empleaba para detectar la presencia líquido dentro del tórax.

Frente a un paciente muy emaciado, ruinoso y pálido y con el abdomen superior prominente, el residente leyó la historia durante la revista médica de sala. Sin dejarlo concluir, mi Maestro, el Doctor Otto Lima Gómez se inclinó sobre la cama y asiendo con sus brazos dispuestos alrededor del abdomen del adelgazado paciente, lo sacudió de abajo a arriba. Se oyó un "blup..., blup..., blup...", sonido que produce el líquido contenido en un recipiente. No había dudas, se trataba de una obstrucción pilórica⁶¹, en ese caso por un cáncer gástrico. Cualquiera podría hoy día menospreciar un diagnóstico de un tal tumor en tan grave y avanzado estado, pero era de esa forma como antes y ahora, consultan los pacientes pobres en quienes aún podemos presenciar avergonzados, la historia natural de una enfermedad dejada a su espontánea evolución porque no hay verdadera seguridad social ni asistencia oportuna y efectiva...

- **Regurgitación tricuspídea y Hoyt...**

El Doctor William F. Hoyt, a quien considero un genio de la clínica, es conocido por su enorme contribución a la neuro-oftalmología mundial, por el número de *fellows* procedentes de todo el mundo formados por él (71) y por la descripción de numerosas y novedosas condiciones clínicas. Su aporte bibliográfico es pues, extensísimo.

Siempre se quejó de que yo era un "slow learner"; designación que nunca tomé a mal; ¡Nada que me impresionara!, ya yo lo sabía, como también sabía que cuando llegué a San Francisco a los 40 años de edad era un total ignorante, pues todo lo que había aprendido con todas mis lecturas y experiencias previas, no me servía de mucho entre aquella cantidad de paciente con patologías novedosas para mí; todo era inédito, la exigencia era muy grande, pero mi meta y compromiso era aprender y traer a mi país lo aprendido, así que pudiera fundar una colonia neuro-oftalmológica, o suerte de buena metástasis a distancia, como así lo hice...

Un día llegó una paciente de unos 55 años que había tenido un accidente cerebrovascular del tallo cerebral y presentaba unos movimientos oculares finos y muy complejos. Yo estaba sentado tras de él observando mientras con una varita de metal con un botón rojo en su extremo, él la hacía mirar en diferentes direcciones moviendo el tallo metálico con rapidez o lentitud. Los movimientos anormales eran tan finos que yo no lograba verlos a pesar de los continuos llamados a que los viera... *Watch, watch, Do you see it, do you see it Rafee, do you...?* ¡Qué frustración! Era verdad, no había adquirido aún la fineza observadora que luego poco a poco adquiriría, parte en San Francisco y la mayor parte aquí, sintiéndome más relajado, en el Hospital Vargas de Caracas.

En eso estábamos cuando observé unas enormes ondas a los lados del cuello de la paciente, ondas que ascendían y descendían elevando el lóbulo de la oreja, sin duda muy anormales y de origen venoso yugular. Dudando si hacer o no un comentario, en un momento dado no pude resistir y le dije, ¿Ha observado usted que la paciente tiene

⁶¹ El píloro gástrico es una parte del estómago a través del cual vacía su contenido el estómago hacia el intestino delgado. En la obstrucción o estenosis pilórica este desfiladero se estrecha, se acumula líquido y alimentos y sobrevienen vómitos y desnutrición.

una regurgitación tricuspídea? ⁶² Giró su cabeza hacia mí y me fulguró con una mirada intensa, sin decirme nada, mostrándome su desagrado por mi extemporánea intervención que nada tenía que ver con lo que él me estaba mostrando.

Al cabo de un tiempo y finalizado el examen me retiré prudente del "eye room" y me fui a su oficina; él terminó su entrevista, conversó con la paciente y se despidió de ella. Una vez en la oficina, me hizo llamar y me dijo que le había preguntado a la paciente si en efecto tenía algún problema valvular en su corazón; ella le contestó afirmativa que su cardiólogo le había dicho que tenía aquello que yo le había susurrado al oído. Muy humildemente, miró a mis ojos y me dijo, "Teach me Rafee..."

Fue aquella una lección de sabiduría que nunca olvidaré...

- **Fenómeno de la agregación conjuntival**

Muy entusiasmado con el empleo del oftalmoscopio en situaciones diferentes a las de observar el fondo del ojo y habiendo conocido el trabajo de David Paton en la conjuntiva de pacientes con anemia de células falciformes, cuando lo investigaba con el oftalmoscopio directo, luz aneritra y la lente de +40 dioptrías (10 aumentos), comencé a notar que podía apreciar cómo la corriente sanguínea de las vénulas conjuntivales, usualmente homogéneas, en ciertos casos se observaba heterogénea, agregada y a veces hasta segmentada como los vagones de un ferrocarril en movimiento. Pude relacionarla con ciertos reactantes de la fase aguda de la inflamación como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y niveles de IgG en suero –no era accesible para entonces la proteína C reactiva-. Llegó el momento en que tenía que acumular un cierto número de pacientes y pedí entonces la colaboración a mi admirado alumno y cercano amigo, el doctor Manuel Guzmán Blanco. Recuerdo que un sábado le observamos la conjuntiva a todos los pacientes que estaban hospitalizados en el área quirúrgica entre las salas 11 y 18, viendo si el signo era positivo o negativo, y sólo posteriormente, revisando el diagnóstico en la historia clínica y posteriormente, correlacionándolo con la VSG. Excluimos pacientes febriles, mujeres con la menstruación o portadores de anemia significativa donde puede estar presente. Por cierto, encontramos que muchos de los positivos tenían alguna enfermedad biliar. Considerábamos que habíamos encontrado un útil procedimiento de cabecera accesible al médico general, y por no dejar, lo escribimos y lo inscribimos para el Premio Sandoz de Medicina del año 1978, y para nuestra sorpresa, nos lo ganamos.

⁶² La regurgitación o insuficiencia tricuspídea es una condición que consiste en el anormal reflujo de sangre que se devuelve contra natura a través de la válvula tricúspide desde el ventrículo derecho (cámara inferior del corazón) hacia la aurícula derecha (cámara superior del corazón). Ocurre durante la contracción del ventrículo derecho y es causado por el daño a la válvula tricúspide del corazón, incapaz de cerrarse, o por un agrandamiento del ventrículo derecho. Produce una onda anormal visible en el pulso venoso del cuello que permite diagnosticarla especialmente en posición sentada.



Figura. Acto de entrega del Premio Sandoz de Medicina 1978 de manos del Doctor Joel Valencia Parparcén y el facsímil del pequeño libro que resultara del trabajo cuya portada, simbolizando la salud, fue realizada por mi finado hermano Aziz Muci Mendoza

Aunque olvidado por muchos, continúa siendo mi aliado y compañero en cada caso que a diario examino: Cuando adopta el aspecto de segmentación o "vagones conjuntivales" tiene la connotación de ominoso signo aún en el paciente asintomático

- **El tablero de damas chinas del abdomen del hiperventilador.**

El síndrome de hiperventilación o disnea psicogénica es sinónimo de ansiedad, de angustia. Los afectados ocurren frecuentemente al consultorio de un internista; sus síntomas son muy variados, a veces parecidos a crisis de pánico e incluye historia de inicio brusco de disnea, opresión torácica, dolor pectoral, mareo, sensación de falta de fuerzas, parestesias distales en los brazos y síntomas de pre síncope, palpitaciones, crispación de las manos por tetania, despersonalización, desrealización, etc. Al dar la bienvenida al paciente, suelen notarse sus manos muy frías y sudorosas. Mientras se realiza la entrevista, es evidente la presencia de profundos suspiros que nada tienen que ver con la ausencia del objeto amado... Durante la palpación del abdomen he notado sectores de temperatura normal que coexisten con otros fríos... No sé el por qué, pero puede ayudar en el diagnóstico...

- **"Corkscrew vessels" en neurofibromatosis I (NF-1)**

Me atrajeron siempre los pacientes con una serie de condiciones agrupadas bajo el término genérico de facomatosis o genodermatosis, algunos, verdaderos fenómenos de la naturaleza. Aún recuerdo el primer paciente con enfermedad de von Reclinghausen que atendí en tercer año de medicina y del que todavía conservo fotografías, pues siempre me interesó la fotografía médica. Desde 1976 comencé lentamente a acumular una serie de casos de neurofibromatosis I (NF-1); tenían características muy interesantes:

492

SCIENTIFIC CORRESPONDENCE

Corkscrew retinal vessels in neurofibromatosis type 1: report of 12 cases

R Muci-Mendoza, M Ramella, D Fuenmayor-Rivera

Br J Ophthalmol 2002;86:282-284

Aim: To describe a distinctive spectrum of retinal microvascular abnormalities in 12 patients with neurofibromatosis type 1 (NF-1).

Methods: This is an observational prospective study of the ocular fundus evaluated by direct ophthalmoscopy with or without fluorescein angiography, to investigate retinal microvascular abnormalities in 32 patients with NF-1 and in 30 control subjects. The evaluation included a complete general and neurological physical examination and, in some cases, computed tomography, magnetic resonance imaging with gadolinium-DTPA, or both.

Results: The occurrence of a distinctive spectrum of retinal microvascular abnormalities is described in 12 patients with NF-1 (37.5%). At the lower end of the spectrum, present in 10 patients, the anomaly consisted of minuscule second or third order tortuous vessels, which were called "corkscrew retinal vessels." These were usually isolated but in a few cases multiple. They flow towards the superior or inferior temporal veins. They had a length of one to two disc diameters. They ended either in a minute tuft or conical on the retinal surface. The upper end of the spectrum was seen in only two patients. One of them had an exceptionally large venous anastomosis on the nasal retina and the other had an arteriovenous malformation entering over one retinal quadrant. None of the patients in the control group had such retinal microvascular abnormalities.

Conclusion: The "corkscrew" retinal vessels described in this report constitute a broad spectrum of microvascular markers in NF-1 patients.

Neurofibromatosis type 1 (NF-1) is an autosomal dominant condition affecting one in 4000 individuals. The responsible gene has been located on chromosome 17. Except for Lisch nodules, ocular manifestations are relatively infrequent in NF-1. These consist of choroidal and retinal hamartomas.¹ In this study, we report the existence of retinal microvascular abnormalities in 12 individuals.

PATIENTS AND METHODS

We evaluated 32 consecutive patients with the diagnosis of NF-1 based on criteria established by the NIH. Every patient received a thorough systemic, neurological, and neuro-ophthalmological evaluation, with special attention to retinal findings by direct ophthalmoscopy. In 12 patients, five males and seven females, between 14 and 40 years of age (mean 24.9 years), distinctive retinal microvascular abnormalities were observed and documented with retinal photographs and in six patients fluorescein angiography was also obtained. Table 1 shows their demographic characteristics and associated conditions. Their healthy individual served as our controls.

RESULTS

In 12 of 32 patients with NF-1 (37.5%) we identified a spectrum of retinal microvascular abnormalities of diverse complexity spanning from a single affected vessel, which we called "simple form" of the anomaly to the full blown manifestation, called the "complex form." The lower end of the spectrum was observed in 10 patients. The anomaly was located within two disc diameters of the optic disc, and consisted in a small (second or third order vessel) tributary of the superior or inferior temporal vein or less frequently the nasal vein (two cases). The small, tortuous vessel usually spanned one or two and a half disc diameters, bending and

British Journal of Ophthalmology 2002;86:253
© 2002 British Journal of Ophthalmology

BJO at a glance

Creig Hoyt, Editor

Nota de los autores.

Este trabajo, realizado en la Unidad de Neuro-oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, mereció un editorial en esta prestigiosa revista oftalmológica inglesa. Nos llena de inmensa satisfacción.

A NEW FINDING IN NEUROFIBROMATOSIS TYPE 1

Evaluation of patients with neurofibromatosis is of interest to most ophthalmologists. A distinctly separate set of associated findings occurs in patients with neurofibromatosis type 1 (NF-1) than in those with NF-2. In the case of NF-1 associated findings include changes in the cornea, angle structures, iris, retina, optic nerve, and orbital wall structures. In many centres all patients with NF-1 are screened by ophthalmologists as a matter of routine. It is perhaps surprising, therefore, that Muci-Mendoza and co-workers now report a new finding associated with NF-1—corkscrew retinal vessels. In a study of 32 patients with NF-1, 12 were found to have a spectrum of retinal microvascular anomalies that ranged from quite mild to dramatic in their manifestation. These anomalies consisted of retinal microvascular tortuosity without evidence of leakage on fluorescein angiography. This appears to be yet one more associated finding that occurs in NF-1. Can it really be true that one third of patients with NF-1 demonstrate these anomalies and we have only just now recognised them? See p 282

Figura . Trabajo publicado en la afamada revista inglesa, *British Journal of Ophthalmology* en 2002. En una enfermedad descrita en 1882 por el patólogo alemán Friedrich Daniel Von Recklinghausen, fueron estas observaciones primigenias y originales observadas por vez primera en la retina; un total de 12/42 pacientes en un período de 26 años.

Eran minúsculas y muy difíciles del ver con el oftalmoscopio directo; así que era necesario dedicar largos minutos en su búsqueda. Una vez que había colectado algunos casos, los presenté en un homenaje al Dr. Hoyt con motivo de su 70^o cumpleaños. Recuerdo que me correspondió dictar mi charla al final y luego de las presentaciones de otros renombrados *ex fellows*. Una vez terminada mi presentación pregunté a la notable audiencia si alguno había visto casos similares. Hubo un largo silencio que fue roto cuando Hoyt se levantó de su asiento y dijo con sobrada emoción, "Este hombre ha visto en Caracas, Venezuela, un inusual hallazgo que pasó por años desapercibido a los ojos de todos nosotros". En la cena de gala de la noche final se premiaron las presentaciones; el mío ocupó el primer lugar y en recompensa me dieron una foto del Dr. Hoyt. Posteriormente vimos nuevos casos y que en 2002 los publicamos en la afamada revista inglesa, *British Journal of Ophthalmology*, 2002;86:282-284.

• ¿Y es que le cortaron una pierna...?

Era una de esas mañanas luminosas y de cielo muy azul pero cundida de aburrimiento en la Sala 16 del Hospital Vargas. Como estudiantes del último año, cumplíamos nuestra pasantía de Clínica Quirúrgica. No había mucha gente allí dispuesta a enseñar a unos estudiantes sin interés. Estaban demasiado ocupados operando como para interesarse en minucias de apendices. Casi nunca pasábamos revista con los adjuntos, y así, no sentíamos la presión de tener al día los pacientes asignados. Pero cierta mañana, como un relámpago en un cielo azul, el día menos pensado, irrumpió el mismísimo Jefe de Servicio y decidió que esa misma mañana pasaría revista. Yo conocía muy bien los casos de las enfermas que me habían asignado y además,

aunque la cirugía no era mi niña consentida, conocía al resto de las 19 mujeres allí admitidas que siempre tenían una patología y una historia personal con su fascinación clínica y humana. Mi grupo no era muy aplicado y estudioso que digamos, así, que aquello fue una cortadera de cabezas desde la Cama 1 en adelante, ninguno sabía nada de sus pacientes ni de sus patologías.

El Jefe estaba tan pálido, tan rabioso y enchumbado de adrenalina, noradrenalina y cortisol que como decía mi madre, si le cortaban la piel no echaba sangre... El negrito "C..." había decidido desde ya, que él sería obstetra –para entonces esa especialidad catalogada como la más inferior del espectro médico-. No le interesaba aprender nada más. Pues bien, a un costado de la cama con cara de pocos amigos el cirujano increpó al proyecto de partero,

-“A ver bachiller, ¿Por qué le amputé yo una pierna a esta paciente y que incidentes ocurrieron durante la cirugía...?”

El negrito también en su sorpresa, palideció de súbito, y sudoroso y aturdido, tomó por un extremo la nivea sábana que la cubría y de un tirón irreverente, descubrió el cuerpo de la paciente al tiempo que exclamaba,

-“Pero... ¿Y es que le cortaron una pierna...?”

No pudo graduarse con nosotros. El Jefe le puso la mínima calificación para que ni siquiera pudiera graduarse ese año. Había sido un descuido intolerable, era su paciente y debía estar a su lado, velar por ella, examinarla cada día y anotar en la historia sus impresiones de ese día...

A decir verdad, el cirujano de la viñeta era uno de elevados quilates, era un privilegio estar a su lado; para decirlo de otra manera, fue el único cirujano a quien vi con un estetoscopio en el bolsillo, que sabía mucho de clínica médica y quirúrgica, y todos sus pares le veían con admiración y respeto.

Se ha dicho que un buen cirujano debe tener, “ temple de acero, manos de artista, mirada de águila y corazón de león”. Pues bien la paciente de marras, una negrita barloventeña, perdón, una “afrodescendiente” en los sesenta, muy adelgazada, había desarrollado una gangrena diabética que hacía obligante la amputación del miembro inferior derecho para salvar su vida. Para entonces, los pabellones del Hospital estaban en remodelación; así, que se habían acondicionado espacios en el fondo de las salas donde se operaba en medio de grandes estrecheces. Siendo un procedimiento sencillo, la cirugía fue confiada a uno de los residentes menos expertos. Cuando estaban en el proceso del serruchado, el anesthesiólogo advirtió que la paciente había hecho un paro cardíaco. Cundió el pánico y creció la algarabía. Siendo que a la sazón el Jefe pasaba por allí, se acercó, se caló con prisa un par de guantes, apartó a los asustados y con certero corte de bisturí, le abrió el tórax, introdujo su mano derecha, asió el corazón y comenzó a masajearlo para que reanudara su actividad. En ese momento, la víscera vital se rompió en sus manos, pero, sin dilación o perturbación alguna, empleando un largo portaguja, con sangre fría suturó la brecha y salvó la vida de la paciente... Tuvo muy mala suerte el negrito "C...", y, ¡Qué antojarse el orgulloso Jefe ese día y encontrarse a cielo abierto con la ignorancia de mi compañero!

- **Vicisitudes de mi estada en San Francisco...**

Debería decir nuestra, porque era esa una empresa donde participábamos Graciela, nuestros tres hijos y yo. Me adelanté a mi familia para preparar nuestro asentamiento en esa hermosísima ciudad de la Costa Oeste de los Estados Unidos. Alquilé un pequeño apartamento con salida independiente a la calle en una *Guest House* para estudiantes de un tal señor Birdsal, frente al *University of California Hospital Herbert C. Moffitt* en *San Francisco* sobre la Avenida Parnassus y de cara al Golden Gate Park y desde donde podía verse el Golden Gate Bridge. Inicié un curso de refrescamiento de inglés en la *Berlitz School* donde había un curso llamado *total immersion* de 6 horas diarias. Sentía que hacía grandes progresos, pero a la semana, día sábado, en que descansaba para salir a despejar mi mente, un policía tocó mi puerta.

-“*Are you mister Mendouza?* –me pregunto- y a mi afirmación y sin anestesia me dijo, -“El Consulado de Venezuela pidió a la Policía de San Francisco que lo encontráramos porque algo muy serio sucedió en su casa en Caracas...”

Me invadió el temor de que algo malo hubiera sucedido a mi esposa o hijos. Me suministró un teléfono. Era de una oficial del consulado venezolano. Me fue a buscar en su automóvil y me acogió en su casa. Luego de muchos intentos, pude comunicarme con Graciela. Era mi padre quien súbitamente había fallecido en Valencia el sábado 15 de julio de 1978. Mientras almorzaba en compañía de mi madre y mi hermano José, de repente “se ahogó”, y mi mamá le dijo a José, dale unas palmadas en la espalda que eso siempre le pasa. No fue así esa vez, se desplomó sobre la mesa. Se le fue la vida a “*musiú* José”... El recio cedro libanés había sido cortado de un tajo y sin dolor alguno... Me invadió una gran tristeza... le había fallado, no estuve con él en sus últimas horas.

Yo no quería viajar al exterior a hacer un postgrado hasta que mi padre falleciera y muchas veces había reclamado a la hora del almuerzo y ante mi familia mi dilación. Él siempre me decía que me estaba poniendo viejo y que debía irme pronto a cumplir mi sueño. Mi hermano Fidias Elías, también médico, había fallecido tempranamente, y yo deseaba poder acompañarlo al momento de su muerte. Cierta día que nos visitó en casa, de nuevo insistió en el asunto; entonces mi hijo Rafael Guillermo entonces de 9 unod años le dijo,

-“Mira Papá José, él está esperando que tú te mueras para poder viajar...”

Yo me quedé frío y sin palabras... Vino un silencio tenso, pero nada más se dijo. De allí en adelante, mi papá arreció su insistencia. Me dijo que me fuera, que alquilara una linda casa y que luego él iría a estarse con nosotros durante unos seis meses...En medio de muchas dificultades, volé y llegué a la funeraria a la 1.00 P.M del día domingo 16 julio de 1978 cuando el féretro era llevado en hombros de amigos hacia el carro fúnebre. Se había ido mi viejo, no pude siquiera envolverme con él en un abrazo póstumo. Unos 10 días más tarde volví a San Francisco, muy deprimido, triste, lleno de culpa e intentando rehacerme del gran golpe, precisamente ahora, en momentos en que necesitaba dar todo lo mejor de mí....

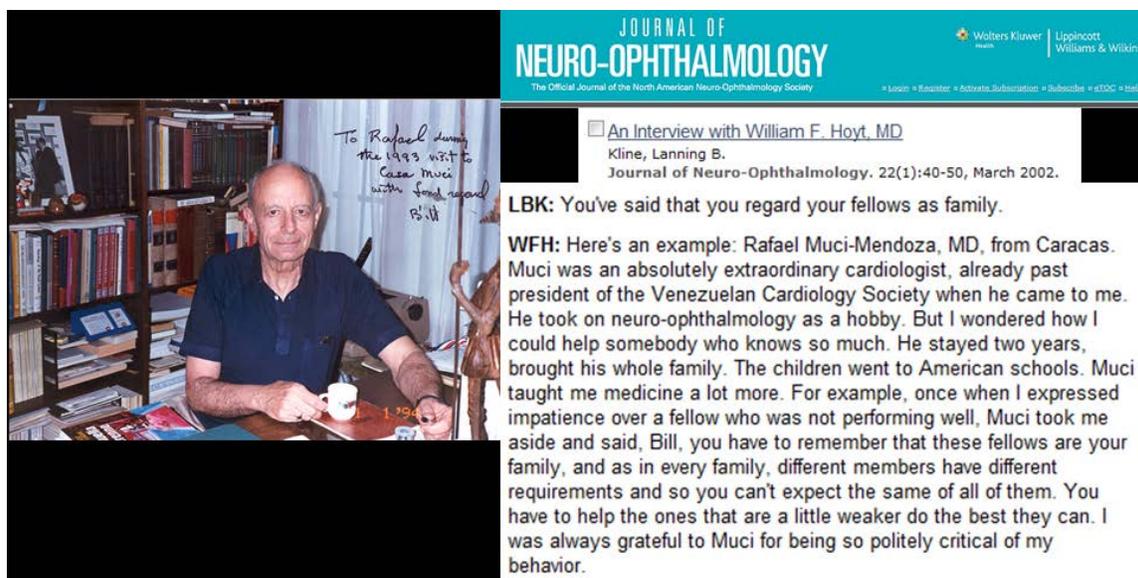


Figura. En una entrevista que le hiciera el doctor Lanning Kline, M.D. al Doctor Hoyt en enero de 2002 y publicada en el prestigioso *Journal of Neuro-Ophthalmology*⁶³, aunque mencionando algunas imprecisiones como la de ser yo cardiólogo y algo más, me dio mucha satisfacción el saber que nuestra relación había sido en dos sentidos y que ambos nos habíamos beneficiado y aprendido el uno del otro, por supuesto, yo muchísimo más que él.

El ambiente de la Unidad de Neuro-Oftalmología era uno de una elevada exigencia, una sección del Servicio de Neurocirugía, uno de los más afamados de la Costa Oeste, y tenía como único protagonista al Dr. William F. Hoyt, oftalmólogo entrenado en Baltimore por el Doctor Frank B. Walsh, autor del famoso libro de la especialidad *Clinical Neuro-Ophthalmology* (Williams & Wilkins, 1st Edition 1947, 2nd Edition, 1957), de 1238 páginas. Hoyt lo transformó en otro de tres volúmenes con un total de 2763 páginas, *Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology* (Williams & Wilkins, 3rd Edition, 1969), una copia que descansaba en el quicio de una ventana en un sujeta libro o nicho de madera pulida, con una placa de plata donde habían grabado la palabra "The Book", regalo de un famoso *ex fellow*. El libro tenía por todas partes tachaduras, enmiendas, comentarios suyos al margen y hasta expresiones como "Wrong!" en varias de sus páginas, aceptando que su percepción de entonces había sido errada... Por el ambiente de la Unidad permanentemente circulaban figuras de la neurología y oftalmología mundial, y qué decir de neuro-oftalmólogos de gran renombre, norteamericanos, canadienses, suecos, israelitas, japoneses y alemanes. Era demasiada la suerte mía y con sinceridad puedo decir que con mis conocimientos y magras credenciales no merecía estar allí... Y entonces ¿Cómo sucedió ese maravilloso milagro?

Mi afición por el estudio del fondo ocular me llevó a relacionarme con el Profesor, Maestro y Académico, Doctor Rafael Cordero Moreno. Una vez me preguntó si siendo

⁶³ *Journal of Neuro-Ophthalmology*. 2002; 22(1):40-50.

internista me gustaría ahondar más mis conocimientos en la parte médica de la oftalmología. -"Por supuesto que sí -le contesté-, me gustaría hacer neuro-oftalmología⁶⁴". El me replicó,

-“Cuando tome la decisión hágamelo saber pues tengo un famoso amigo en la especialidad”.

Unos dos años más tarde, cuando estuve listo se lo hice saber, y él de inmediato redactó una carta para el Dr. Hoyt -años más tarde tuve acceso a ella (Figura)-. Envié mi curriculum con los trabajos que hasta entonces había publicado sobre oftalmología médica. Él quedó muy impresionado con sus títulos y diversidad y me aceptó (a decir la verdad y por fortuna, si hubiera tenido oportunidad de leerlos -estaban escritos en español-, se habría dado cuenta que eran bastante mediocres). Bueno, Bendito sea Dios, lo cierto es que mi vida y la de mi familia cambiaron para bien... Cuando le pregunté al Doctor Cordero cómo era el carácter del Doctor Hoyt, él me respondió secamente,

-“Ya usted lo conocerá y juzgará...”

⁶⁴ El Doctor Rafael González Sirit había realizado estudios de perfeccionamiento oftalmológico en Baltimore, en época del Doctor Frank B. Walsh, así que fue influido por él. En cuarto año de medicina, visitando al Doctor Rafael Lara García en el Hospital del Seguro Social Ildemaro Salas, me habló de él: un médico que recién regresaba de USA y era capaz de hacer diagnósticos neurológicos mediante el examen ocular. Fue la primera vez que oí hablar de neuro-oftalmología; fue un amor a primera vista...

DR. RAFAEL CORDERO MORENO

OFTALMOLOGO

Caracas, May 3, 1976

William Hoyt, M.D.
Department of Ophthalmology .Medical Center
University of California.San Francisco,Cal 94143

Dear Bill:

First of all my best wishes for you and your family.

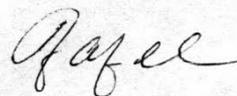
I am writing you on behalf of Rafael Muci, M.D. He is a 37 years old man, whom has a very good reputation as an internist in the city, professor on internal medicine and teacher at postgraduate level mainly. He knows a lot about medical ophthalmology such as ocular fundi, fluorescein angiography, etc.

Muci is very much interested on doing neurophthalmology and I am writing to you thinking that you may accept him in your department. He will be able to move in two years.

I appreciate any consideration that you may give to our proposition. When he comes back from his neurophthalmological training he will continue teaching and will be integrated to the staff of the Eye Institute that, we hope, will be a reality in a not too far future.

Thanking you in advance for whatever you make do in favor of Dr Muci, with the best memories from the old times,

Yours sincerely



Rafael Cordero-Moreno, M.D.

Figura. Carta de recomendación del Doctor Rafael Cordero Moreno al Doctor William F. Hoyt el 3 de mayo de 1976. Su bondadosa intercesión me abrió las puertas a la UCSF permitiendo mi entrenamiento con un genio de la observación...

Nos mudamos a un área residencial en un pueblo llamado Burlingame a una distancia de 45 minutos del Hospital, escogido sobre la base del colegio con mayores logros académicos de la Bahía de San Francisco, el *Franklin Elementary School*; en su escogencia tuve gran suerte que me ayudara una secretaria de la Unidad cuyo trabajo era juzgar las escuelas del área de la Bahía de San Francisco, quien encontrándose desempleada, había tenido que aceptar, subpagada, ese oficio secretarial. Con su ayuda, alquilamos una casa muy hermosa y confortable con un jardín japonés con todo y su puente.

Llegué a la Unidad que para el momento tenía ya varios *fellows*, los doctores oftalmólogos Randy Wolfe (USA), Renata Unsöld (Alemania) y Steven Feldon (USA). Lo primero que me preguntaron fue cómo se me había ocurrido venirme a la Unidad, cuando el Doctor Hoyt era un hombre ya acabado... Nunca pude comprender la maldad de sus palabras...

Tuve que estudiar mucho. Afortunadamente, el Hospital tenía una biblioteca extraordinaria con una colección inimaginable de revistas de todo el mundo, videos de las charlas que se dictaban y un salón con televisores para verlos; además, posibilidad de fotocopiado gratuito mediante el uso de una llave electrónica.

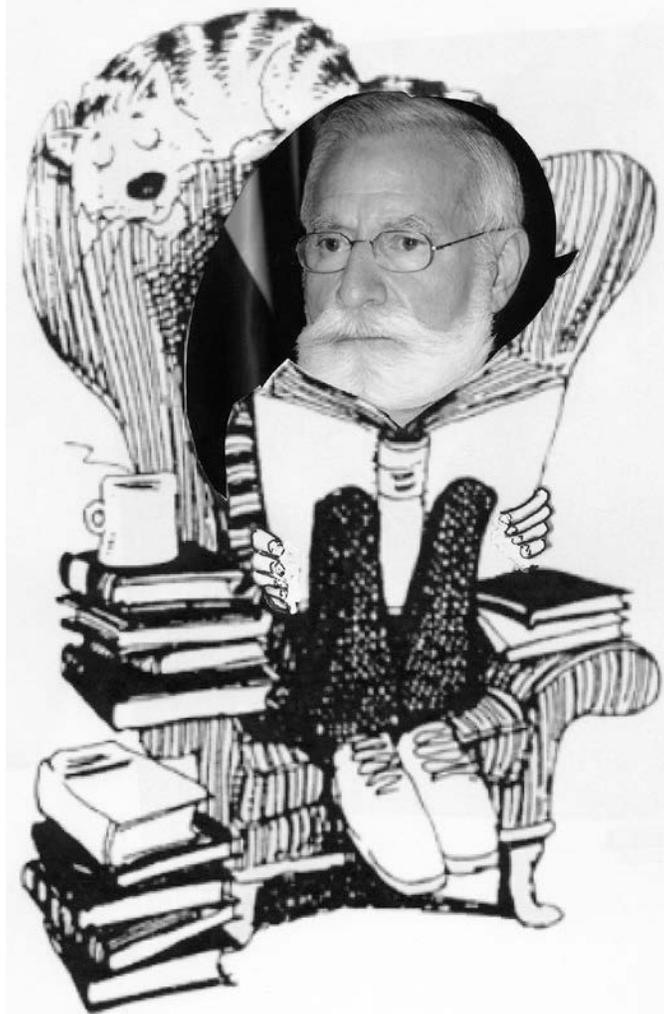


Figura . Tuve que estudiar mucho y tomar mucho café...

Cuando regresé al país traía en mi equipaje gran cantidad de trabajos originales y fotocopias imposibles de conseguir en nuestro medio. Además tomé muchas fotografías clínicas y logré que la Unidad adquiriera una retinocámara con la cual podía tomar retinofotografías –los rollos de película y su revelado era sufragado por el Neurosurgical Department...- Tomaba 4 ó 5 fotografías similares que distribuía entre el doctor Hoyt y mis compañeros. Por supuesto, dejaba una para mí.

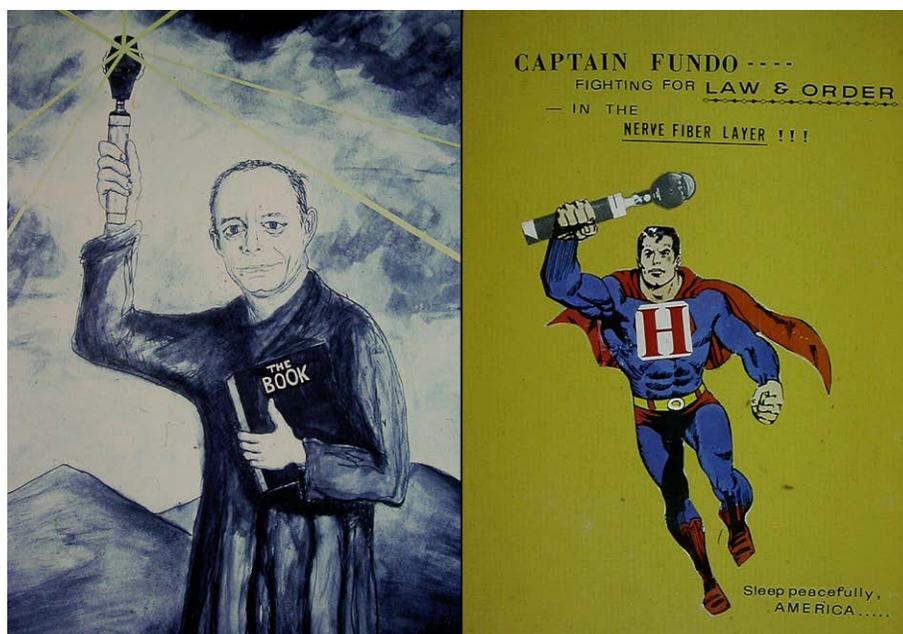


Figura. Bill Hoyt en caricaturas realizadas por sus *fellows*. Ignoro quién dibujó la de la izquierda; la de la derecha fue compuesta por el Doctor Joel Glaser (†), uno de sus más apreciados alumnos

Allí cumplí uno de mis anhelos, como fue aprender el arte de observar la capa de fibras ópticas de la retina con el oftalmoscopio directo, un trozo de sustancia blanca cerebral expuesto a la curiosidad médica y venero de verdades. Me resultó muy difícil porque había desarrollado mi aprendizaje y observación del fondo cuando todavía Hoyt no había comunicado sus observaciones. Tuve que vencer la "visión automática", aquella que nos fuerza a ver lo que conocemos, tan sólo una parte de lo visible. En la década setenta, en numerosas publicaciones dio a conocer sus hallazgos e inclusive las técnicas para fotografiarla... Tuve que ver y admirar su genio, ¡cómo había expandido la capacidad de observación hasta extremos insospechados por mí!

Este año 2011 completé y publiqué una pequeña monografía para facilitar el estudio de aquello que tanto me costó aprender y así, facilitar la iniciación de mis alumnos esa que fuera tan, pero tan difícil, para mi... (Figura).

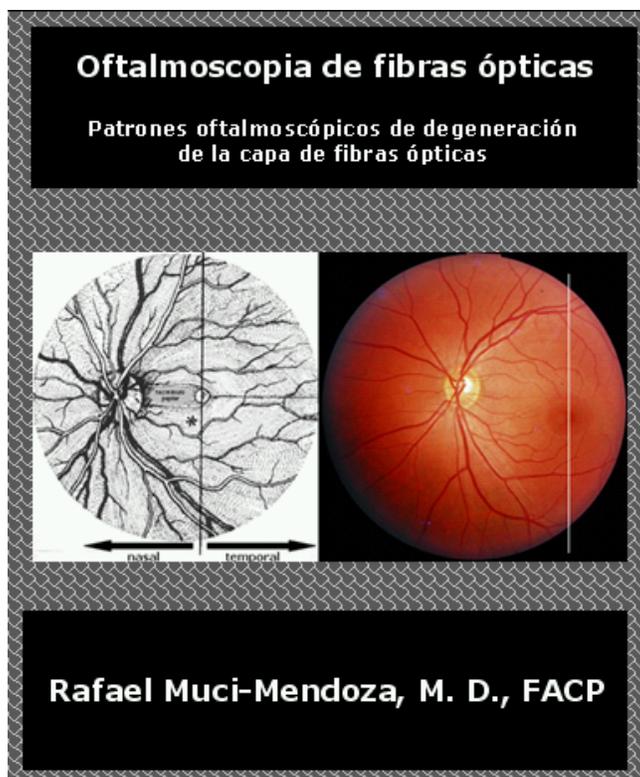


Figura. Portada de la monografía de mi autoría sobre "Oftalmoscopia de Fibras Ópticas" (2011), ofrendada a mis alumnos en mis cincuenta años de ejercicio profesional. La portada fue diseñada por mí...

UCSF Department of Neurological Surgery

About Us

William F. Hoyt PhD



Professor Emeritus

As a UCSF faculty member since 1958, Dr. Hoyt has developed a world-renowned unit in the field of neuro-ophthalmology at UCSF. He was among the first west coast ophthalmologists to investigate visual problems in neurologic disease, and is recognized as a scholar, a teacher, and a neuro-ophthalmologic consultant. Dr. Hoyt worked closely with Frank Walsh, MD, founder of the specialty of neuro-ophthalmology, and was co-author, with Dr. Walsh, of a three-volume compendium, *Clinical Neuro-Ophthalmology*. He has authored nearly 300 scientific papers and *The Ocular Fundus in Neurologic Disease*.

Dr. Hoyt has probably trained more neuro-ophthalmology specialists than anyone else in the world, and many of his former students hold important positions throughout the U.S., Latin America, Europe and Asia. His students include Neil Miller, MD, Professor of Ophthalmology at the Johns Hopkins University, and current editor of *Clinical Neuro-Ophthalmology*; Michael Sanders, MD, Professor of Ophthalmology in Queen Square, London; Lars Frisén, MD, Professor of Ophthalmology at Gothenberg, Sweden; Guntram Kommerell, MD, Professor of Ophthalmology in Freiberg, Germany; and Rafael Muci-Mendoza, MD, Professor of Medicine in Caracas, Venezuela.

Figura. El Doctor Hoyt me ha tenido siempre en gran estima y en la página del Departamento de Neurocirugía de la Universidad de California, San Francisco donde se hace una pequeña introducción de los integrantes de la *Faculty*, me menciona entre otros de sus *ex fellows* de fama mundial. Una exageración, no cabe duda...

(Available from: http://neurosurgery.ucsf.edu/index.php/about_us_faculty_hoyt.html.
accessed, August 22, 2011)

- **Dilatación pupilar y hernia intracraneal transtentorial...**

Observar una de las pupilas dilatada en forma aguda suele tener un tufillo a tragedia... particularmente si el médico que la evalúa carece de toda sofisticación al examinar este pequeño gran sensor neurológico que es la pupila. Suele el novel oír en sus estudios de semiología de tercer año de medicina o en su pasantía por neurología clínica, el ominoso significado de una pupila parálitica y fija porque suele indicar un enclavamiento de parte del cerebro a través de la hendidura de la tienda del cerebelo, lindero entre el cerebro por arriba y el cerebelo por debajo, producido por una colección sanguínea o tumoral hemisférica que empuja hacia abajo el tejido cerebral, si se quiere, un toque de ánimas que clama por su resolución neuroquirúrgica.

Recibe el eponímico de "pupila de Hutchinson", por haber sido Sir Jonathan Hutchinson (1828-1813), neurólogo inglés, quien la describiera en hemorragias cerebrales que produciendo la citada hernia a través del hiato de la tienda del cerebelo, comprimían el tercer nervio craneal en la base cerebral, produciendo una pupila ampliamente dilatada, fija y sin respuesta a la luz directa, siendo que su homónima contralateral solía ser normal.

Pero resulta que los pacientes portadores de una pupila de este mal temperamento y pronóstico, siempre tienen un trastorno agudo de la conciencia y nunca ocurren por pasos propios al médico; antes bien, son conducidos hasta él en brazos solidarios de familiares, amigos o bomberos... Lo opuesto ocurre con la pupila de Adie, o parálisis parasimpática benigna, en la cual una persona habitualmente saludable, especialmente si tiene el iris claro se percata de que tiene una pupila ampliamente dilatada al verse en un espejo, o bien, cuando se lo hacen saber sus allegados.

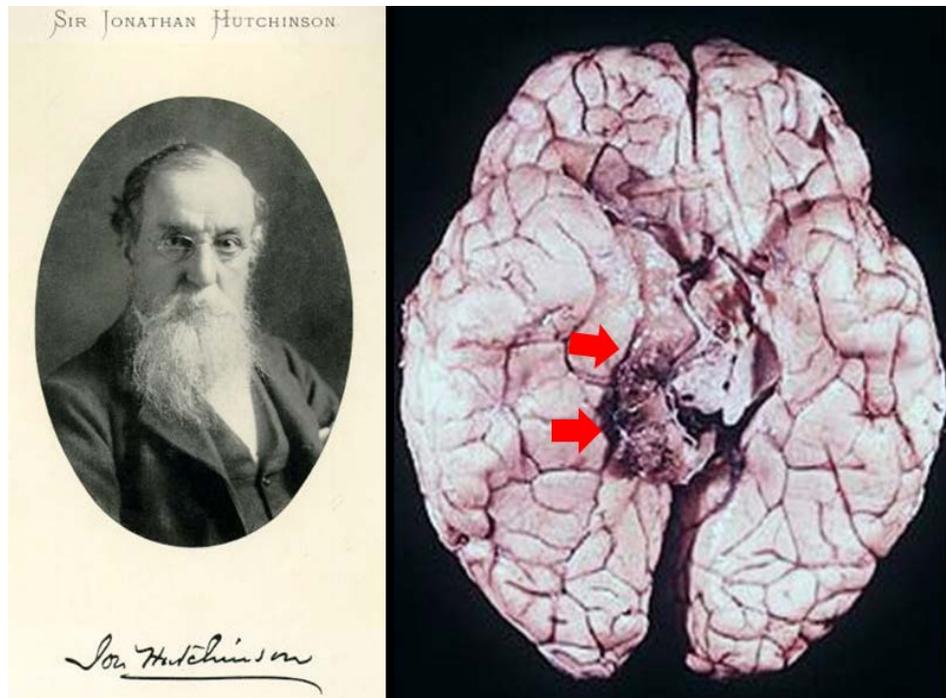


Figura . Sir Jonathan Hutchinson y cerebro visto por su parte ventral mostrando una hernia del hipocampo rechazando el tallo cerebral hacia la derecha.

No es raro recibir una llamada a media noche luego de un día de angustias y de atención a aporreados por la saña de la enfermedad y cuando el cuerpo pide reposo y el músculo se relaja. El teléfono, que a esa hora no puede sonar menos que implorante, en medio del bullicio de una fiesta, pone al habla a un sujeto que dice ser médico, cuya tasa ética parece elevada, diciéndole que su esposa se "está enclavando allí mismito", porque se lo ha dicho un neurocirujano presente que supongo en similar condición al hablante. Resulta que la señora tiene el iris claro y en esas circunstancias, es más fácil apreciar una pupila dilatada que en esas otras personas de iris oscuro; "Bien –le replico- si está caminando y pasándola bien, créame que no tiene ninguna significación de emergencia". Cuando al fin el otro le entiende que bien puede esperar hasta el día siguiente, usted tratará de dormirse de nuevo rodeado de diablitos que le hincan sus tridentes, mientras él continuará saboreando sus tragos, olvidando la resaca que le espera el día siguiente y no recordando nada de su esposa y de su pupila dilatada...

La pupila, esa pequeña gran ventana neurológica le jugó una mala pasada a un profesor nuestro de física y óptica en el Liceo Andrés Bello en 1955. Encontrándonos en la pensión de Doña Ángela, un día mi hermano Franco hizo un aterrador descubrimiento y me llamó con premura. De pie frente al espejo de baño, me dijo que mirara sus pupilas reflejadas; de inmediato apagó la luz y las pupilas se dilataron, luego la encendió y las pupilas se hicieron muy pequeñas. Repitió conmigo el experimento y sucedió lo mismo... ¡Estábamos enfermos! Muy preocupado le dije que tal vez el profesor "A..." nos podría sacar de nuestra duda al día siguiente. Y así, le contamos el incidente de la pupila. Se quedó mirando al vacío, y como única explicación nos dijo, ¡Dejen de hacer eso jóvenes que se les van a dañar los ojos...!

Los hospitales públicos son sitios de fina sofisticación clínica o de aberrante ignorancia en acción, esto último, especialmente en las emergencias, donde se aposentan los de menos experiencia y donde tragicomedias de toda índole tienen lugar, situaciones particulares y estrambóticas, esas, que nos mueven al mismo tiempo a la compasión y la risa.

Nos lo contaba una alumna que entonces hacía su postgrado de oftalmología en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” de la ciudad de Caracas. Resulta que llegó un cadete perteneciente a la Escuela Naval acompañando a su novia pizpireta, quien iba a ser evaluada en su servicio... Todo rígido, engolado y níveo, se paseaba petulante por los pasillos emanando y luciendo, cual pavo real, su aire marcial. Siendo que había transcurrido mucho tiempo, la joven no salía y él se sentía cansado, optó por sentarse en una silla disponible. Pero el inocente ignoraba que precisamente en ese pasillo, adyacente a la Consulta Externa de Oftalmología, solían sentar en hilera a aquellos pacientes cuyas retinas iban a ser examinadas y necesitaban ser dilatados para obtener una pupila amplia -midriasis- que permitiera una mejor observación. Pues bien, una vez en la fila de sillas, no se percató de que de tiempo en tiempo pasaba una enfermera con un frasquito de colirio midriático⁶⁵ aplicando una gota en cada ojo de cada paciente. Distráido y aburrido como estaba, el cadete en cuestión solo sintió cuando su cuello fue extendido hacia atrás y una gota ardientosa cayó en su ojo derecho. Reaccionó de inmediato molesto y pidiendo una explicación. Una vez que le fue dada, se alejó enjugándose con un nevado pañuelo las lágrimas producidas por el ardor del fármaco... Habría transcurrido una media hora cuando comenzó a sentirse raro, mareado y descompuesto. Se asustó mucho frente a un enemigo desconocido al que no podía ver; él, tan saludable como era. Alguien le sugirió que se dirigiera a la Emergencia del Hospital porque podía ser algo serio. Allí llegó pálido, desencajado, con saltos en el pecho, muy frío y asustado. Un residente de neurocirugía, de esos llamados “gatillo alegre”, que tantas veces merodean en esos predios, que no hacen del pensar un ejercicio intelectual sino que la acción es su divisa, sin mucha indagación ni explicación le metió tremendo puyazo en la región lumbar para practicarle una punción sospechando un sangrado subaracnoideo⁶⁶; para su sorpresa, el líquido cefalorraquídeo era límpido, incoloro y con aspecto de “agua de roca”...

-“¡Caramba! -se preguntó rascando su cabeza con un dedo - ¿Cómo puede ser que con un sangrado subaracnoideo el líquido sea claro, agua de roca?”

La punción lumbar, a más de estar contraindicada en presencia de una pupila dilatada por la posibilidad de inducir una hernia intracraneal transtentorial o descenso de las amígdalas cerebelosas; su ligereza le mereció una seria reprimenda por parte del neurocirujano superior que ante el desaguizado, optó por llamar de inmediato al oftalmólogo de guardia.

Mi alumna se acercó a aquel conjunto de lividez y temblor, y al ver aquella pupila en extremo dilatada le preguntó sin dudar...

-“Cadete, tenga la bondad, ¿Recientemente le han aplicado algún colirio en este ojo...?”
Era esa la pregunta que cabía precisamente, antes y después...

⁶⁵ Los agentes midriáticos son sustancias que producen dilatación de la pupila.

⁶⁶ La hemorragia subaracnoidea espontánea se define como la salida de sangre al espacio subaracnoideo, sin relación con trauma craneoencefálico, no es raro que corresponda a la ruptura de un aneurisma. En esas circunstancias de líquido cefalorraquídeo suele estar teñido de rojo.



Figura . Pupila tónica de Adie izquierda⁶⁷, dilatada y fija

- **Milagros de hospital...**

**Los ojos no sirven de nada
a un cerebro ciego**
Proverbio árabe

Milagro tiene su etimología del latín *miraculum* (hecho admirable), palabra derivada de *mirari* o asombrarse. Los milagros son para quienes los necesitan...Un milagro es la expresión tangible de Dios en momentos en que nos abruma la existencia y la angustia nos castiga. Un milagro es en sí un hecho sobrenatural en el cual se manifiesta el amor de Dios y su presencia diaria a nuestro lado, pero la única verdad es que la Fe no necesita de milagros. Según la religión católica, el que cree no necesita ver. En Europa, cuando han ocurrido acontecimientos milagrosos, han coincidido con períodos de depresión económica y tiempos muy difíciles. En Latinoamérica se conocen informes de apariciones de la Virgen María y estatuas que lloran... Tales eventos parecen indicar entre los católicos, en quienes se ha desarrollado una subcultura deseosa de presenciar milagros y efectos de la intervención divina en el mundo, que se está en presencia de uno de ellos...

Para que la religión católica considere un hecho como milagroso, este debe carecer de una explicación científica. Si el mundo material frustra, es necesario entonces, buscar signos del eterno apoyo de Dios... y así ocurrió en el Hospital Vargas de Caracas. Daban prueba de hechos excepcionales las crónicas periodísticas de abril de 1992⁶⁸. Existían rumores de que la epidemia de cólera que venía subiendo desde Perú, recalaría en Venezuela; se daba cuenta de la imagen de una virgen cargando a un niño aparecida en la población de Siquire del Placer, Municipio Paz Castillo, cercana a Santa Lucía del Tuy (Estado Miranda) reflejada en las costras de la savia que manaba de la

⁶⁷ La pupila de Adie o síndrome de Adie-Holmes ocurre por desnervación de las eferencias parasimpáticas que parten del ganglio ciliar en la órbita. Como consecuencia la pupila se dilata y no exhibe respuesta a la luz directa; la acomodación suele ser lenta y tónica. Es un cuadro benigno y sólo en ocasiones es trasunto de una sífilis terciaria.

⁶⁸ Últimas Noticias, Caracas, miércoles 08, jueves 9 y viernes 10 de abril de 1992.

corteza de una ceiba. Al mismo tiempo el diario Últimas Noticias del miércoles 8 y jueves 9 de abril, comentaba sobre imágenes del Nazareno y la Madre de Jesús aparecidas en pilares de la Sección de Cirugía de nuestro Hospital, precisamente entre las salas 11 y 12 coincidiendo con el V Centenario de la Evangelización del Nuevo Mundo y precisamente el V Domingo de Cuaresma. Las imágenes se formaron en dos pilares contiguos al favor de filtraciones de agua en el techo y de la crónica humedad resultante. Según la información a la mano, un enfermero auxiliar de apellido Piedra vio en horas de la madrugada un haz de luz proyectado sobre las columnas (Figura).

Mi persona fue testigo de excepción de la aparición que nadie había atinado a ver durante su formación. Impresionantes muestras de fe. Tomé las fotografías que acompañan esta crónica. El Nazareno como por arte de una pintura expresionista, aparece con una mirada lánguida, de tristes ojos y largos cabellos que se confunden con una tupida y larga barba. En una columna adyacente, la Madre de Dios es vista de perfil como arrodillada o caminando agachada con sus manos unidas sobre el pecho. Los feligreses pidieron a las autoridades eclesiásticas que se sacara el Santo Sepulcro en procesión del desde el recinto hospitalario, pero nada de eso ocurrió. La emoción y el recogimiento permeó en el personal médico y obrero, quienes por su parte y de paso, pidieron que la Gobernación del Distrito Federal cancelara bonos nocturnos pendientes y que aprobaran el contrato colectivo vencido desde 1991...



Figura. Los pilares que sustentan las arcadas ojivales del Hospital Vargas de Caracas, sirvieron de improvisado lienzo a las imágenes sagradas producto

de las filtraciones de agua desde el techo y el deterioro que como un sino, acompañan al viejo Hospital Vargas de Caracas. Pacientes y personal presentaron ante la imagen el colorido de las flores de la esperanza (1992).



Figura. Como si fuera poco, en el pilar contiguo se apreció claramente la figura de la Virgen María, tal vez intercediendo ante su hijo por tanta iniquidad...



Figura. La estatua sedente del Dr. José María Vargas que festeja la llegada del visitante y brinda esperanza de curación, es también considerada por los pacientes y sus familiares, como un hacedor de milagros. El perenne olvido de los hospitales de los pobres, no es óbice para que eleven sus plegarias ante cualquier figura que sugiera detención de poder. A menudo, los pacientes depositan flores a sus pies. Detalle de la cabeza y mano de José María Vargas con sendos milagros.

Es interesante comentar que durante años los usuarios del Hospital Vargas, pacientes y sus familiares, le ofrecen flores a la estatua del doctor José María Vargas⁶⁹ y teniéndole por santo, le colocan ofrendas en su cuello y en sus manos. Hace ya algunos años, estos “milagros” fueron recogidos, o más bien arrebatados por la Dirección del Hospital y nunca más se supo de ellos ni de su destino...

En enero de 2007 en el Hospital Domingo Luciani del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en El Llanito de Caracas, en una baldosa de cerámica del piso de la Sección de Emergencia apareció una imagen del Santo Rostro (Figura). Cuenta la residente de medicina interna, doctora Zulia Rivera, quien se encontraba de guardia:

“El día que ingresó el paciente de apellido Barrios, estaba muy crítico y complicado, tenía como diagnóstico cardiopatía isquémica crónica, ateromatosis aórtica e insuficiencia renal crónica secundaria a estenosis de las arterias renales. Por todo fue necesario iniciar una diálisis peritoneal. Durante el acto de inserción del catéter se produjo una ruptura de la aorta con el hemoperitoneo consiguiente...”

⁶⁹ No creo sea oficioso recordar que la Estatua del Sabio Vargas fue esculpida en mármol de Carrara por el artista venezolano Eloy Palacios y descansa sobre un pedestal de mármol negro procedente de canteras vecinas a Petare. Pareciera simbolizar una alianza entre el Viejo y el Nuevo Mundo, aquel destino añorado en el pasado por muchos de nuestros profesores quienes bebieron la savia del saber en aquellas escuelas señoriales.

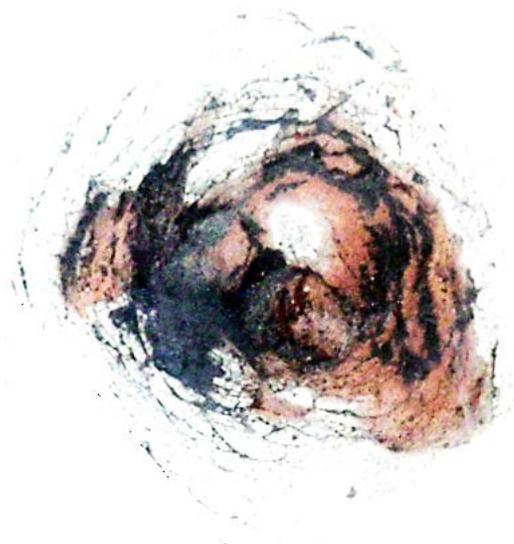


Figura. Imagen del Santo Rostro en una baldosa de cerámica del piso de la Emergencia del Hospital Domingo Luciani (2007). Permanece exhibido en la Capilla del Hospital.

-“El paciente fue trasladado a pabellón. Le informé a la hija la gravedad del estado de su padre y el elevado riesgo de muerte que entrañaba la intervención. Consternada con la noticia, la hija se arrodilló frente a la puerta del área de reanimación y al fijar la mirada en el piso, observó asombrada la imagen del Santo Rostro de Jesucristo en una baldosa del piso, impresa a colores, en tonos de gris y sepia, con los ojos cerrados y esbozo de la corona de espinas. El paciente Barrios logró sobrevivir al postoperatorio inmediato, pero posteriormente presentó un sangrado digestivo masivo y falleció”.

La baldosa en cuestión fue removida del piso, sufriendo una de sus esquinas en el intento. En una visita que hice al Hospital en abril de 2007 con motivo de ser jurado de una tesis en el postgrado en el Servicio de Medicina Interna, la Dra. Ivette Montes de Oca adjunto del Servicio, muy amablemente me condujo a la Capilla del Hospital donde en un pequeño nicho se encuentra la baldosa en cuestión, la cual fotografié (Figura).

En 18 de abril de 2007 aconteció otro hecho similar en el Hospital de Clínicas Caracas en San Bernardino. La silueta de la Virgen de Guadalupe hizo su aparición en el ventanal de la habitación 600, del 6º piso de Obstetricia, pero además en quince ventanales cercanos al retén pediátrico. Ante la aparición, el subsecretario de la Conferencia Episcopal Venezolana fue destacado a investigar el hecho y de acuerdo a una nota de prensa de El Nacional, del jueves 19 de abril,

-“Doy fe de que vi la silueta de la Virgen de Guadalupe en las cinco habitaciones que visité. Ahora bien, ¿Es una manifestación o una revelación? Eso le tocará definirlo a las autoridades eclesíásticas. Estas revelaciones no contradicen la fe, sino la fortalecen”.

La Dra. Rebeca Sabo escribió en un correo electrónico,

“Esto ha sido un desfilar masivo de gente de todas las clases sociales. La imagen de la Virgen es perfectamente visible y la gente se muestra conmocionada por tan extraño e inexplicable suceso. Me han llamado mucho al consultorio en la tarde de hoy y con todo mi cariño, siendo judía, le pedí a la Virgen, paz y sanación para nuestro país y para los

enfermos, ya que había muchas personas en quimioterapia haciendo la cola para observar su figura. Me dijeron que la imagen es de la Virgen de Guadalupe...”



Figura. Imagen de la Virgen de Guadalupe en la Habitación 600 del piso 6 del Hospital de Clínicas Caracas (2007).

Mi dilecto amigo y alumno el Dr. Manuel Cortesía, a mi pedido, me escribió el 24 de abril de 2007 y textualmente asentó, “Efectivamente, hay una imagen que semeja la silueta de la Virgen, probablemente la de Guadalupe. La imagen la da la reflexión de la luz solar sobre el vidrio de la ventana de la habitación. No solamente se ve en la habitación 600 que hubo que inhabilitarla para fines de hospitalización, ya que fue objeto de la visita de cantidades de personas que hacían cola y rezaban a todas horas del día. Esta imagen está también en muchas de las habitaciones del sexto piso...”

Se habla de milagros en todas las religiones del mundo. En la antigua India, como en el antiguo Oriente Medio, los milagros funcionaban tanto como señal y prodigio. Como prodigio incitaban el asombro; como señales, siempre significaron la presencia del poder trascendente. Cuando Buddha deslumbró a sus parientes elevándose en el aire, dividiendo su cuerpo en pedazos y volviéndolos a juntar, él señaló a todos que vieran que había alcanzado la completa liberación de las leyes férreas del karma. Cuando el profeta Mahoma produjo agua en el desierto para que bebieran sus acompañantes, demostró la compasión de Alá el Misericordioso. Y cuando Jesús levantó a Lázaro de

entre los muertos, mostró su poder sobre la muerte y predijo su propia resurrección. Él también hizo eco de los milagros realizados por los anteriores profetas hebreos Elías y Eliseo, y marcó el patrón para los mismos milagros que realizarían los apóstoles Pedro y Pablo”⁷⁰.

“Él dijo que el ojo común sólo mira el afuera de las cosas y juzga de acuerdo a ello; pero el ojo que realmente mira, traspasa para ver el corazón y el alma, encontrando allí, aquello que el exterior no indica o promete y lo cual, el otro ojo, no es capaz de detectar”
Mark Twain⁷¹



Figura. Las ropas de cama traídas de casa, la cama de armazón desconchado y oxidado, el desayuno precario y miserable que brinda la Institución, apenas un bollo de pan y un amago de mantequilla, el rollo de papel higiénico como nulo recurso para detener la diarrea mordicante producido por un criptosporidium insolente. Ante la indiferencia, el paciente con SIDA recurre a la ayuda divina o no tan divina...

⁷⁰ Share Internacional 'El significado de los milagros' y otras señales del momento. Junio 2000 Available from: <http://www.share-es.org/2000/sign0600.htm?mn=8&sm=8-2>. Accessed February 15, 2011.

⁷¹ Twain M. Personal recollections of Joan of Arc. Book II. Vol. I. Chapter XI. New York. Harpers. 1899.

El Dr. José Gregorio Hernández, o más propiamente, José Gregorio, llena las salas del Hospital Vargas; sea su figura tranquila y sencilla, o su estatuilla ensombreada, está en la cabecera de cada cama, de cada sala, de cada paciente... a veces compitiendo con las Siete Potencias, el Negro Miguel u otros entes de la Santería, pero además, siempre presente junto a nosotros en las revistas de sala y manifestando su ayuda cuando el Hospital es invadido por las tinieblas de la noche y la desesperanza atenaza el corazón tras otro día de penuria... Entre tanta estrechez y miseria, su imagen comparte nuestra cotidiana angustia y la de nuestros enfermos, y más que un competidor, es el aliado silencioso que nos ayuda a mitigar sus sufrimientos.

Como una defensa ante la angustia y lo inexplicable, los seres humanos tendemos a encerrar en nichos virtuales lo que nos rodea; a resultas de ello, siempre apreciamos el mundo y su circunstancia de una misma forma y de modo distinto a los demás. Tal vez por ello –asegura Welsch⁷²-, cada cual ve una misma realidad de una forma diferente. Los médicos, por ejemplo, somos enseñados a observar médicamente y el proceso informativo de la enseñanza –que no formativo-, acentúa si se quiere, esta necesaria distorsión. Por su parte, los enfermos, no constreñidos por los cánones del ver médico, aprenden a ver naturalmente, o más propiamente, humanamente... De allí, que tantas veces nos encontremos frente a ellos mirando realidades disímiles, oyendo ahíto de prejuicios sólo aquella parte de su verdad que nos conviene oír, cerrando nuestros oídos a aquello que somos incapaces de comprender, hablando lenguajes diferentes, en fin, en un estado de total incomunicación. He visto madres de pacientes que me dicen que le notan a su hijo un “algo” premonitorio de enfermedad en la mirada o en el semblante...

-“¿Pero qué es lo que le miras?” –les pregunto- Me contentan y no atino a ver lo que ellos ven... Es un algo extraño que miran en los ojos de sus deudos, ¿una opacidad en lo que debe ser brillo?, ¿una turbidez del alma?; sin dudas, algo que nunca estoy preparado para ver, simplemente, porque olvidé la manera humana de mirar, porque miro de otra manera, a la manera de un técnico deshumanizado, tal vez.

Un ejemplo muy curioso e ilustrativo de este aserto, nos fue traído por la madre de un joven con un trauma craneal nimio que había causado mucha consternación familiar. El médico que inicialmente le recibió, sin mayores explicaciones acerca de su estado e indiferente a la zozobra de la madre, ordenó se le practicara una tomografía computarizada cerebral. Salió la señora disparada a realizarle el estudio. Una vez que la madre tuvo el estudio en sus manos ignorantes, temblorosa sacó la placa radiográfica del sobre y la miró al trasluz esperando que sé yo que ver. De inmediato su rostro, hasta entonces cuajado de temor se transmutó en uno tranquilo y risueño. Le expresó al profesional que su hijo se curaría porque la imagen de José Gregorio estaba plasmada en la radiografía. Con socarrona sonrisa, el doctor observó la placa colocándola sobre el negatoscopio en la forma correcta en que los médicos habitualmente vemos las radiografías, y le expresó que nada diferente veía... Inmediatamente fue “corregido” por la mujer. La madre tomó la radiografía en sus manos y sobre la luz fluorescente, la colocó invertida,

-“¡Así no es doctor! Tiene que darle vuelta porque la está viendo torcida”, y señalando con su dedo índice colocado directamente en el sitio, pudo mostrarle la imagen del Santo claramente visible en medio de tonos de gris (Figura).

⁷² Welsch U. The World I love to see. 2nd edition. Globe/Pequot Press. Chester, CT, 1981.

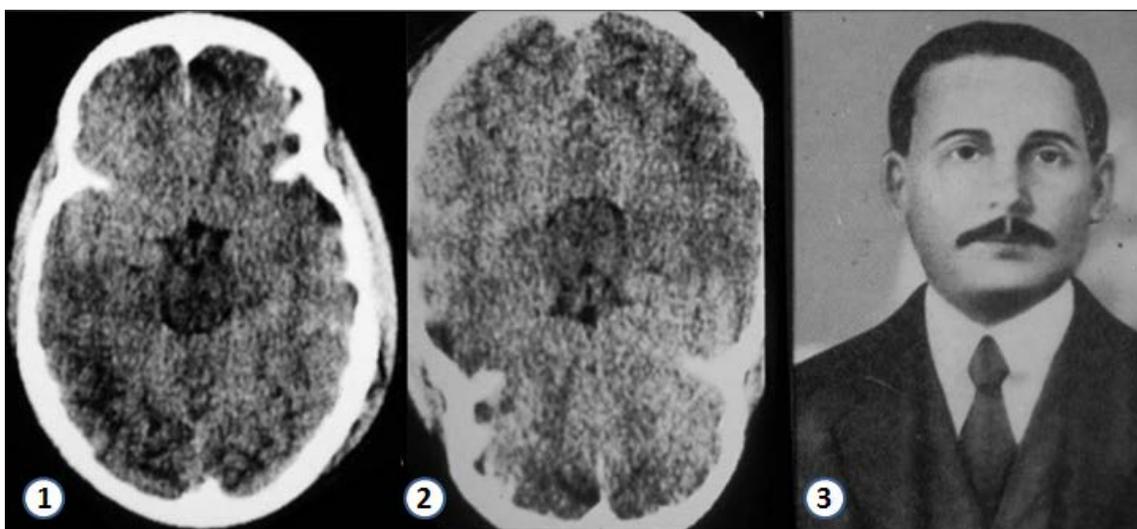


Figura. Proyección axial de una tomografía computarizada del cerebro. (1). Al mirarla como los médicos debemos verla, nada es aparente; (2). Al invertirla se destaca “*El venerable artefacto*”. (3). La imagen del Médico de los Pobres, el Dr. José Gregorio Hernández.

Desde la nueva posición, claro que podía apreciarse la figura del Siervo de Dios. La porción ventral del mesencéfalo hacía el contorno de la cabeza; los pedúnculos cerebrales el rígido cuello de la camisa; la hipodensa cisterna interpeduncular, formaba el bigote, y parte de la cisterna quiasmática, el trozo más proximal de su corbata. Publicamos una nota en los Archivos del Hospital Vargas significando que cuando presente, el artefacto radiográfico⁷³ era una señal de que nada significativamente ominoso existía, o al menos, que la condición no había o habría de cobrar la vida del paciente. Desde entonces hemos visto diversos ejemplos de este dichoso *artefacto* que hubiéramos querido que siempre negara una causa grave, pero no siempre ha sido así. ¿De qué otra manera –médicos incrédulos que somos- podríamos llamar a esta extraña aparición como no fuera “un venerable artefacto”? ¿Una jugarreta del azar? ¿Una accidental conjunción de tonos de gris...? Nuestra visión automática, invadida de monotonía y cientificismo nos impide mirar muy poco de esas otras verdades que la Naturaleza despliega ante nuestros ojos, lo que condujo a Thomas Carlyle (1795-1881) a decir, “La tragedia de la vida no es lo que el hombre sufre, sino lo que se pierde”. A la sazón escribíamos entonces, “En una tomografía computarizada cerebral, la madre de un joven paciente que había sufrido un traumatismo encéfalo-craneal, viendo la placa radiográfica invertida, reconoció la imagen del virtuoso, eminente científico venezolano y Siervo de Dios, José Gregorio Hernández, fundador y primer profesor de Histología Normal y Patología, Fisiología Experimental y Bacteriología, delineada en el mesencéfalo. En tiempos de agravado materialismo, el “venerable

⁷³ Un artefacto radiológico es una fabricación que vemos en una radiografía y que no pertenece al cuerpo humano.

artefacto” -como lo hemos designado-, parece representar a la vez denuncia y esperanza...”⁷⁴

El último milagro del que he sido partícipe, ocurrió en una visita que Graciela y yo dispensamos a nuestros hijos Gustavo y Claudia y a nuestros nietos Fabiana y Juan Alonso en Montevideo, Uruguay. Fue en los días de carnaval, del 7 al 9 de marzo de 2011. En la mañana del día martes 8 me senté en un sofá de espaldas al jardín a leer un libro; de repente algo llamó mi atención, me sentí compelido a mirar hacia la chimenea a “buscar” una imagen de la Virgen María. ¡Precisamente, allí estaba...! Había ocurrido que el día 31 de diciembre a media noche, mi nieta había colocado una estampita de la Virgen apoyada de la pared de la chimenea encendiendo una



Figura. Imagen de la Virgen María aparecida en medio del hollín de la chimenea de la casa de mi hijo Gustavo en Montevideo (2011) (puede verse más claramente en el inserto del ángulo superior izquierdo de la fotografía)

vela a su lado. La consumición la vela, terminó por quemar la estampa, dejando en el piso la imagen de una cruz de sperma que todavía conservan. Fue precisamente allí donde hizo su aparición la Virgen ¿Qué nos quería decir? Quizá que aún lejos de Venezuela, nuestra patria su patria, todavía teníamos el don de la esperanza, que rezáramos a ella y que por su intercesión ante su Hijo cesaría el odio entre los venezolanos... ¡Qué así ella lo quiera!

⁷⁴ Muci-Mendoza R. Tomografía computarizada cerebral: Acerca de un “venerable” artefacto no descrito. Archivos del Hospital Vargas. 1995;37:127-130.

- **Pero... ¿Qué haré cuando se acabe el chá-chá-chá...?**

En 1955 se celebró el Cuatricentenario de Valencia del Rey, en el Estado Carabobo, mi ciudad natal. Fue una semana de gran festejo, especialmente en lo relativo a los bailes de gala con las orquestas Billo's Caracas Boys y Luís Alfonso Larraín en el Capitolio de la Ciudad, construido entre 1768 y 1874 como convento de la congregación de las Carmelitas Descalzas, y para la ocasión, remozado; pero además, aderezados con una cosecha de arrocitos o "picoteos"⁷⁵ dispersos y oportunidad de conocer muchachas y muchachos. ¡No lo creerán! Mi papá nos mando al taller del sastre Alfonso Varela G. para que nos elaborara un *smoking* a cada uno de los hermanos. Creo que nunca fueron usados por sus dueños. La respuesta tal vez radicaba en que ninguno de nosotros sabía bailar. Era una materia que no se enseñaba en mi casa, todo tan austero, tan serio, tan alejado de las banalidades de la vida, tan pocos amigos que nos visitaban, y cuando lo hacían, bastaba una pelada de ojo para saber que teníamos que abandonar la estancia... Lo nuestro pues, era estudiar y aprender herramientas para la vida, como si el saber bailar no lo fuera.

Por ejemplo, mi papá escribía en la máquina con sus dos dedos índices, y lo hacía bastante rápido, pero eso no podía ser una opción para sus hijos. Decidió entonces mandar a mi hermano Fidas Elías a que tomara un curso de mecanografía en el Colegio La Salle de Valencia. La idea era que aprendiera a escribir, memorizara las lecciones, las pusiera sobre papel y luego enseñara a sus hermanos Luis, Franco, Aziz y yo... Y así lo hizo. En una vieja máquina Remington que se encontraba en uno de los cuartos adyacentes a la piscina y que tenía una gran mesa donde hacíamos las tareas, se estableció la "academia de mecanografía" con su riguroso profesor Fidas, a quien mi mamá llamaba "el comandante", por su liderazgo, carisma y capacidad para dirigir a otros. Lo primero que hizo fue colocar frente al artilugio de escritura un cartelito que decía, "Si miras al teclado, eres el engañado". Nos ponía las tareas, largos textos para copiar mientras nos supervisaba cuidando de que... no viéramos el teclado, y antes de que mi papá revisara finalmente lo que habíamos escrito. El premio era darnos "real y medio y cuartillo" (Bs. 0.75), lo que costaba la entrada los sábados a la *matinée* del Cine Imperio para ver nuestras vaqueras favoritas donde "el muchacho siempre ganaba". Mi hermano Luís, a pesar de que aprendió, era un poco flojo y un día decidió engañar a mi

⁷⁵ Fiesta bailable al son del picó ("pick up"), gramófono o tocadiscos.

papá dándole una página que había arrancado de los folletos de Educación Artística que eran mimeografiados. Tremenda paliza que le dieron cuando fue cazado en el engaño...

Bueno lo que quiero decir es que estábamos demasiado ocupados para pensar en reuniones y bailes. En mi caso particular, también conspiraba en contra mía una gran timidez y dificultad para relacionarme, de lo cual mucho conservo. Imagínese, ser médico requiere de gran capacidad de comunicación y empatía con el otro y creo que soy bueno en ello, pero de allí a una reunión social, según mi percepción, hay un largo trecho.

Graciela mi esposa me decía posteriormente que en los mentideros valencianos corría el rumor de que los hermanos Muci Mendoza eran fatuos y se la echaban de mucho y por ello no se reunían con nadie, pero puedo asegurar que no era así, ardíamos de deseo de incorporarnos a las distracciones de nuestros pares, tal como lo hacíamos con los deportes...

Cuando arribé a mi segundo año de medicina tuve compañeras que me enseñaron a bailar, ¡Qué alegría...! Con mucha frecuencia se organizaban picoteos en las casas de nuestras amigas. Imaginen qué estaba de moda entonces, por supuesto, ¡El chá-chá-chá...! Con todos sus pasitos hacia adelante y a los lados que realizábamos al unísono en grupo y separados de la pareja. Siempre me preguntaba con gran preocupación, ¿Qué haré yo cuando no exista más el chá-chá-chá? Hoy me río de mi inmadurez, pero ¡Cómo lo pasé de bien!

El ritmo tenía su origen y su creador. Era originario de Cuba y creado en 1953 a partir del danzón por el compositor y violinista habanero Enrique Jorrín. Conocíamos al dedillo y teníamos todos los discos de las Orquestas Aragón, la Orquesta América, Los Cariñosos y la Orquesta del propio Jorrín. Todavía resuenan en mis oídos los ritmos de El bodeguero, El cerquillo, Cachita, Pare cochero, Sube y baja el telón, Poco pelo, Las clases de chachachá, Los marcianos llegaron ya, Tres lindas cubanas y Quiéreme siempre... Y aún, cuando bañándome escucho una de esas melodías en el Programa Gente en Ambiente de Napoleón Bravo de los sábados por la tarde, me siento compelido a bailar solo y a ensayar algunos de esos pasos que aún no he olvidado.

Pues bien, mis amores con Graciela, "mi todo", me agarraron sabiendo ya bailar. Además, me resultó –entre tantos atributos preciosos que la adornan- una insuperable bailarina y la mejor pareja a que pudiera aspirar, se deja llevar y es liviana como una pluma, aún todavía, pues los años no han mermado nuestras capacidades. En las pocas fiestas a las cuales acudimos, arranca la orquesta y nosotros iniciamos el baile y no nos sentamos nunca más a menos que... toquen un tecnomerengue...

Pues bien, como todo en la vida, la pleamar de la moda del recordado chá-chá-chá de mis tormentos, finalmente dio paso a la bajamar del olvido. Pero mi pregunta inicial siguió allí:

-¿Qué haré yo cuando no exista más el chá-chá-chá? Para mi fortuna, vino el merengue dominicano y Juan Luis Guerra con él. En mi *lpod* tengo varias de sus canciones, y cuando las oigo mientras voy trotando los domingos por la Cota Mil, trato de llevar el ritmo con melodías como Las avispas

Eh, Jesús me dijo
que me riera
si el enemigo
me tienta en la carrera
y también me dijo
no te mortifiques
que yo le envió

mis avispas pa´ que lo´ piquen
es verdad

o La bilirrubina

Y me inyectaron suero de colores, ey
y me sacaron la radiografía
y me diagnosticaron mal de amores, uh
al ver mi corazón como latía

Quienes me vean dirán ¡Y qué le pasa a ese viejo, lo picó una avispa o se volvió loco! Nada amigos, estoy loco de felicidad, obligado por el mal de amores correspondidos con la vida y doy gracias a Dios por todo cuanto me ha dado y gozo que a mis 73 años pueda bailar mientras troto...

- **Las lisonjas de los médicos políticos hacia los gobernantes de turno y las presiones hacia sus colegas...**

La figura del médico ha sido secularmente amada y odiada, su pretendido control sobre el dolor, la muerte y lo oculto, suele desatar gran envidia entre muchos gobernantes y los adulantes que les rodean. Por ello, Joane "Jo" Rowling (seudónimo de la escritora creadora de *Harry Potter*) escribió, "La grandeza inspira envidia, la envidia engendra rencor y el rencor genera mentiras". Los años gastados en su formación que incluye la adquisición de un extenso vocabulario profesional (se calcula en cerca 55 mil palabras al completar sus estudios), largas horas de estudio, horas de sueño restadas a la vida, exámenes de toda laya y tolerancia a la frustración de no saberlo todo, está solo reservado a personas de coraje y decisión. Siempre el médico ha sido perseguido, maltratado, mal remunerado, se elaboran historias macabras a su costa, exigido de entrega total sin que se le permita pedir nada a cambio...

Recuerdo que siendo Presidente del Comité Organizador de las V Jornadas Científicas del Hospital Vargas de Caracas, durante el Acto de Instalación el día jueves 27 de noviembre de 1975 debía pronunciar algunas palabras. Estarían presentes el Gobernador de Caracas y otros figurones de entonces. Durante la semana previa en varias ocasiones fui abordado por varios compañeros expresándome su preocupación por las palabras que yo iba a decir frente al poder. En horas de la noche recibí en mi casa la llamada de un conocido jefe de servicio, padre de un ministro, y cercano al partido entonces gobernante. Durante la misma me dijo, ¡Mucho cuidado Muci con lo que vas a decir...! Ya yo tenía escritas mis palabras y atravesando el Hospital por una situación de carencia intolerable –situación hoy día aún más agravada-, no estaba dispuesto a modificar nada de lo que había escrito... Y así, dije lo que tenía que decir...

"El 16 de agosto de 1888 el Dr. Pablo Rojas Paúl, a la sazón, Presidente de la República de Venezuela, exteriorizando sentimientos de honda raigambre social,

dispone la fundación de un Hospital Nacional, "de construcción análoga y régimen semejante al del Hospital Lariboissiere de París" y que habría de llamarse Vargas —a secas—, como homenaje al Sabio Reformador de los estudios médicos en el país, Dr. José María Vargas. Tres meses más tarde, en terrenos que hoy pisamos, conocidos como Potrero Pulinare y donde se ubicaba el ya clausurado Cementerio de San Simón y Las Mercedes, la muerte da paso a la vida, cuando los trabajos de banqueo de los terrenos, turban la paz de los sepulcros.

Un día 1º de enero de 1891, se ve al fin realizado el caro sueño del entonces Ministro de Obras Públicas, Dr. Jesús Muñoz-Tébar, quien habiendo puesto lo mejor de sus esfuerzos en su proyecto y ejecución, lo entrega listo para su inauguración. Y es así como el Hospital Vargas recibe por vez primera, la visita de un jefe de estado, y en esa ocasión, en compañía del Gobernador del Distrito Federal, General Neptalí Urdaneta, en sencillo acto lo da por inaugurado. Ello significaba la visión futurista de aquellos hombres al poner en funcionamiento aquél Centro, que al decir de sus detractores era, "de imposible mantenimiento por sus deformes proporciones", que durante más de sesenta años se constituiría en el Hospital General más grande de Caracas, y en centro de referencia por excelencia donde llegaban pacientes desde todos los puntos cardinales de la geografía patria.

Pero no es sino hasta el día 2 de julio de 1891 cuando es acogido en su seno su primer paciente, Antonio Rodríguez, un humilde labriego que encontró en él protección y ayuda para su dolor, y tras sí, miles y miles de desheredados de la fortuna, de la salud y de la protección social, han traspasado sus umbrales para recobrar la alegría de vivir, encontrar alivio para su pena, o en el peor de los casos, ayuda en el duro trance de la muerte. Y a medida que el tiempo devoró calendarios, el Hospital Vargas fue marcando la pauta en la Medicina Nacional en sus aspectos asistenciales, docentes, de investigación clínica y experimental, o en proyección a la comunidad en momentos de epidemias o crisis de salud. De sus salas emergieron una pléyade de hombre, unos ya fallecidos, cuyos nombres recordamos con admiración, respeto y justo reconocimiento, y cuyas ideas y actuaciones son una invitación a la emulación: Razetti, Hernández, Rangel, Rísquez, Acosta Ortiz, Dominici, Dagnino, Conde Flores y muchos otros paladines de la lucha contra la injusticia y el dolor. Otros vivos, esparcidos por el territorio nacional dando lo mejor de sí en su noble misión.

A la par que transcurre su vida, en el año 1936 acaece en el país un hecho de singular significación, la creación de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que como órgano rector de la Asistencia Pública debía dedicarse por entero en el terreno preventivo y curativo, a las múltiples endemias y epidemias que azotaban la Venezuela rural.

El tiempo pasó y el progreso, que no se detiene, avasalla todo lo que no es renovado. La población de Caracas, en continuo aumento, rebasó con creces la capacidad de la vieja casona. Ocurre así, en 1956, la apertura del Hospital Universitario de Caracas, que moderno y monumental, pareció querer dar al traste con una gloriosa y útil trayectoria. Muchos médicos ilustres emigran a la nueva edificación. Otros, más románticos pero no menos ilustres y soñadores, no quieren abandonarlo ni se resignan a verlo transformado en un centro de segunda categoría. Es entonces cuando el tesón y la fe de muchos de los que aquí me han honrado con sus enseñanzas y su amistad, pudo hacer, de lo poco que aquí quedó, no sólo un Hospital que mantuviera su jerarquía científica, sino que alentaron la idea e hicieron posible la creación de la Escuela de Medicina "José María Vargas" que muy pronto dio sus frutos en nuevas promociones médicas y más tarde, en gestación fecunda, enseñanza de postgrado de la más alta calidad.

En época cercana acontece un suceso de trascendencia histórica para el país, signado por el cambio, hace catorce años del concepto de carácter benéfico de la Asistencia

Pública por uno más universal y humano, el Derecho a la Salud, que como derecho ciudadano queda asentado en nuestra Constitución, señalando al Estado como responsable de su implementación y cabal cumplimiento.

Ochenta y cuatro años han pasado desde la visita del doctor Andueza y no en balde. Muchos años de trabajo continuado, intenso y agotador, de fructífera labor callada, de trayectoria cimera en la Medicina Nacional. Los que llegamos de último, entonces estudiantes bisoños que nos acercábamos al hombre enfermo, que al calor de la huella dejada por grandes hombres y mantenida con cariño por nuestros predecesores, aprendimos a sentir muy hondo y a querer al viejo recinto y a su humilde clientela, comenzamos a palpar muy de cerca e impotentes, como el desdén y la indiferencia iban matando lentamente al Hospital.

Corre parejo un drama similar en nuestro máximo organismo de salud, el Ministerio de Sanidad, donde al favor de una Venezuela opulenta, sin clara política de salubridad, crecen cerca de un centenar de grandes y pequeños dispensadores de salud, que como yerba mala proliferan en alarmante profusión arrebatándole su supremacía, atomizando responsabilidades, malgastando recursos y llevando a tumbos la salud del hombre venezolano en medio de una inexistente coordinación, objetivos y metas, de evaluación y autocrítica sincera y responsable va llevando a este caos asistencial de hoy día, en el que cada uno de nosotros toca una cuota de responsabilidad, sea por obrar a la ligera, por confundir aspectos eminentemente técnicos por otros extraños a la salud y a la actuación del médico, sea por expectación silenciosa y cómplice.

En esta cascada hacia el abismo de los últimos seis años, en medio de una bonanza económica nunca antes conocida, vemos con gran preocupación como los índices de salud se deterioran. Hace un año revelaban que desde 1969 la expectativa de vida al nacer había descendido por aumento de la mortalidad, especialmente la mortalidad infantil, la cual entre los años 1970 y 1973, se incrementó del 49.2 al 53.0 por 1.000 nacidos vivos, en tanto que la mortalidad general ascendía del 6.6 al 6.8 por 1.000 habitantes. Más alarmante, trágico e injusto nos parece el hecho de que la mortalidad infantil por una enfermedad emparentada con el hambre y la insalubridad como es la gastroenteritis, ascendiera del 50.6 al 51.6 por 100.000 habitantes, sin dejar de lado otras causas que también se elevaron, lesiones del parto, las sepsis y el sarampión; todas ellas, condiciones prevenibles y potencialmente erradicables con programación y recursos adecuados.

Es nuestra impresión de que la lenta muerte de nuestro Hospital en pequeño, y el progresivo deterioro de la Asistencia Pública en el país en grande, que vemos ocurrir con amargura, es con mucho producto de nuestra apatía, improvisación, ineficiencia, falta de mística y seriedad de mucha gente. En lo particular, nuestro Hospital ha ido perdiendo logros que no sin esfuerzo se obtuvieron en el pasado hasta llegar a un estado tal, en que sinceramente hemos creído y escrito que debería ser cerrado, sobre la marcha enmendadas sus fallas con el leal concurso de todos, y reestructurado en sus aspectos administrativo, físico y asistencial ya que como está, constituye un riesgo para la colectividad que solicita sus servicios.

A la par que la Institución se ha ido deteriorando, y de que múltiples quejas, reclamos, sugerencias y posibles soluciones son desoídas o ignoradas, este morbo dañino parecer querer acabar lo que siempre fue nuestro mayor orgullo, la mística y vocación de servicio de un cuerpo médico que va siendo llevado sutilmente a la desesperanza y frustración hacia lo que hemos llamado, la resignación depresiva, en la que no se levanta ya una voz de protesta, en que no se sabe con quién hablar, a quién recurrir, en que no se sabe si los ofrecimientos reiterados no serán más que eso... Pareciera significar esto, que se desconoce la tragedia nuestra de todos los días, de que la verdad

es desconocida por las autoridades o ha sido ocultada, y de que nuestros problemas no van a ser resueltos...

Hay muchos medios de protesta, desde el silencio denunciante hasta la huelga paralizante. El cuerpo médico del Hospital Vargas de Caracas a lo largo de su historia ya casi centenaria, se ha caracterizado por ser poseedor de una mística a toda prueba, y ha sido el sentir general que una huelga médica, lejos de beneficiar a nadie, perjudica a los que supuestamente pretende ayudar, a los pacientes. Es por ello que queremos que se sepa, que a pesar de la situación crítica que vive nuestra Institución realizamos esta, nuestra V Jornada Científica como una manera de protestar ante las autoridades competentes y la colectividad en general por el abandono en que se nos ha sumido. En los momentos más apremiantes de la vida del Hospital, quiere significar que sus médicos están en sus puestos al lado de sus paciente, con la mejor buena voluntad para dar una más adecuada y humana atención a nuestros enfermos y que esperamos, con sobrada fe y optimismo, que las autoridades nos solucionen nuestros ingentes problemas de presupuesto, dotación suministro y mantenimiento. No es una protesta que destruye, es una protesta creadora que quiere dignamente llamar la atención de los que están el deber de ayudarnos.

Dentro de poco Venezuela, para beneplácito de todos, habrá recuperado para sí la total soberanía de su subsuelo. El petróleo, el hierro y otros tantos bienes con los cuales Dios nos prodigó, serán del todo nuestros. Nada se habrá hecho mientras esa riqueza no se traduzca en un mejoramiento efectivo del nivel de vida... Muchas gracias".

Siempre ha sido y siempre será... Vemos como algunos de nuestros colegas de acercan al dictador y traicionando sus principios, le entregan la conducción de la salubridad a cubanos incompetentes que medran en nuestro territorio y deciden acerca de nuestras vidas a su antojo.

*"Sacar provecho de un buen consejo exige más
sabiduría que darlo."*

John Collins

- **Arturo, el gallo de mi amigo...**

Una práctica social poco misericordiosa, se expresa cuando en una piñata se le entrega a un(a) niño(a), un pollito de plumaje coloreado como regalo de salida. Se acepta que como parte de su crecimiento y experiencias de maduración, le hará todo tipo de barbaridades, incluyendo bañarlo en la poceta y soplar encima de él con un secador de cabello, hacerle comer chicle o apretujarlo contra el pecho hasta dejarlo sin aliento.

A la hijita de mi amigo le regalaron uno, amarillito y cuchí. Como era de esperarse y al favor del cuidado debido y amigable a los animales que trae aparejado la enseñanza de los padres a sus hijos que quien se ensaña con los animales no merece vivir, la niñita lo cuidó y por razones desconocidas, le catalogó de macho bautizándolo Arturo.

Con el paso de los días, Arturo fue creciendo grande y robusto. Mi amigo, actuando como auxiliar del regalo, lo dejaba retozar, picotear aquí y allá en el patio de su casa durante el día, y en horas de la noche, aduciendo razones de seguridad y el peligro de animales merodeadores, lo guardaba en una jaulita hasta el día siguiente, cuando el ciclo volvería a repetirse. Curioso, a pesar de su descomunal desarrollo, Arturo nunca echó espuelas ni hizo un amago de kikirikiiii... kikirikiiii... ,

Pasaron días y semanas, y Arturo no dejaba de crecer; tal vez un poco raro, la cresta deslucía un poco por lo poco desarrollada y no tenía atisbo de espuelas. Pero este pequeño detalle no llegó a interesar ni a molestar a nadie. Pues bien, así fue como una mañana de esas, se encontró un huevo en el patio. Mi amigo pensó que su esposa le había jugado una mala partida ofendiendo el honor de su amigo. Pero, luego se encontró con otro y otro más hasta sumar 9, y él último se aguó e infló cuando lo echaron en la sartén...

Pues bien, el caso es que Arturo, para bochorno del machismo de mi amigo, resultó ser toda una hembra ponedora... Sin embargo, obstinadamente él se repite para sí y repite para los demás...

¡Gallo es gallo, *manque* ponga...!

- **Mis búhos...**

“Cuando la filosofía pinta el claroscuro, ya un aspecto de la vida ha envejecido y en la penumbra no se le puede rejuvenecer, sino sólo reconocer: el búho de Minerva inicia su vuelo al caer el crepúsculo.” Esta cita perteneciente al *Prefacio de Fundamentos de la filosofía del derecho* de Hegel dará lugar al reconocimiento del búho-mochuelo como símbolo de la filosofía. En la Grecia clásica, el Buho adquiere un nuevo significado, se lo asocia con el conocimiento y la cultura. Tiene su origen en la figura de *Palas Atenea*, diosa de la sabiduría y del conocimiento, representada con una lechuza como su fiel compañera. En la fábula esópica de situación “La lechuza y los pájaros” es considerada como un ave inteligente y por ello estaba consagrada a Atenea. El siglo XX supone el asentamiento del búho definitivamente. Cabe mencionar al filósofo José Ortega y Gasset, creador de la “Revista de Occidente”, cuyo logo es la lechuza-búho de Minerva o de Palas Atenea. Por cierto que el primer escudo griego propiamente dicho, surge en 1822 y tenía forma circular, sus colores eran blanco y azul, y en él estaban la diosa Atenea y la lechuza; fue creado para la Constitución de Epidauro, el 1º de enero de 1822, y luego se estableció por decreto el 15 de marzo de 1822.

Pero no todo es luminoso detrás de su figura. El búho y la lechuza ven detrás de las apariencias, se mueven veloz y silenciosamente, son mensajeros de secretos y de premoniciones y son el enlace entre el mundo de la Luz y el de la Oscuridad. Representan la Luna, la libertad, las sombras. Su sonido se ha usado para alejar las tinieblas y los poderes de la oscuridad. A pesar de que la superstición popular, las ha calificado como aves que presagian la muerte, y, por tanto, las ha dotado de un cierto halo siniestro, se las considera como amuletos muy poderosos. Además tiene un gran poder de visión, una gran conciencia de lo que tiene a su alrededor.

Todo aquél que me visita en mi consultorio se sorprende al ver tantos búhos... En la que fuera alguna vez una biblioteca para albergar libros, la posibilidad de acceder a respuestas ahora están a la mano en la Internet; así que éste la hizo obsoleta a esos fines y actualmente la ocupan –llámelos como usted quiera- búhos, lechuzas, mochuelos o güelefritos –como les dicen en Margarita-. Pronto se salieron del anaquel para poblar el cielo los más móviles, y los más grandes se desparramaron por el suelo de la oficina y fuera de sus confines, en el pasillo. No he invertido un centavo en ellos. Me los han traído de todas partes del mundo: Cada vez que un paciente mío ve alguno en alguna parte, se acuerda de mí y se lo trae consigo para obsequiármelo. Yo les coloco un pequeño distintivo en la base con el nombre del paciente y la fecha en que me lo regaló. Los materiales son variopintos, abundan de yeso, conchas de mar, conchas de coco, cerámica, cristal, fibra, metal, minerales diversos y pare usted de contar. Algunos son únicos, hechos sólo para mí. Nunca los he contado pero sé que sobrepasan con holgura los 600 elementos porque un amigo médico, mientras yo examinaba a su madre, se tomó la tarea de contarlos. Los presentes varían al son de la economía; si hay dinero en la calle, me llevan más búhos; si hay depresión económica, caen las dádivas.

Cada quien se hace para sí mismo un idea de por qué los tengo... ¿Qué significan? ¿Por qué tantos? ¿No siente que es observado desde atrás toda la tarde? Y la verdad

es fácil de comunicar. Cierta día los padres de un alumno mío, agradecidos por mis cuidados, me trajeron como sujetas-libros, un par de imponentes búhos de alabastro, creo; algunos meses después vino una señora y sacando dos ejemplares de su cartera me dijo, "Cómo yo sé que a usted le gustan los búhos, le traje estos dos de regalo..." Y de allí en adelante, todos piensan que me encantan los animalejos. A decir la verdad, no me gustan tanto, así que no los tengo en mi casa. Lo que sí me satisface grandemente es tener tantos amorosos acuerdos en mi consultorio.

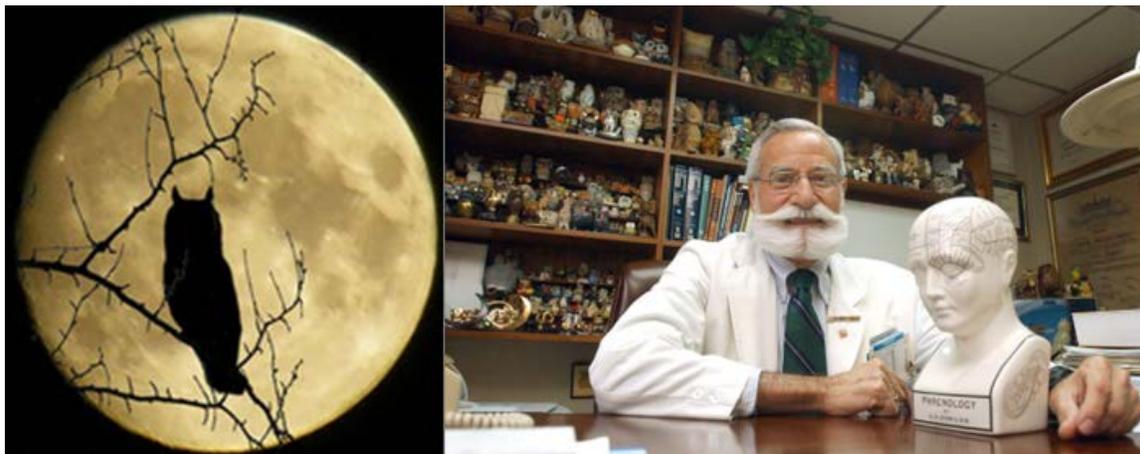


Figura. Mis búhos, mi cabeza frenológica y yo...

Otra pregunta surge a menudo:

- "¿Quién se los limpia doctor...? Debe ser un trabajo muy laborioso..."

- "¡Seguro que lo es! –respondo- Me avergonzaría si les dijera que nadie los limpia, que estoy convencido que durante la noche, cuando me retiro del consultorio, cobran vida y se limpian los unos a los otros..."

- **¿Qué es esa extraña respiración, bachiller...?**

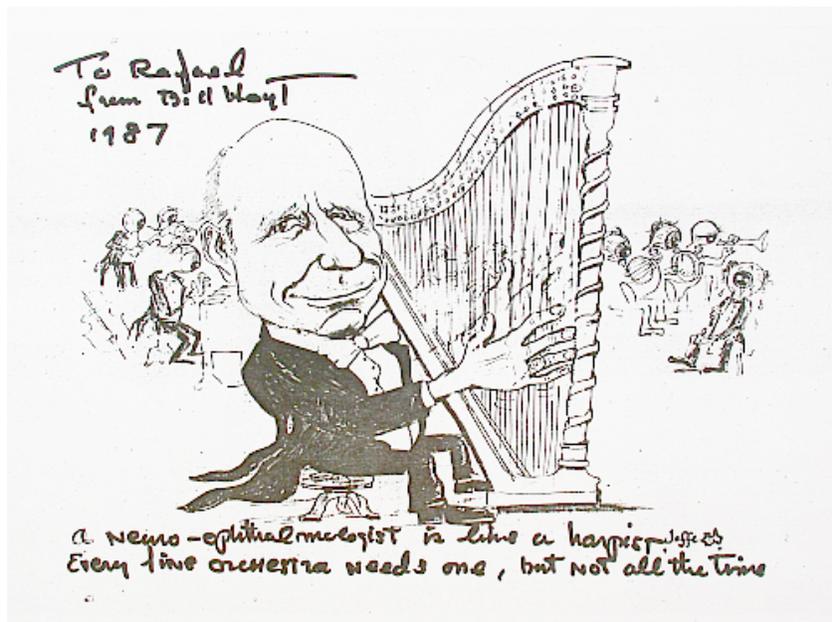
Cuando cursaba cuarto año de medicina. Desde la M hasta la Z fuimos trasladados al prístino Hospital Universitario de Caracas. Como pertenecía a la letra M, para ese momento fui uno de los tantos bachilleres mudados al nuevo hospital. El ambiente era moderno, limpio, imponente, reluciente, pero a mi manera de ver, muy frío. Cada semana bajábamos al sótano y en la lavandería nos daban una bata limpia y muy planchada, con la insignia "HU" en verde, pues los profesores la llevaban roja. ¡Nada que ver con el ahora ruinoso hospital revolucionario y destartalado! Cursaba entonces una corta pasantía por el Servicio de Ginecología cuyo Jefe de Servicio era el Dr. Hermógenes Rivero, hombre de vocabulario poco edificante. Entre otras obligaciones, debíamos ayudar en las intervenciones quirúrgicas.

Mi primera ayudantía se refirió a una paciente con un avanzado cáncer del cuello uterino a quien había que colocarle un "tandem" o tubo de unos 6 cm de longitud que se introducía por el orificio del cuello hasta la cavidad uterina, contenido de 3 tubos de semillas de radium de 15-15-10 mg respectivamente, que hacían un total de 40 mg filtrado por 1 mm de platino. Su finalidad era destruir el tumor mediante energía radiante. Además, contenía un colpostato ovoide a ambos lados del cuello, conteniendo 50 mg de radium filtrado, 25 mg en cada ovoide. Era un tubo como de plástico donde se colocaban las semillas y en cuyo cabo proximal se ataba un cordón para poder retirarlo cuando hubiera cumplido su misión.

Ese día el cirujano era el Doctor Modesto Rivero, muy hablador y pienso que intemperante. Me lavé las manos –cosa que ya sabía cómo hacer- y una enfermera, cómo es lo habitual, me vistió con el mono quirúrgico y me apretó aún más la mascarilla, así que sentía alguna dificultad para respirar. Ante la paciente con las piernas abiertas, una gran sábana o campo a la manera de una tienda de campaña e introducido el espéculo vaginal, era poco lo que se podía ver, así que mi cabeza y mi mentón casi que reposaban en su hombro derecho. Con cada minuto que pasaba, sentía que me estaba asfixiando pero sentía vergüenza de pedirle a una enfermera circulante que me aflojara el tapaboca.

Él tomó el tándem con una pinza de Cryle y comenzó a introducirlo en la cavidad uterina y al fin, habiendo completado el procedimiento giró su cabeza hacia mí y de dijo, -"¡Bachiller, ¿Qué le pasa? ¿Qué se ha creído? Usted tiene una respiración fornicante...!"

- ¡Es como el crimen! No paga...



**"Un neuro-oftalmólogo es como un arpista...
Toda orquesta sinfónica selecta necesita tener uno,
pero no para que interprete todo el tiempo..."
Dr. William F. Hoyt**

La neuro-oftalmología es un puente de unión entre la neurología y la oftalmología; pero parece que en nuestro medio los directores de postgrado de neurólogos y oftalmólogos lo consideran aceite y agua. Los postgrados de neurología no contemplan la neuro-oftalmología en sus programas—y no es porque yo no haya insistido y colaborado en ello; y los de oftalmología que piensan que la "pepa de los ojos", en ausencia del cuerpo que lo alberga, flota solitaria en el espacio sin contacto con el individuo; además, se aterrorizan por todo cuanto les recuerde el cerebro del cual muy poco conocen -a pesar de que está allí mismo al lado de la órbita-. En Caracas cuentan sólo con el apoyo de nuestra Unidad del Hospital Vargas para entrenar a unos pocos. Podría decirse pues, que como super-especialidad de ambas ramas de la medicina, es una de las más jóvenes, también la más clínica y más temida, del saber médico. Como requerimientos para el interesado en abrazarla, se hace necesario una disposición al desafío intelectual, coraje ante el problema no resuelto, perplejidad ante el nuevo síntoma o su descubrimiento, disposición infatigable para el estudio, especialización y escrupulosidad en el registro detallado de la historia clínica especialmente de la anamnesis o diálogo diagnóstico, a la cual debe dedicar mucho tiempo y concentración, a sabiendas de que allí, y sólo desde allí y con su guía, se irá al encuentro del hecho físico objetivo, tal vez representado en un nimio detalle que conducirá al diagnóstico⁷⁶. Ello suele traducirse en

⁷⁶ Sherlock Holmes, hijo intelectual de Conan Doyle y Jo Bell, solía decir, "Usted conoce mi método, se funda en la observación de nimiedades" (El Misterio del Valle de Boscombe). "Claramente es una nimiedad,

horas de intenso entrenamiento a lo largo de la práctica, de un atento escuchar -lo que en forma irreverente llamo "*horas nalga*", significando el sentarse por largas horas a escuchar y armar el rompecabezas que el paciente nos trae a consideración, a veces con todas sus piezas completas, pero la mayoría de las veces, no, y muy especialmente, una enorme tolerancia a la frustración y al dolor.

Sobre esto último deseo hacer hincapié. Existen especialidades que son altamente gratificantes, bien porque suelen satisfacer al paciente en forma rápida y efectiva como es el caso de la cirugía del segmento anterior del ojo (cataratas, por ejemplo; "¡Doctor usted de me devolvió la vista, me devolvió la vida!"), y que de paso gratifican con creces al médico en lo humano y en lo económico; bien porque son muy técnicas y dependen en mucho de la habilidad quirúrgica y no requieren, o no necesitan de gran esfuerzo intelectual para aprender las técnicas y mover bien las manos; es también el caso de la traumatología; bien porque son aún mejor pagadas como la cirugía plástica o la neurocirugía. Otras en cambio, traen aparejadas un gran desgaste emocional para el especialista a menos que aprenda a establecer una cierta "distancia comprometida", pero siempre una distancia, entre él y el paciente. La oncología, especialmente la oncología médica y la hemato-oncología son dos de ellas. Recuerdo que de mi Maestro, del doctor Herman Wuani Ettegui, hematólogo y pozo de bondad decían sus pacientes, "Ese doctor es muy bueno, pero se le mueren todos los pacientes..."

A decir de William F. Hoyt, M.D., Profesor Emérito de Neuro-Oftalmología de la Universidad de California San Francisco, "el paciente neuro-oftalmológico es aquel que tiene una *real enfermedad* a pesar de que todos los estudios neurorradiológicos realizados sean negativos"⁷⁷. Por ello, es raro entre nosotros un día de consulta distendido, un día en que no haya un desafío, una gran angustia, un gran pesar, un día en el que no tengamos que buscar ayuda de un colega cercano o remoto, o pedir auxilio en la bibliografía nacional o internacional por problemas relacionados con un nuevo paciente u orientación para dificultades en la conducción terapéutica de otro... Con frecuencia pues, la práctica puede ser muy frustrante, realmente frustrante, pero... alguien tiene que hacer el trabajo que a otros no gusta.

A veces nos sentimos como depositarios los pacientes que otros no quieren o no desean ver; con las excusas del caso, pareciera que nos ven como pipotes de arrojar desperdicios... Muchos hay que no quieren pensar y así, no sólo vemos enfermos con problemas neurológicos, sino también aquellos pertenecientes al campo de la retina (obstrucciones arteriolares y venulares o distrofias, entre otros), o glaucomas que parecen glaucomas y lo son, y otros muchos que también lo parecen pero no lo son; o cuadros muy benignos disfrazados con piel de lobo como ocurre con las auras visuales sin dolor de los migrañosos de edad madura. Pero hay que decir la verdad, nos gustan los angustiados pacientes con problemas complejos, que han paseado por numerosos consultorios sus síntomas sin hallar un diagnóstico ni un compasivo alivio...

pero no hay nada tan importante como las nimiedades" (El Hombre del Labio Retorcido). Según el doctor Watson (El Signo de los Cuatro), Holmes tiene una extraordinaria habilidad para los detalles y siempre se encuentra preparado para soportar cualquier cosa con tal de descubrirlos.

⁷⁷ Hemos "descalificado" nuestro cerebro reduciéndolo a inútil antigualla... Atribuimos a los exámenes complementarios, especialmente a la resonancia magnética dones de omnisciencia y omnipotencia; si ella no avala nuestro diagnóstico, entonces somos siempre nosotros los equivocados. Esta servil dependencia es causa de muchos males para el paciente.

Uno de los aspectos más decepcionantes de la práctica del neuro-oftalmólogo es la referida a la pérdida visual. A menudo hacemos el diagnóstico correcto, pero... no contamos con el tratamiento idóneo. He hablado muchas veces de que en el "diseño" del ojo, la madre Natura cometió varias pifias. De las membranas profundas del ojo, la retina, estructura prodigiosa, depende para su vitalidad de una sola arteria –la arteria central de la retina-, pero además la sangre es recogida de vuelta por una sola vena –la vena central de la retina-; ello la hace tremendamente vulnerable. Si la arteria se obstruye súbitamente por cualquier razón y la retina no recibe sangre por algo más de 60 minutos, ocurrirá un infarto retiniano, un apagón, con total o casi total destrucción de toda la compleja estructura de sus células nerviosas. Y no hay vuelta atrás. ¿Por qué carajo entonces no se la proveyó de más de una arteria y una vena? Pero además, otro faltante, sus células o neuronas y los filamentos que originan llamados axones o fibras son incapaces de regenerarse, y aunque investigaciones sobre de neuroprotección y neuroregeneración existen en progreso, marchan con intolerable lentitud. ¡Claro, el diseño y venta de un fusil Kalashnikov AK-47 es muchísimo más lucrativo...!

Las enfermedades del nervio óptico son otro pozo de incertidumbres y costal de tristezas. Podemos reconocerlas y diagnosticarlas con razonable seguridad, pero más que en un tratamiento específico o efectivo, tantas veces quizá debamos confiar en la *vis medicatrix naturae*⁷⁸, pues el cuerpo humano fue "diseñado", no para enfermarse, sino para curar sus propias enfermedades. Algunas de sus formas sin que sepamos a ciencia cierta el por qué –dependiendo de la edad y de su severidad, del sitio donde se comprometa el nervio a lo largo de sus 47 cm, de la persona afectada, de la latitud geográfica, del *kairós*⁷⁹ vital, etc.- mejorarán; otras no lo harán nunca. A veces se compromete un ojo aisladamente –"Me aterra que esto me pase en el otro, " ¿me ocurrirá doctor?"-; otras se comprometerán en secuencia, uno primero y otro después; en fin, no raramente ambos al mismo tiempo, y no tenemos maneras de saberlo ni prevenirlo. ¿Qué hado determina que en algunas personas y no en otras ocurra la afección? Muchas veces comento con mis pacientes que nacemos con zonas de menor resistencia –*locus minoris resistentiae*⁸⁰-; que no sabemos dónde se encuentran o cómo se activan. Digo a mis enfermos, –"Imagínese usted que nació siendo una taza de una fina porcelana de Febres o Rosenthal, pero de fábrica vino con una tenue fisura, una rayita casi imperceptible e invisible, una trampa del destino que la cruza en forma tangencial. Ella le servirá lealmente, digamos, 50, 70 años, quizá toda la vida... pero si en algún momento se la golpea por ese sitio preciso, se quebrará en dos o más

⁷⁸ *Vis medicatrix naturae* (también conocida como *natura medica*) es la traducción latina del griego, *vovων φουσεις ιητροι*, una frase que aunque atribuida a Hipócrates, nunca usó. La frase condensa uno de los principios guía de la medicina hipocrática según la cual el cuerpo humano contiene tofos los "poderes curativos de la naturaleza".

⁷⁹ Oportunidad temporal en que aparece el signo morboso.

⁸⁰ Lugar o punto de menos resistencia. Sitio donde existe una predisposición morbosa generalmente debido a herencia un proceso patológico anterior.

pedazos. Llámelo el famoso talón de Aquiles⁸¹, un área corporal que se dejará afectar por la enfermedad si lo permite la situación vital por la cual transcurre la persona.

*La ceguera no debe verse como un patetismo;
la ceguera debe verse como un modo de vida.*

Jorge Luis Borges

La llamada "Literatura de ciegos" permite reflexionar acerca de los miedos y las consecuencias de la enfermedad visual permitiendo una más cercana empatía con nuestros pacientes, porque los clínicos solemos concentrarnos en la enfermedad del paciente, pero a la inversa, el paciente lo hará desde otra óptica, desde la experiencia del dolor de "su" enfermedad. El paciente con su desgracia pasa por una serie de fenómenos adaptativos, que serán bien o mal llevados de acuerdo a su personalidad, y más aún de la edad; en el viejo, la pérdida visual suele ser devastadora pues elimina de sí, cualquier deseo de vivir; algunos alcanzan un fenómeno de adaptación, de contemplación feliz; en otros, la tristeza y el aislamiento llaman a otras complicaciones sistémicas y aún a la muerte⁸².

Durante una entrevista concedida por el poeta argentino Jorge Luis Borges (1899-1986)⁸³, al periodista Gay Talese⁸⁴ y publicada el 31 de enero de 1962 en el periódico *The New York Times*, dijo,

- "Como mi padre y mi abuelo, mi bisabuelo y mi tatarabuelo, me he quedado poco a poco ciego. Pero hasta la ceguera, dice, tiene ventajas: "Antes, el mundo exterior interfería demasiado", -me decía este intelectual argentino de 62 años ayer en Nueva York- "Ahora, todo el mundo está en mi interior. Y veo mejor, porque puedo ver todas las cosas que sueño. Fue una ceguera gradual, nada trágica", continuó. "Si uno se

⁸¹ Hijo de Peleo, al nacer su madre lo sumergió en la Laguna Estigia para que fuese invulnerable, y lo fue, excepto por el talón donde su madre lo había cogido y que por ello no se mojó. En su boda con Polixena hija de Príomo, París, a traición le disparó una flecha, que clavándose en su talón, le produjo la muerte.

⁸² **Fase de negación**. El paciente no admite la idea de la ceguera, llegando a negar incluso la enfermedad diagnosticada por el médico e iniciar la búsqueda de otras opiniones. **Fase de ira**. El paciente no admite la discapacidad, se da cuenta de que llegó para quedarse y no se cura. Es una fase de protesta y de resentimiento, el sujeto se pregunta ¿por qué ha tenido que tocarme a mí? Se denomina fase de ira porque el paciente proyecta toda su ira en su entorno inmediato, y a veces en sí mismo. **Fase de negociación**. El paciente y su familia que ya han aceptado la idea de la discapacidad, están dispuestos a cualquier cosa con tal de que su médico les ayude y le mejore. Es un momento peligroso porque estará a merced de charlatanes y vendedores de esperanzas que ofrecen curas milagrosas (inyección de células madre, infusión de oligoelementos, etc.). **Fase de depresión**. Aparece cuando el paciente se da cuenta de que realmente no se va a mejorar. **Fase de aceptación**. Suele aparecer al final del proceso, el paciente ya ha aceptado la irreversibilidad del proceso que le ha afectado, y aunque normalmente le acompaña un sentimiento de tristeza, también siente un inmenso deseo de paz y tranquilidad. Acepta entonces ocurrir a un centro de discapacitados visuales para ser ayudado.

⁸³ Es además, extraordinario y provechoso escuchar la conferencia sobre su ceguera el 03 de agosto de 1977 en *You Tube*: Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=6f1qryPPVFI>. Accessed September 03, 2011.

⁸⁴ Gay Talese escritor norteamericano. A principios de la década sesenta escribió para el diario *The New York Times*.

queda ciego de pronto, el mundo se le hace añicos. Pero si primero pasa por un crepúsculo, el tiempo fluye de manera diferente. No es preciso hacer nada. Uno puede quedarse sentado. Las personas ciegas tienen mucha dulzura. Las sordas, en cambio, no. Las personas sordas son muy impacientes. A veces, la gente se ríe de los sordos. Nadie se ríe de un ciego".



Figura. Jorge Luis Borges y causas de su ceguera ¿glaucoma vs. retinosis pigmentaria?

Tantas veces regresamos del paciente con las manos vacías... y entonces es archivado en la carpeta de casos misteriosos o insolubles. Por otra parte, en tiempos de desbordado materialismo, en el que corporaciones de médicos explotan a otros médicos e imponen un tiempo determinado para atender a los pacientes, el neuro-oftalmólogo de baja productividad económica y no necesitado todo el tiempo en una consulta oftalmológica, es presionado y perseguido para que realice el trabajo rutinario en forma rápida y materialmente productiva, sin importar la calidad del servicio prestado...

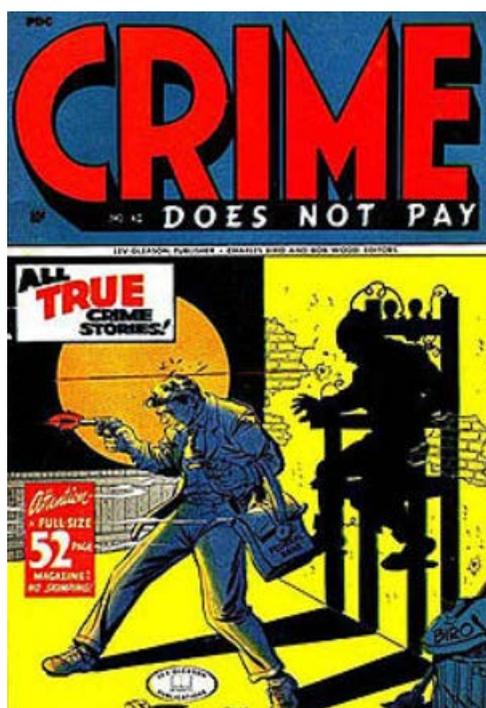


Figura. El crimen no paga. Serie de historietas décadas cuarenta y cincuenta. Cubierta, Electrocuación # 42

Al Dr. Joel S. Glaser, MD (1938–2011) *ex fellow* de Bill Hoyt, neurólogo, neuro-oftalmólogo y *Professor* en la Universidad de Miami, Bascom Palmer Eye Institute, autor de un famoso y práctico libro, *Neuro-Ophthalmology* (1st Edition 1978; 2nd Edition 1990), se le atribuye la lapidaria frase, "La neuro-oftalmología es como el crimen, no paga"⁸⁵. Y es que los de mi especialidad damos preeminencia al interrogatorio o diálogo diagnóstico, al diálogo biográfico, actividad consumidora de mucho tiempo, pues las enfermedades tienen un "lenguaje", maneras de "hablar", una jerga críptica que a través de la boca del paciente hace patente su talante y que es de capital reconocimiento por parte del oído atento del médico. El diálogo no es otra cosa que el hilo guizador de Ariadna en la busca del locus de la enfermedad. El Doctor Wilfred Lewis Trotter (1872–1939), cirujano y neurocirujano decía, "La enfermedad a menudo revela sus secretos en un paréntesis casual". No hay manera pues de reconocer e interpretar estas apariciones fugaces y milagrosas, como no sea una muy cercana comunión con el enfermo. Y ello requiere de tiempo, experiencia, ilustración y disposición; pero hoy día, la consulta médica debe ser rápida pues es medida en términos finales de producción de dinero. ¿Y cuánto estaría dispuesto a pagar el paciente por una consulta donde los instrumentos de examen brillan por su ausencia o son muy escasos y, donde las únicas herramientas prodigiosas son invisibles: el conocimiento y la experiencia del médico, y un cerebro integrador?

⁸⁵ *Crime Does Not Pay* fue el título de una serie de historietas publicadas entre 1942 y 1955 por *Lev Gleason Publications*, editadas y en buena proporción escritas por Charles Biro; el título fue el comienzo del género de historietas de crimen. Cuando alcanzó el máximo de su popularidad en USA se atribuía seis millones de lectores.



Figura . Joseph Bell (1837-1911), "The fabulous original", preceptor de Conan Doyle (1850-1930). Se le oía decir, -"No no debe Usted tocarlo [al paciente...], use sus ojos señor, use sus oídos, use su cerebro, use sus poderes de percepción y deducción"

- **Mis primeros ciento un pacientes...**

A decir verdad, yo era y sigo siéndolo, un verdadero romántico. Quería permanecer para siempre en mi Hospital Vargas y dedicarme únicamente a la asistencia y a la docencia hospitalarias. No estaba en mis planes practicar la medicina privada. Me quedaría pues sirviendo a los pobres clientes de mi hospital. No estaba en mis planes cobrar por mi trabajo. En el fondo seguramente escondía un gran temor y una gran inseguridad ante la responsabilidad total con el enfermo privado; después de todo, en la práctica hospitalaria esta responsabilidad se diluye entre el resto del personal. La práctica institucional está sujeta a la observación y la crítica de aquellos con más experiencia, con la posibilidad de consultar a otros, de recibir ayuda y consejos, de enderezar el rumbo del pensamiento clínico, todos son el común denominador. Cierta

vez me encontré con mi dilecto amigo, el Dr. Henry Collet Velasco en un pasillo del Hospital. Había sido uno de mis profesores en la Cátedra de Cardiología, me había distinguido y sigue distinguiéndome con su amistad y afecto. Le estaba comunicando acerca de la evolución de uno de sus pacientes a quien visitaba en su domicilio. En algún momento de la conversación, me preguntó que pensaba hacer una vez que dejara el Hospital. Yo le dije que no pensaba dejarlo, sino entrar en la docencia y adoptar el Hospital como mi único sitio de trabajo. Raudo me contestó que respetando mi sentir, ello le parecía un grave error. En su concepto, yo debía ingresar en la práctica privada porque era un joven serio, responsable y estudioso... Para entonces estaba soltero y mi sueldo de Bs. 1.500,00 era para mí, más que suficiente.

Si alguna suerte he tenido, ha sido la de encontrar en el camino de mi vida, personas bien intencionadas que se han acercado a ofrecerme ayuda o apoyo o sugerirme algún cambio en mi vida, aun cuando yo no haya requerido ese consejo. Si alguna virtud también he tenido, ha sido la de oírlos con humildad y atención haciendo cambios en mi vida. No lo pensé mucho y decidí que al menos debía intentarlo. Alguien me dijo que en el Edificio Bucaral ubicado en la Avenida La Salle de Los Caobos, el psiquiatra Doctor Francisco Sotillo tenía unas horas libres en su consultorio y que estaba dispuesto a compartirlo. Me entrevisté con él, hombre sencillo, bonachón y bondadoso, quedando en que debía pagarle la exigua suma de Bs. 400,00 para ocuparlo desde las 4.00 hasta las 7.00 P.M. y tener derecho a su secretaria. Afortunadamente y desde el primer día, al favor de un avisito de prensa donde ofrecía mis servicios, siempre tuve pacientes referidos por profesores y amigos.

Llevaba conmigo varios ejemplares de las revistas *The Lancet* y la *Revue du Practicien –Journal d'enseignement post-universitaire-* para ocupar el tiempo libre, y mucho que aprendí de aquellas lecturas. Había mandado a elaborar en una tipografía una historia tipo y siendo que poseía una máquina de escribir portátil con un tipo de letra minúsculo, mis relatos escritos en negro y rojo eran fácilmente comprensibles. Compré una rotuladora para estampar el número de cada historia. Aún la conservo.

Atendí a G. S. mi primer paciente el 23 de junio de 1964 siéndome referido por mi entrañable amigo y compañero de infancia y de curso, el Dr. Rafael Lara García. Un cuadro típico para un internista típico. Se trataba de un oficinista de 39 años con historia de fiebre prolongada por 15 días, dolor de garganta y ardor ocular, artralgias y mialgias, enantema faríngeo, adenomegalias cervicales y axilares y un "polo" esplénico palpable. Tomé un frotis de sangre periférica que mostró linfomonocitosis con algunos linfocitos atípicos. Hice un diagnóstico de mononucleosis infecciosa y una prueba de anticuerpos heterófilos de Paul-Bunnell –lo que entonces existía - me dio la razón. Lo tranquilicé, unas aspirinas y la evolución fue satisfactoria. Todavía conservo en su historia, número 000101 conjuntamente con dos láminas porta objeto de su sangre periférica.

Pero, ¿Cómo así? ¿Cómo la historia 000101 si era mi primer paciente? Bien, alguien me sugirió no comenzar mis historias con el número 1 porque dizque era de mala suerte y alejaba a los enfermos, y yo, tonto y cabalístico, inicié mi rotuladora con el número 000101, los cien previos existían como la "contra" de mis temores...

Siempre me sentí mal por esa inmadurez y por mentirme a mí mismo...

- **¡Déjelo para el entierro...!**

Ya finalizando mi residencia en Medicina Interna en el Hospital Vargas de Caracas, recuerdo la consecuencia y confianza de algunos de mis profesores. En una ocasión tres de ellos, muy importantes en la vida hospitalaria, severos se acercaron hasta mí y me hablaron sobre un paciente que permanecía enfermo en su casa y que debido a sus ocupaciones ellos no podían atenderlo. Por mi responsabilidad y dedicación, yo era la persona a quienes ellos confiarían un paciente. Accedí a su pedido y ese mismo día al mediodía, uno de ellos me llevó hasta su domicilio, una casona de portón y zaguán de primorosos y muy pulidos mosaicos, en la Parroquia de Altagracia, cercana al Puesto de Socorro de la Esquina de Salas –hoy sede del Ministerio de Educación-. Luego de la presentación de rigor a la familia me condujeron a la habitación del paciente. La sala de la casa se había habilitado a tales propósitos. Tendido en una cama con sábanas limpias pero llena de agujeros, yacía un septuagenario con un accidente cerebro vascular y en estado vegetativo persistente, enflaquecido, con depresión de sus fosas temporales y ausencia de la bola adiposa de Bichat⁸⁶, lleno de escaras sacras y mal afeitado. De una de sus narinas pendía una sonda de Levine por donde le alimentaban y de su pene, una sonda de Foley que desahogaba una orina turbia y de olor penetrante en una bacinilla de peltre desconchado. Desde lo lejos se escuchaba la respiración estertorosa propia de gleras retenidas en la orofaringe y la traquea. Mi profesor se despidió de la familia y de mi persona, dejándome solo con aquel desahuciado paciente. Me dediqué a él con la pasión de un médico joven y comprometido. Le visitaba muy temprano para poder llegar a las 7.00 A.M. al Hospital y no desatender mis obligaciones, ni emplear el tiempo comprometido en otras labores. Le volvía a ver al salir del Hospital, hacia las 6.00 P.M. cuando lo dejaba hasta el día siguiente. Puse a toda la familia en acción y su estado comenzó a mejorar con simples cuidados generales... Ya no deslucía tanto, las escaras de decúbito habían sanado y creo que hasta había ganado peso con una alimentación rica en proteínas; la infección urinaria estaba controlada y respiraba mucho mejor porque estaba hidratado, podía toser y era más fácil aspirar sus secreciones. Algo más de dos meses y el concurso de sus allegados y especialmente de su esposa, me había llevado en mejorarlo, atendía órdenes simples y hasta sonreía. Cuando me preguntaban por mis honorarios, sentía vergüenza de cobrar, y como tampoco sabía cuánto podían costar mis servicios profesionales, siempre les decía, -“Vamos a dejar eso para más adelante...”

Por esa época había iniciado un tórrido e intenso noviazgo con Graciela, mi amada compañera de siempre. No podía verla sino los fines de semana cuando viajaba a Valencia donde permanecía instalado en su casa sábados y domingos hasta entrada la noche. Ello significaba que debía cambiar mi guardia de los días sábados, pues en esa época eran asignadas en día fijo. Casi siempre conseguía el cambio, pagando como

⁸⁶ Una colección o mota de grasa que se encuentra delimitada por el masetero por detrás y el buccinador por delante y está muy desarrollada en los niños.

suele hacerse con los prestamistas, una guardia con dos. Siempre hubo un alma caritativa que veía en mi cara aquella facies de novio apasionado y abrasador, se compadecía de mí y se prestaba al cambio. Una vez un compañero médico, valenciano como yo, me dijo en tono grave,

-“Rafael, vas a morir como el perrito de Frei... ahogado en sebo⁸⁷ “- Resulta que por esa época había en Valencia una fábrica de manteca de coco de un señor alemán de apellido Frei que tenía un perro muy querido que le acompañaba a todas partes. Al parecer un mal día, por arte de unos jóvenes malvados, el perro resbaló y cayó en una palangana de manteca muriendo ahogado en tan denso líquido...

Fue así que como habitual, le dije a la familia que no iría a visitar al paciente el día sábado, pero que vendría temprano el domingo en la mañana para revisarle... La mejoría de mi paciente se había consolidado tanto y mantenido durante las semanas previas y me encontraba tan a gusto con Graciela, que luego de un pugilato interior entre volverme en la mañana del domingo como les había ofrecido, o quedarme el resto del día y regresar en la madrugada del lunes, venció el principio del placer contra el principio del deber. El sentimiento de irresponsabilidad me agobiaba, pero aún así, decidí quedarme. Con la corrosión del sentimiento de culpa como copiloto, regresé el lunes muy de mañana, así que llegué a la puerta de la casa a las 6.30 A.M. Estacioné mi impecable Volkswagen verde claro, penetré en el zaguán de primorosos mosaicos y toqué el timbre. Tuve que pulsarlo dos veces. Luego de largos minutos, al fin me abrieron la puerta, pude ver a través de sus hojas entreabiertas, cómo alrededor del patio interior se aposentaban en hilera, serias silletas negras, todas gemelas con sus respaldos y asientos tejidos en mimbre... Consumido por el sentimiento de culpa no sabía qué hacer, si morirme de la vergüenza en el sitio, si retroceder y echarme a correr o si comenzar a llorar. La esposa, cerrada de negro y gimoteando a mares, se me echó encima contándome que el domingo su marido había tenido una brusca disnea y se había quedado sin vida... Tal vez un tromboembolismo pulmonar acerté a medio decir, usted sabe, la vejez, la inmovilidad, el encamamiento prolongado...

Agradeciéndome de veras por mis esmerados servicios, me preguntó una vez más, cuánto eran mis honorarios. En mi turbación, sólo atiné a responderle,

-“¡No es nada, deje el dinero para el entierro...!”

⁸⁷ El Diccionario del Habla Actual de Venezuela de Núñez R y Pérez FJ (Caracas, Universidad Católica Andrés Bello. Centro de Investigaciones Lingüísticas y Literarias. Caracas, 1994) recoge el término **sebo** *m coloq hum* como “relación amorosa”; es curioso que no figure en el Diccionario de Venezolanismos de Tejera MJ (Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación. Instituto de Filología “Andrés Bello. Academia Venezolana de la Lengua. Fundación Edmundo e Hilde Schnoegass. Caracas, 1993). En mi juventud se empleaba mucho, “Fulano tiene sebo con mengana”, “Ese tipo está ensebado”; con el mismo propósito se empleaba la palabra “sebucán”, también registrado en el Diccionario.

- **¿Quemando las naves...?**

Aquella decisión cambió mi vida... para bien. Mi fascinación por la oftalmología sistémica me había acompañado siempre desde mis años de estudiante de medicina. Había acumulado alguna información aquí y allá, había comprado y leído muchos libros, pero no tenía los instrumentos metodológicos adecuados ni las bases fundacionales para hacerla densa y efectiva. Me preocupaba confundir las alteraciones propiamente oculares de aquellas otras dimanadas de una patología sistémica particularmente porque había obtenido en donación para la Cátedra, una retinocámara con la cual podía realizar angiografías fluoresceínicas del fondo ocular. Había sido demasiado osado. Sentí deseos de asociarme con oftalmólogos y a los efectos, sostuve entrevistas con connotados oftalmólogos. Como internista, había osado profanar el coto cerrado de la especialidad y recibí reprimendas por mi desafuero. Nadie me quería y hasta me pusieron como obstáculo que tenía que hacer un postgrado de oftalmología... No es que no hubiera querido hacerlo, pero carecía de tiempo y ya estaba casado e iniciando mi carrera docente.

Un día leí en la prensa acerca de un curso que sobre angiografía retiniana se realizaría en Valencia, y hasta el Hotel Intercontinental me fui. En mi aislamiento no recordaba que mi compañero de curso Dr. Darío Fuenmayor-Rivera era oftalmólogo y además entonces se perfilaba como el líder que siempre ha sido de este importante adjunto del diagnóstico en oftalmología. En su bonhomía, me acogió sin recelos ni mezquindad y me invitó a que participara de reuniones que los días miércoles en la tarde se celebraban en el Instituto de Oftalmología presidido por el Profesor Rafael Cordero Moreno y que tenía su sede en el Instituto de Otorrinolaringología en San Bernardino. Allí escuché y adquirí el lenguaje oftalmológico, me enteré de problemas retinianos quirúrgicos, presencié discusiones sobre cirugías, e inclusive, se me permitió dictar algunas charlas de temas médicos. Me percaté de lo mucho que no sabía, pero también, lo tanto que ellos ignoraban y que yo conocía. Así, que una asociación estratégica parecía a todas luces conveniente.

Un día el Dr. Cordero se me acercó y me expresó su sorpresa sobre lo mucho que había aprendido por mi cuenta, y me preguntó si pensaba tomar el asunto en serio. Le dije que siempre tomaba mis ideas con decisión. De mis lecturas había sentido particular atracción hacia la neuro-oftalmología, que para mí, era medicina interna y semiótica desplegada entre el ojo y sus interrelaciones neurológicas. Le manifesté que me gustaría profundizar en esta superespecialidad de la oftalmología. Su réplica vino rápida y su compromiso inmediato.

-“En cuanto sienta que esté listo, avísame que yo tengo la persona indicada para entrenarlo...”

Mis tres hijos aún eran pequeños, y la decisión de irme fuera a los 40 años, luego de 20 de ejercicio de la medicina interna era difícil. Había alcanzado alguna reputación entre mis pares, tenía una numerosa clientela y fácilmente podía tener hospitalizados entre 2 y 6 pacientes diarios. Pero... infortunadamente, no sabía cómo decir que no. ¿Cómo dejar todo eso...? Algunos me manifestaron que estaba loco, que estaba en el mejor momento de mi vida, que ya yo “sabía mucho”... Para Graciela mi esposa fue un gran

choque cuando le mencioné mi decisión de irnos y que contaba con su apoyo. Lo cierto es que el Dr. Cordero estuvo allí para apoyarme. Una carta suya dirigida a un médico californiano hizo el milagro. En su segundo viaje de estudios a la Universidad de California, San Francisco, USA, a realizar patología ocular, subespecialidad de la que fue pionero en el país, había conocido a un talentoso joven oftalmólogo que ya se dedicaba a la desconocida rama de la neuro-oftalmología, el Dr. William F. Hoyt –hoy día profesor emérito- La respuesta que recibió de vuelta reflejaba una amplitud insospechada. Aquél nunca había entrenado a un médico internista, pues sus *fellows* habían sido oftalmólogos, neurólogos y hasta neurocirujanos de todas partes del mundo, pero no veía el porqué un clínico no podía aprender las técnicas que empleaba. Las cartas estaban echadas, mi currículum le había impresionado, especialmente todo lo que hasta entonces había escrito sobre fondo ocular. En retrospectiva, nada que realmente valiera la pena. Sólo un deseo de comunicar y enseñar. Total, era bibliografía en español y él no estaba en condiciones de juzgar aquello que no entendía. ¡Por fortuna para mí! Mi suerte fue inmensa. Él buscó la rimbombante figura de “profesor visitante” para que el *Faculty Dean* me aceptara...

Había quemado las naves y no había vuelta atrás... El domingo 9 de julio de 1978 tomaba un avión a San Francisco. Mi familia me acompañaría en cuanto yo les dispusiera de un nido para vivir. Había rentado una habitación en una *guest house* frente al Hospital pero mi vuelo se retrasó y mi reservación había sido cancelada. Con todos mis macundales me situé en la Parnassus Street para tomar un taxi. ¡Qué soledad! Entré al *lobby* del Hospital, nadie a quien preguntar por un teléfono. Al fin una obrera de limpieza me señaló un teléfono rojo. Sólo había que descolgarlo y me comunicaría. Me fui al *Holiday Inn Hotel* en *Downtown*. No tan temprano al día siguiente me presenté en el Servicio de Neurocirugía sede de la Unidad de Neuro-Oftalmología ubicada en el 6º piso del Moffitt Hospital. Tuve un recibimiento muy cálido: El Doctor Hoyt me permitió el tiempo necesario para acomodarme. En la casa de huéspedes pude alquilar un pequeño apartamento con baño propio y salida independiente a la calle. Mi inglés era muy deficiente, así que la primera semana la dediqué a un curso intensivo en la Academia Berlitz: *Total Immersion*. Mi progreso era increíble y acelerado. El sábado 9 en horas del mediodía, regresé de mi clase de inglés y me dispuse a descansar para luego salir a caminar por el majestuoso *Golden Gate Park*. El día era soleado, muy fresco y con un cielo muy azul. Escuché el timbre y salí a atender. Era un policía de la Ciudad de San Francisco que buscaba a un tal *Mister Mendouza*. El Consulado de Venezuela lo reclamaba y como no había podido comunicarse con él, habían recurrido a ellos para buscarme. Cuando al fin me conecté con el teléfono, me dijeron, sin más detalles.

-“Doctor, una desgracia ha ocurrido en su casa...”

No sabía qué pensar, Graciela, alguno de mis pequeños hijos... Una oficial del consulado vino a buscarme en su automóvil particular, me acogió en su casa y desde allí nos pudimos comunicar: Había fallecido súbitamente mi papá. Sentí un profundo dolor aunado a un demoledor sentimiento de culpa por no haberle acompañado y estar con él a la hora de su muerte. Este hecho marcó profundamente mis primeros meses en San Francisco.

Y era que mi padre no perdía oportunidad para decirme que me fuera al exterior a tener otras vivencias y experiencias, que otros de mis hermanos lo habían hecho, que ya no era un jovencito que pudiera esperar. Siempre esquivaba una respuesta directa. La verdad es que mi querido hermano Fidias Elías, también médico como yo, había fallecido a muy temprana edad. Ello me dejaba solo para acompañar a mi padre cuando se fuera. Ya tenía 91 años y cargaba a cuestas una severa aterosclerosis sistémica

coexistiendo con una lucidez y memoria envidiables. Conversando en la mesa con mi esposa –ante la mirada atenta de mis hijos- le había expresado en diversas ocasiones que quería viajar, pero que no podía hacerlo porque debía estar al lado de mi padre para cuando llegara el momento de su despedida.

Cierto día mi padre formó parte de nuestra mesa y enfiló de nuevo sus baterías hacia mí. Rafael Guillermo, mi hijo mayor, le dio una clara y directa respuesta, la que yo por supuesto evadía.

-“Papá José –le dijo-, mi papá no puede irse porque está esperando que tú te mueras...”

Yo me quedé frío y silencioso; él tampoco emitió palabra alguna... Lo cierto es que sus insinuaciones arreciaron desde ese mismo momento. Un día me dijo...

-“Vamos a hacer un compromiso mijo. Usted se va, busca una casa bonita y confortable donde vivir y en unos tres meses yo me voy y les acompaño largo...”

Decidí pues comenzar en serio los trámites. Una semana después de mi partida, un día sábado 15 de julio regresó mi padre de “Mi Tesoro”, su tienda de mercancía seca de la Calle Constitución en el centro de Valencia, donde iba a diario a ayudar espiritualmente y materialmente a quienes se lo solicitaban. Llegó a casa a eso de las 10.00 A.M. y como era su costumbre, se sentó a la mesa a almorzar. Mi hermano José, el primogénito más querido había llegado a visitarle. Mientras comían, mi padre hizo un ademán de haberse atragantado. La comida era sencilla, kippe, laben, una ensalada y agua de berenjena. Mi madre le dijo a mi hermano:

-“José, dale una palmada por la espalda a tu papá que esto suele pasarle...”

Mi padre echó su cuerpo hacia delante y de allí, sin sufrimiento alguno, se fue al predio donde moran los hombres justos...

Sería muy largo describir cómo las circunstancias se conjugaron en aquella época de vuelos con escala para que yo llegara a Valencia al día siguiente, domingo 16 a las 2:00 P.M., al tiempo el féretro abandonaba funeraria en hombros de hombres llorosos.

Pienso que mi padre sabía que moriría pronto y que su tarea no estaría concluida hasta que yo alzara el vuelo a otros rumbos y me realizara, así que me alentó sin mezquindad a irme lejos del lar paterno a cumplir un sueño y un deber de vida; y satisfecha su misión, decidió que ya era tiempo...

Fue un gesto de infinita bondad ese de aquel comerciante libanés que aprendió a escribir con un palito, el árabe y el español, en la tierra humedecida y generosa del llano guariqueño.

No quemé las naves, no era mi intención quedarme en USA; debo decir que tampoco me lo propusieron. Quise regresar a ayudar a esos pacientes sin médico y enseñar lo que había aprendido con decisión pero con mucho dolor...

• Las enseñanzas de Misia Chucha y Misia Virginia

No creo que hubiera cumplido los 7 años cuando conocí a ese par de viejecitas: Misia Chucha y Misia Virginia ¿Cómo no conocerlas si eran nuestras vecinas de enfrente cuando nos mudamos a un casa de dos plantas en la Avenida Bolívar al lado del Cine Camoruco en mi Valencia natal y propiedad de Enriquito Hensen? Se habían quedado solteras y le servían a su hermano, el boticario de la esquina, persona muy apreciada, quien para colmo, también era soltero. Una era alta y seca, se recogía el cabello hacia atrás con un clásico moñito nada primoroso, tenía la voz ronca y sospecho que no le gustaban mucho los niños. Su presencia me infundía mucho miedo. Su hermana, por lo contrario, era más bien pequeña, en sus mejillas se destacaban dos parches rosados, el cabello blanquísimo recogido arriba también en un moñito primoroso, una sonrisa bien dispuesta y cuando la encontraba de pie en el portón de su casa o caminando por la acera, siempre tenía algo bueno para mí, una sonrisa, un piropo, una frase cariñosa y hasta un dulcito...

¿Cómo podían ser hermanas dos seres tan diferentes y de tan antipódico temperamento? ¿Cómo podía ser una tan agria y amargada y la otra tan dulce y llevadera? Lo cierto es que un día, conversando con mi madre le comenté lo linda que debió haber sido Misia Virginia y lo fea y sangre de chinche que era Misia Chucha. Mi madre, echando la cabeza hacia atrás lanzó una de sus sonoras carcajadas y aclaró mi confusión.

“No mijo –me replicó- Estás en un error, Misia Chucha es la pequeña, la viejita hermosa y menudita, la amorosa y sonriente, y Misia Virginia, la espigada y amarga, la lacónica y áspera”.

-¿Pero cómo podía ser eso...? –le seguía preguntando-. Chucha es el femenino de chucho, un látigo corto de cuero que tenía mi papá, y más de un chuchazo al aire o donde la espalda pierde su nombre, habíamos recibido por impertinentes. Ello explicaba mi asociación de Chucha con lo negativo. A la inversa, las virginias eran unas minúsculas florecillas violeta pálido que mi mamá cultivaba en un pote, nada les faltaba, quizá sólo tamaño, lo cual compensaba con la cantidad que se agolpaban en reducido espacio, orgullosas como esas mujeres chiquitas a quienes luego, en mi adolescencia, llamaríamos DDT... Sí, como el insecticida –“Dotaditas De Todo”- ¡Tremenda confusión la mía! Y entonces, cuál fue pues la enseñanza que me dejaron estas dos viejecitas... Me enseñaron los nefastos efectos del prejuicio y el carácter cruel de la proyección psicológica. Nunca más podría sacar conclusiones apriorísticas si no tenía una clara información previa de lo que oía, veía o palpaba. Que todo aquel que me caía gordo o simpático a primer golpe de vista, no era necesariamente una mala o una buena persona, que nuestra percepción del mundo podía no ser más que, en muchos aspectos, una inexistente ilusión.

Claro está que yo no era tan despierto ni inteligente a los 7 años como para poder comprender en su totalidad la lección. Fue la vida y sus continuas sobaduras⁸⁸ e

⁸⁸ Aunque no lo encontré en mis dos diccionarios de venezolanismos, mi papá usaba el término que considero aprendió en el Llano venezolano, “sobar” como sinónimo de castigar, de dar una paliza.

indigestiones, que a los trancazos y adecuadamente digeridas, me hicieron reconocer mi error una y otra vez. Confieso sin embargo que en ocasiones vuelve a jorobarme. Luego vino la facultad de medicina y los cadáveres, pues aunque usted no lo crea, fueron ellos mi primer contacto con la medicina y el ser humano. ¡Qué paradoja! ¡Qué tristeza! ¡Qué confusión! Antes de relacionarnos con los vivos, lo hacíamos con los muertos, simples despojos terrosos y formolados, de penetrante olor, que al introducirse profundamente en nuestras narices, nos hacían llorar, pero nunca de pena por aquel anónimo que nos prestaba su cuerpo para que aprendiéramos anatomía. Sólo fue en el tercer año cuando tuvimos nuestros primeros encontronazos con los vivos, ellos más que nosotros. Y por cierto que con vivos muy enfermos, esperando su sino y próximos a abandonar el valle de lágrimas en aquellas salas del Hospital Vargas de entonces, aromosas al fenol o creolina con que coleteaban sus pisos. Teñidos de prejuicio, casi sin darnos cuenta, los sentíamos como aquellos muertos de carne cenicienta con los que nos habíamos relacionado primero.

Nos enseñaron nuestros profesores, tal vez sin querer, el galimatías médico, esa jerigonza que hoy día vomitamos a la cara del enfermo cuando queremos “explicarle” algo, pero realmente para decirle que no nos moleste, que no queremos comprenderle ni aclararle nada. Así, de un porrazo nos quitaron la curiosidad y nos dieron a cambio una serie de clichés que aprendidos como un loro, nos permitirían realizar una historia clínica –a lo peor, con todo inventado por nuestra incapacidad de comprenderles- y permitimos tener la ilusión de comunicarnos con nuestros congéneres. Y de esa forma, cualquier dolor de cabeza se nos antojaba sin mucho preguntar, que era producto de hipertensión arterial. Cualquier síntoma revezado, eran nervios, hoy día estrés, o quizá “usted no tiene nada” o “es juguete de su imaginación”. Cualquier fiebre era un virus, ¡sí! precisamente “el virus que anda por ahí...”, sin siquiera pensar que hay que estar loco para andar por allí consultando sin tener nada, particularmente en horas de la madrugada. ¡Cuántas veces un síntoma que parecía baladí, era signo de una seria enfermedad! ¡Cuántas otras, una queja que olía a tragedia era simplemente lo que nos habíamos estudiado la noche anterior!

Como puede verse, formando una trilogía, allí estaban siempre mi acendrado prejuicio, Misia Chucha y Misia Virginia, bien para hacerme escuchar lo que yo quería oír, para hacerme ver tan sólo la ilusión de lo que estaba dispuesto a ver, para hacerme sentir en el pulpejo de mis dedos un tumor imaginario o peor aún, pasar por alto un hallazgo determinante porque mis manos –en ese preciso momento- estaban desconectados de mi cerebro. Ellas para decirme, “¡ So gahnápiro! ¿Vas a volver a tus andanzas o vas a aprender alguna vez?” Pero por más que he tratado de sacudirme mis prejuicios como perro recién mojado, no siempre lo he logrado. A pesar de todo, cuando tengo frente a mí un paciente cualquiera, siempre vuelan a mi memoria las figuras de Misia Chucha y Misia Virginia para susurrarme, oye bien mijito, fíjate bien, toca bien, desprejuíciate para que no confundas la gimnasia con la magnesia...

- **Todas para una, y de cada uno de ellos, todas para ella...**

Graciela mi esposa ha sido el amor de mi vida. A decir verdad, no sé como la encontré, o mejor dicho, cómo nos encontramos el uno al otro... Había picoteado en muchas flores pero su néctar no me había gustado y a poco, me había aburrido. Fui a un Congreso Nacional de Urología en Valencia -¿urólogo yo?- Pues bien, había ido a presentar un trabajo sobre un nuevo procedimiento para la evaluación de muestras de orina, "El recuento minutado", que me había encomendado el doctor Gastón Vargas quien a su vez, lo había aprendido de la escuela nefrológica del Profesor Jean Hamburger de París. Fue mi primera presentación ante un público desconocido y estaba muy nervioso y una frialdad ártica me arropaba. Como siempre me ha ocurrido, la calidad de mi presentación superó a la ansiedad premonitoria... El presidente del Congreso, el doctor Luís Fernando Wadskier afamado urólogo de la región—por cierto amigo de la familia de Graciela-, invitó a un grupo de los asistentes a una reunión en su casa. Estaba yo acompañado del doctor Oswaldo Pérez Arvelo, entonces urólogo en ciernes, hoy afamado y competente. Inmediatamente que entramos fuimos prácticamente raptados por un par de viejorras de conversación muy aburrida y que versaba sobre hechizos, exorcismos y trabajos de magia negra. Graciela Wadskier, esposa del Presidente, mujer muy linda, simpática y extraordinaria anfitriona se movía de mesa en mesa procurando lo mejor para todos, y viéndonos en tan comprometida situación, nos levantó de la mesa para presentarnos a unas jóvenes asistentes; entre ellas estaba Graciela Facchin Barreto. Bailamos y conversamos un rato y no pasó nada más.



Figura. Graciela en coral y perla...

Algunos días más tarde, en un viaje a Valencia indagué su dirección y teléfono a través de mi hermana Josefina; la llamé y un fin de semana fui a visitarla. Mis visitas semanales se hicieron continuadas y siempre le llevaba un ramo de rosas rojas. Recuerda ella que una vez llegó su abuelita materna, "Misia Magala" -por Magdalena Barreto- y vio las flores en colocadas en el suelo -había llegado muy temprano de Caracas y antes de ir a mi casa las había dejado en el porche de su casa como sorpresa- le dijo

-¡Ay hija... esas flores significan amor ardiente! Luego en un baile en el Círculo Militar de Maracay le declaré mi amor y 46 años después permanecemos juntos...

Y así ha sido... Le llevo una vez por semana, los días viernes, 36 rosas rojas. Una docena por cada hermoso hijo que me dio: Todas para una; y de cada uno de ellos, todas para ella.



Figura. Todas para una, y de cada uno de ellos, todas para ella...

Dios nos dio tres buenos hijos a quienes educamos bajo normas estrictas, aunque nunca tan severas como en el hogar de mis padres. Estoy muy orgullosos de ellos; todos han sido honestos, estudiosos, responsables y excelentes ciudadanos y profesionales.

- **Yo, deportista...**

Si me preguntaran quien fue mi primera inspiración para hacer deporte, por supuesto que no dudaría en decir que fue mi papá... Aún no entiendo cómo mi padre, proveniente de una pequeña aldea libanesa (Ramah, Akkar) pudo tener afición por la cultura física. Tenía unos 5 ó 6 años y vivíamos entonces en una casa de dos pisos alquilada a Don Enrique Hensen en la Avenida Bolívar de Valencia, al lado del Cine Camoruco -desde donde podíamos hasta ver películas Censura A-. Tenía como era lo habitual un gran patio central a cuyas riberas se abría una galería de habitaciones, a saber, al frente, la habitación de mi hermana Gileni y luego seguían la sala que nunc abrían, el paraqué – aún no sé para qué era-, y las habitaciones de mi hermana Rosa, mi papá, mi mamá y mi hermana Josefina. En el piso superior dormíamos los varones José, Fidias, Luis, Franco, Aziz y yo.



Figura . Colegio La Salle de Valencia. Equipo de 2º año de bachillerato, 1952. De izquierda a derecha. De pie. Mi persona, Pedro Picher, Rafael Lara García –asomado-, Manuel Lizarraga Sanz, Luis Sanz Lizarraga, Franco Muci Mendoza, José Antonio Herrera, Hernán López. De rodillas. Efrain Alvarado, Ricardo Barreto, Oswaldo Lebrún, Francisco Carabaño, Enrique Figueroa, Luis Cabral Salazar y Humberto Cogorno,

Ya entrada la tarde, regresaba mi papá de su tienda "Mi Tesoro" ubicada haciendo esquina entre la Avenida Bolívar y la Calle Páez. Se ponía su pijama, abría y extendía en el amplio patio una gran alfombra persa carrubia con pinticas blancas, con el torso desnudo, comenzaba a ejercitarse moviendo el cuerpo y las extremidades. Un ejercicio curioso siempre llamaba mi atención: Como si fuera un molinete, comenzaba a girar raudo sobre su eje vertical con los brazos extendidos y los puños cerrados. Yo lo observaba con admiración. En algún momento mientras pasaba de un lado a otro del patio, me acerqué mucho a él y sin intención me golpeó en la cabeza, así que salí disparado hacia un lado y caí al suelo. No recuerdo si tuve una fugaz pérdida de conciencia. Me mojaron la cabeza y me pusieron hielo. Creo que mi papá se sintió muy culposo pues nunca más repitió esos ejercicios. Cuando nos mudamos a una hermosa casa propia sobre la Avenida Bolívar en Camoruco, una de las pocas de Valencia que tenía piscina, aunque nunca se bañó ni aprendió a nadar, al lado de la misma se abrían una serie de habitaciones de servicio para el jardinero y la empleada "de adentro" con su baño, y quedaban otras tres, en una puso un gimnasio con todo y su pera, artefacto conocido también en inglés como *punching ball*, la cual golpeaba sin clemencia, y toda suerte de juegos de pesas, sin faltar una cuerda para saltar.

A los 80 años cuando sufrió un infarto del miocardio, sintió el dolor mientras saltaba la cuerda 150 veces, pero no se lo dijo a nadie hasta que una semana más tarde viendo un espectáculo de lucha libre en el coso taurino "Arenas de Valencia", donde también presentaban estos espectáculos, un famoso luchador libanés llamado Basil Battah era "ahorcado" con malas artes por su contendor, "un sucio"; él se sintió muy indignado y

molesto. Tuvo un segundo dolor y en una visita que hice a mi casa el fin de semana me lo comentó. Efectivamente un infarto de la cara inferior del corazón que mi papá "camino" a su antojo.



Figura . Colegio La Salle de Valencia. Equipo de 4º año de bachillerato, Campeón de Fútbol, 1954. De pie, de izquierda a derecha: Segundo Acosta (†), Luís Sanz Lizarraga, Humberto Lupi, Raúl La Salle Toro, José Antonio Herrera, Pedro Picher, José Alberto Aóun y Carlos Eduardo Mancera, "El Cacho". Arrodillados: Ricardo Barreto Muskus, Francisco Carabaño Barreto, Franco Muci-Mendoza, Ramón March y Rafael Muci-Mendoza (ala derecha), quien fuera campeón anotador con 11 goles. Faltan G. Vilorio, Carlos Verdú, Hernán López, Jesús Angulo

A su regreso luego de una evaluación en Caracas, que mostró además que tenía un síndrome de Leriche⁸⁹, no sé cómo, pero continuó saltando la cuerda escondido y cuando no lo pudo hacer más, a pesar de la claudicación de sus piernas, lo oíamos temprano caminando haciendo un clíc...clíc...clíc con su bastón de aluminio. Murió en forma repentina a los 91 años luego de caminar y encontrándose desayunando, frugalmente como era su costumbre y en compañía de su primogénito hijo varón José, mi hermano mayor.

Mi padre nunca nos regateó dinero para comprar artículos deportivos. Luis, Franco y yo jugábamos fútbol en forma "afiebrada", especialmente durante las vacaciones. Durante las vacaciones, nos íbamos muy temprano en bicicleta con nuestro amigo Raúl La Salle –hoy eminente médico- a jugar en el Campo Deportivo La Salle en Guaparo. En verano

⁸⁹ También llamado enfermedad oclusiva aorto-iliaca es una condición patológica que consiste en la oclusión aterosclerótica que compromete la aorta abdominal y/o las arterias ilíacas; la claudicación intermitente en los miembros inferiores es su expresión clínica: mientras el paciente camina tiene que detenerse por el dolor isquémico dimanado de la falta de perfusión sanguínea lo que hace desaparecerlo.

aquello era un tierrero seco con cascajos, así que ante la congoja y respectiva reprimenda de mi mamá negándonos permiso para volver, regresábamos con las rodillas y espinillas sangrantes. Mi papá siempre nos apoyaba porque pensaba que los golpes y accidentes menores del deporte templaban nuestro carácter: - Dájalos quietos, Panchita...! a menudo le decía.

Luego los tres hermanos incursionamos en el atletismo. Resulta que por esa época un famoso atleta de los Juegos Shell llamado el "Chapi" Leiva, un maracucho contratado por la Gobernación del Estado Carabobo, solicitó jóvenes que quisieran entrenarse en las diversas disciplinas del atletismo. Raudos hicimos acto de presencia, tuvimos entrenamiento y participamos en carreras de velocidad y con obstáculos, salto alto, salto triple y de garrocha, en inclusive en una sola ocasión formamos parte de una delegación que vino a Caracas en agosto de 1953 a una competencia de infantiles y juveniles realizada en el Estadio Nacional. En una época cuando el atletismo era poco conocido, hicimos contacto con Brígido Iriarte, un atleta muy completo y Filemón Camacho, un corredor de fondo. A mí me correspondió correr 50 m planos y llegué de segundo...



Figura. Crónica Periodística de junio de 1954. Diario El Carabobeño. Parece mentira, con mis uñas encajadas me convertí en líder goleador...

Como era lógico en un colegio conducido por hermanos cristianos europeos, el fútbol era pan nuestro de cada día. De nuevo los tres hermanos nos dedicamos con pasión a defender nuestras respectivas secciones. Luis era fiero en la defensa; Franco, arrojado y ágil cuidando la portería; y yo, jugaba en el ala o güin (*wing*) derecho. Siendo como siempre he sido, muy reservado, tenía encajadas las uñas de los dedos gordos de

ambos pies (uñeros); nadie en mi casa lo sabía porque no dejaba que me los miraran. Antes de cada juego de los sábados en la tarde, me encerraba en uno de los cuartos adyacentes a la piscina (donde por cierto tenía una colección de animales disecados) y me hacía un salvaje "pédicure". Me introducía una tijera a través del lecho ungueal y con una pinza arrancaba el trozo de uña... Soportaba estoicamente el dolor; me ponía mis medias deportivas y luego mis botas. Rengueando y haciendo que no rengueaba por algunos minutos, ya estaba casi listo; al realizar el primer chute a una pelota, el dolor era insoportable, las lágrimas se asomaban a mis ojos; pero luego de correr y seguir golpeando la pelota, el dolor iba haciendo soportable para luego desaparecer. Al retirar la media que en medio de la sanguaza se había pegado del lecho ungueal, volvía a ver el diablo... Y así, perteneciendo al equipo de 4º año, con todo y eso llegué a ser campeón goleador. Pasé a la Primera División con los grandes. "Jugué banco" en todos los partidos menos durante el último en que entré casi al final y metí un gol... El año siguiente, el 5º año o preuniversitario, con mi hermano Franco nos mudamos a Caracas a estudiarlo en el Liceo Andrés Bello... Con la mayor exigencia de estudio nunca más volví a practicar deporte ni durante ese año, ni en toda mi carrera médica, pero tenía la ilusión de volver a hacerlo. No hubo ocasión hasta veinte años después durante mi viaje de estudios a San Francisco, California. Aunque en forma irregular trotaba de noche en las cercanías de mi casa...

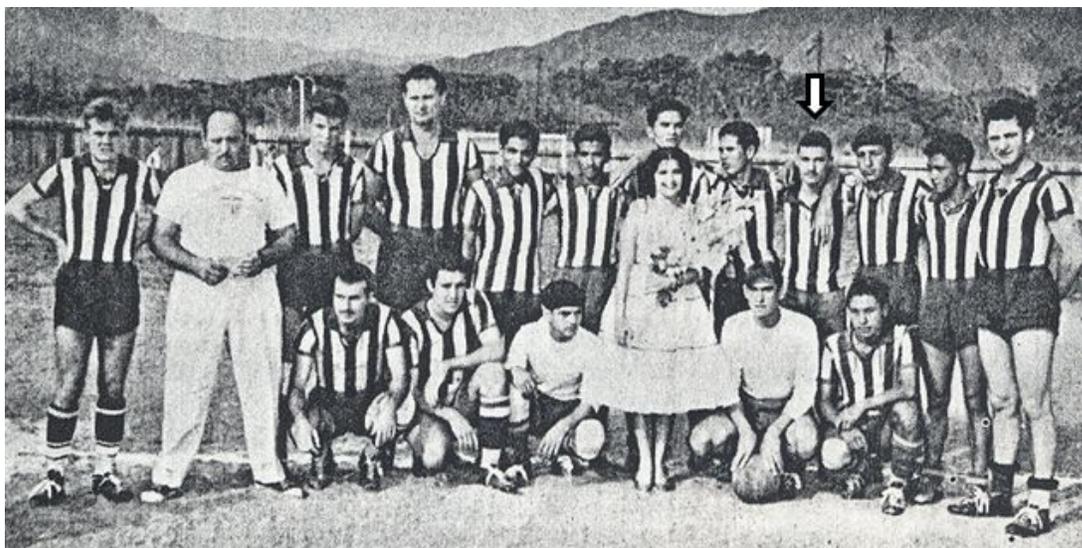


Figura. Colegio La Salle, equipo de Primera División con el entrenador Olaizola. Yo soy el de la flecha...

Regresamos a Caracas en 1980 y seguía bullendo en mi cabeza la necesidad de hacer deporte, pero tenía que ser uno en solitario para que adaptara a mi tiempo libre, pero no encontraba oportunidad. Una vez me fui al Parque del Este a trotar un caluroso mediodía. Llamó mi atención que prácticamente no me crucé con nadie durante el recorrido. Llegué a mi casa y muerto de cansancio y deshidratación me tiré en un sofá del cual no pude pararme. Parecía que todo conspiraba en contra mía. Un día mi Graciela me dijo,
- "¿Por qué no vamos en la madrugada al Parque del Este?"

Mi respuesta fue, -"¿Es que estás loca?"- Comenzamos a ir a las 4.15 A.M. En medio de aquella oscuridad brincábamos la cerca y yo trotaba en un sentido, mientras ella caminaba vigorosamente en el sentido contrario, así que nos cruzábamos en la ruta. Ella me sentía venir por el pí-pí-pí-pí... que hacía el marcapasos de mi reloj y por el cual todos en el Parque me reconocían en la oscuridad y me saludaban afectuosamente. Conocí todos los desniveles de la ruta, pues con todos tropecé y me caí muchas veces... Como los niños, cuando se acercaban a ayudarme, en medio del dolor decía... "¡No me pasó nada...! Me levantaba medio cojeando y luego continuaba como si nada hubiera pasado... Debo mencionar que aún me tropiezo y caigo tal vez porque ya no elevo los pies tanto como en el pasado...

Una madrugada en que estábamos saltando la reja, oímos un tiroteo ensordecedor que nos puso muy asustados. No sabíamos de dónde provenía pero se sentía muy cerca. No obstante, le dije a Graciela que con todo, debíamos entrar al Parque porque allí estaríamos a salvo. Di una vuelta mirando hacia la Autopista del Este. Circulaban automóviles y decidimos irnos a casa. Al amparo de la noche donde no se oculta sino el crimen, las huestes de Hugo Chávez habían atacado La Casona, residencia de la familia presidencial de Carlos Andrés Pérez el 4-F de 1992... Luego decidimos ir a una hora más decente, a las 5.00 AM. y dejarnos de saltar cercas pues dos viejos en ese arte se ven muy ridículos...

Mi primer maratón de 10 K lo corrí en la Categoría Máster C con motivo del XXV Aniversario de la Clínica El Ávila el 22 de octubre de 1989 ocupando el primer lugar de entre los miembros de la Institución (52.00'). Luego corrí muchos más, bien en la



Figura . (1). Primer maratón de la Clínica El Ávila. (2). Las monjas de la Institución solían premiar a los tres primeros colocando una corona de orquídeas en el cuello. El ganador vestía una sola: Me flanquean los doctores Federico Capriles Selle y Roberto Ochoa. (3). Maratón Ciudad de Caracas 42 K. (4). Más aún, me aventuré a correr el Maratón de Nueva York en 3 ocasiones...

Clínica o como perteneciente al Equipo del Colegio de Médicos del Estado Miranda en los Juegos Médicos Nacionales. Poco a poco fui abandonando esos compromisos y luego hago por convicción de que la actividad física es una inversión a largo plazo. Sigo enamorado de ella, la recomiendo a mis pacientes en cualquiera de sus formas, me mantiene sin estrés, me hace dormir muy bien, siempre estoy alegre y optimista, creo que mantiene mi sistema vestibular entonado y mi sistema circulatorio en constante desafío... Antes trotaba con el adminículo creado por Steve Jobs, mi *Ipod* enchufado en mis oídos; ahora lo hago sin nada para poder pensar en mis casos difíciles, para obtener inspiración en mi vida y para darle gracias a Dios por permitirme hacerlo a mi edad...

- **“-Doctor Muci, ¿Puedo continuar comiendo mis cien gramos de chocolate?”**

El 02.09.2011 recibí este grato correo electrónico...

“Estimado Dr. Muci, quizás no se recuerde de mí; mi nombre es Gustavo Socorro, fui profesor de la Clínica Médica A, no estuve tanto tiempo como Ud. como profesor, sólo 27 años. Me retiré hace cosa de 3 ó 4 años, pero eso es lo de menos, le escribo estas cortas líneas porque tengo el recuerdo que un día hablando con Ud., me dijo que se comía todas las noches al acostarse, una barra o parte de una barra de chocolate. Siempre estuve buscando artículos relacionados y hoy encontré este en una suscripción de Internet Medscape, el cual le transcribo a continuación y si está interesado le estoy enviando una invitación a su correo para que lo pueda leer.

Espero siga tan activo como siempre, quien gratamente lo recuerda.

Gustavo”.

De inmediato le contesté alborozado:

–“Caramba Gustavo, por supuesto que me acuerdo de ti y mucho agradezco tu consecuencia y recuerdo. Tal vez entonces no te comenté el por qué de mi afición por el chocolate. Poco tiempo después de iniciar mi práctica privada en la Clínica El Ávila, fui llamado a atender un paciente casi nonagenario en el Edificio del Teatro Altamira. Siempre llevaba mi maletín médico y un electrocardiógrafo portátil que me había regalado mi papá con motivo de mi graduación. El paciente en cuestión tenía un extenso infarto de la cara anterior. Una semana hospitalizado, evolucionó satisfactoriamente y periódicamente me visitaba. Cada vez que lo hacía me lanzaba la misma pregunta al despedirse,

–“Doctor Muci, ¿puedo comer los 100 gramos de chocolate que acostumbro cada noche...? “A lo cual yo, por supuesto, siempre le contestaba afirmativamente. Un día me dije prejuiciado, si este viejito ha durado tanto tiempo, ¿No será tiempo de que yo lo imite? Y así, aún me como un chocolate todas las noches. Antes era un Cri-Cri de Savoy, pero desde que descubrí el chocolate El Rey, sus variedades Apamate o Gran Samán se han vuelto mis favoritos y suplantaron mi cena; ¡Sólo me bastan 5 cuadritos para sumar 30 gr, 58% de cacao puro que no llega a la óptima dosis recomendada por mi nonagenario paciente...!”.

En el citado estudio que me envió Gustavo, la doctora Adriana Buitrago-López y sus colegas (*University of Cambridge, UK, British Medical Journal, August 29, 2011*) declaran acerca del consumo de chocolate, “Aunque el consumo exagerado puede tener efectos nocivos, los estudios existentes generalmente están de acuerdo en el beneficio potencial de la asociación de consumo de chocolate con un bajo riesgo de

enfermedades cardiometabólicas. Nuestros hallazgos lo confirman, y así, encontramos que un consumo elevado de chocolate puede asociarse con una reducción de un tercio en el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular...” y para concluir asientan, “Este favorable efecto parece fundamentalmente mediado por el alto contenido en polifenoles presentes en los derivados del cacao, posiblemente un resultado del aumento de la biodisponibilidad de óxido nítrico, lo cual subsecuentemente puede mejorar la función endotelial, reduciendo la actividad plaquetaria y teniendo además, efectos beneficiosos en la presión arterial, resistencia a la insulina y lípidos sanguíneos.”

• **Cánidas reflexiones de un perdiguero.**

Asumo las culpas de lo que voy a decir. Mis colegas que me perdonen por pegarle a la familia. Cuando era sólo un humilde y humillado bachiller, me dijeron mis maestros que la medicina era sólo una... y en lo particular, es algo con lo cual quiero estar de acuerdo; pero a poco de graduarme de médico y competir en la batalla contra el dolor entre dos frentes, uno por las mañanas con los pobres del Hospital Vargas de Caracas y otro por las tardes, con los otros pobres de quienes vivo, muy pronto descubrí que eran aquellas, bellísimas palabras, pero que en los hechos era... ¡Una terrible farsa...! La medicina hospitalaria era muy diferente de la medicina privada; como quien dice, una cuaternaria y otra primaria, entonces me sentí, ¡Como un imbécil! –lo de sentir es un eufemismo- Pensé que había descubierto la pólvora, pero... vino otro descubrimiento, aquel que mis pacientes sabían desde hacía más de cien años. Y veamos por qué lo digo:

En mi hospital, las puertas principal y accesorias, no están abiertas. De las dos hojas de las rejas que el progreso colocó en sus dinteles, sólo una permanece entre abierta y como en cualquier país subdesarrollado como no existe educación, hay que pelear con el que viene saliendo para poder entrar. Además, tras ella está colocado un “portero” que lejos de darle la bienvenida, obstaculizará de mil formas su ingreso y el de los pacientes. ¡Todos son sospechosos de ir a hacer algo indebido! Si usted le cae en gracia al tipo, lo deja pasar. Si no, lo condena a darle la vuelta a la manzana para entrar por la otra puerta. De nada vale que sea joven o provector. Nadie ha podido explicarme el por qué unas personas le caen mal. Dicen que son proyecciones psicológicas, pero vaya usted a saber. Si ello ocurriera, prepárese para un dolor adicional, si usted tiene a bien preguntar,

-“Por favor, ¿Puede decirme dónde consigo al Dr. Muci? El tipo mirará en el vacío y le responderá...”

“¡ Ése no trabaja aquí...!” Como quien dice, 50 años pasando por la misma puerta y condenado al anonimato. Ni en mi Hospital me conocen. ¡Qué ofensa a mi narcisismo! Al fin lo dejan pasar para condenarlo a vagar por los pasillos del Hospital preguntando a todo mundo dónde me encuentro. ¿Un cardek, una libreta con los nombres, un teléfono donde llamar? Demasiado pedir... 120 años de existencia no son suficientes ni siquiera para haber aprendido a informar...

Dicen que todo este parapeto de “vigilancia” es para que los médicos, enfermeras y los pacientes, no nos robemos los insumos del Hospital. En ocasiones se les ocurría revisar las carteras y los maletines. Si así fuera, si nos lleváramos algo: unos guantes, unas

torundas o una inyectora, sería este un robo pendejo. Porque el grande lo realizan los proveedores con los chivos de compras, y los que quedamos, tristes tontos todos, no tenemos sino acceso a los mendrugos. Ahora con el Hospital militarizado, lo registran uno al entrar...

Ah, pero en mi clínica, hay un coroto electrónico que no más le detecta a la distancia y le abre la puerta, aunque usted no sea bienvenido o aunque sea que esté paseando su perrito y el cuadrúpedo entre en su área de detección. No importa que usted no vaya a recetarse, igualmente se abrirá. Luego encontrará un *main desk* o receptoría, donde existe una pizarra con el directorio de médicos y además, una señorita muy amable, le informará dónde está el doctor que está buscando y cuál es la hoja de vida del eminente doctor. Si viene cojeando o aparenta ser de la tercera edad, le ofrecerán una silla de ruedas y un señor uniformado para que le lleve a su destino.

Bueno, usted sorteja la barrera de la puerta de mi hospital y verá un grupo de personas sin hacer nada, hablando en alta voz, empujándose unos a otros, rocheleando en medio de palabras obscenas y miradas lascivas a cualquier pobre muchachita que les pase por el frente. Se dice que son la gente poderosa del sindicato, ahora de la contraloría social. No habrá sillas de ruedas ni nadie que se conduela o haga algo para facilitar su desplazamiento. Si está realmente impedido, digamos, si tiene una pata gangrenada, le dirán que se vaya a la Emergencia, a la derecha subiendo, como a una cuadra...

En mi Clínica verá unos amables señores con "*guoquitoquis*" que aunque puedan verle con sospecha –es su trabajo-, al menos lo disimulan y hablan quedo por sus aparatitos con otros. Oirá una musiquita suave y de cuando en cuando, será interrumpida por mensajes institucionales. En mi clínica hay ascensores que funcionan –hay que esperar un poco, pero vamos...-, barandales en las escaleras para que pacientes bien nutridos se agarren firmemente si lo desean; y al piso, puede pasarle la lengua de lo puro brillante y mantenido que está.

Mi hospital ha sido remodelado muchas veces, tiene hermosas escaleras, tan amplias que dan vértigo. ¡Pero carajo, olvidaron un pequeño detalle! No les dijeron a los arquitectos que ¡No eran para que subiera gente sana y aeróbicamente suficientes, sino muy enferma! No tienen ni un tubo para apoyarse y usted ve a esos pobres disneicos, cojos o tullidos que no hallan cómo subir. Si va al edificio de la Consulta Externa, anejo al Hospital, se enterará por ejemplo, que la Consulta de Reumatología está en el noveno piso y el ascensor no funciona hace más de 5 años.

En mi Hospital hay camilleros por supuesto ¿Cómo no haberlos? Usted los ve haciendo su oficio, sucios y deslucidos en su vestimenta, dejando al aire su sobacuno, correteando alegremente al paciente como si fuera la camilla fuera una patineta, a toda velocidad, sin ninguna precaución en las esquinas, como si estuvieran jugando, sin ningún respeto para el ser humano que transportan, muchas veces sin una simple sábana que los cubra... En mi Clínica es muy diferente aunque tal vez el servicio sea un poco tardío cuando se les llama.

En mi Clínica hay baños pulcros en cada piso, identificados para damas y caballeros. Una camarera los mantiene pulcros y repone el papel higiénico cada vez que los usuarios se lo roban –el rollo completo-. Nuestros queridos pacientes disponen de todas las comodidades para que con comodidad, hagan sus necesidades fisiológicas. Usted sabe... una consulta médica estresa y hay que vaciar la vejiga con frecuencia y de repente hasta hacer pupú. También hay teléfonos monederos para que usted llame si es que no tiene un celular.

En mi Hospital, para ese gentío que se levantó a las 3.00 AM para viajar desde sus hogares, coger un número o estar a tiempo en su consulta, hay un solo baño, uno para *machos* y otro para *hembras*, que parece que se limpian solos y por supuesto, debe

comprar algún pasquín barato afuera o usar el periódico que el régimen regala en la puesta para que se asee y ojalá que no suelte tinta. Debe ser –digo yo-, porque nuestros pacientes no hacen necesidades fisiológicas, sólo *mean* y *cagan*, y para eso, de acuerdo a nuestros burócratas, no se necesita un baño; así que afortunadamente, hay áreas ocultas a las miradas o recovecos hospitalarios donde al resguardo de vistas indeseables, los pacientes desahogan sus necesidades. Si es que necesita un teléfono... Bueno, puede bajar hasta la Plaza Bolívar que por seguro en el camino encuentra uno.

En mi Clínica las habitaciones son confortables, tienen aire acondicionado por si quiere utilizarlo, un televisor con comando electrónico, las camas suben y bajan mediante botones así que usted pueda buscar la posición que le acomode, le visten la cama tantas veces como sea necesario y en el baño, pulcro, también hay agua caliente y jabón y hasta un timbre por si en el ínterin le da un telele. Los sistemas de llamado al puesto de enfermeras, oxígeno y aspiración funcionan perfectamente. En mi Hospital hay salas generales con techo y paredes agobiadas de filtraciones y moho, las arañas tienen en ellas un nicho ecológico, las camas están en cubículos separados por tabiques con vidrio transparente. En los bordes de los marcos, se ve polvo acumulado. No les corresponde a las camareras limpiar más arriba del suelo. El sistema de subir y bajar la cabecera o los pies, esta oxidado y no funciona, y muchas veces una pata está coja –un trozo de madera soluciona a medias la asimetría-. No hay cortinas que protejan la intimidad. Los paciente tienen sus televisores y radios encendidos a todo volumen -¿Cómo auscultar, como pensar, en esas circunstancias?- Los hedores ofenden la pituitaria nasal. Los baños –una concesión graciosa- están simplemente inmundos. Para poder acceder al retrete tiene Vd. que evitar un cúmulo de “hojillas *coli*® cortantes” que previos visitantes dejaron en el camino. Para que nuestros pacientes tuvieran agua caliente, entre los miembros de Cátedra y Servicio hicimos una colecta y compramos un calentador. No se permitió que latonero un extraño al Hospital viniera y nos lo conectara, y así, fue necesario esperar un año... hasta que “Ingeniería Hospitalaria” fuera a dejarlo instalado.

En mi Clínica los estudios radiológicos son realizados con modernos equipos y técnica impecable. El informe sale rapidito. En mi Hospital no sirven para un carajo... Aunque los técnicos trabajan también en clínicas privadas y hacen un buen trabajo –por arte de la supervisión-, en mi Centro hacen un trabajo injustamente deficiente. Están muy blandas o muy penetradas, el tórax del paciente fuera de la placa radiográfica, una placa grande para radiografiar una mano. No hay supervisión, cuestan el cuádruple y si quiere un informe, espere una semana y a lo mejor no se lo envían. Si las necesita antes y quiere verlas, no se las prestan “porque son del hospital”...

Descubrí también otra cosa: Si usted le ofrece la mano a un paciente en el Hospital, ¡Él le da la suya! ¡Qué raro, nunca vi a ningún médico o profesor dando un apretón de manos a un paciente en mi Hospital, ¡Ese apretón que significará un signo de alianza entrambos! Pero eso sería imperdonable en mi Clínica... ¿Cómo que no le dará la mano a Don Fulano o doña Mengana? Tampoco eso de decirle “viejo” o “vieja” o “mira tú”, “amorcito” o “abuelo” aunque sea por cariño... Así, que tenemos otra diferencia.

En mi Clínica se han dado peleas verbales y a veces a puños porque dos cirujanos quieren operar un paciente a la misma vez y de veras que nunca falta un anestesiólogo dispuesto a dormirlo. En mi Hospital -¡qué curioso!-, el paciente es devuelto desde el pabellón de cirugía a su cama varias veces porque le cancelan la operación “porque tiene los exámenes vencidos” –según la perspectiva de los anestesiólogos la vigencia de esos exámenes, de los cuales sólo revisan la fecha, es de un mes-; otras causa de devolución a su cama es que no lo bañaron o no colaboró. Tal vez le ha faltado ese

examen imprescindible, un mapeo cromosómico o una dosificación urgente de ácido hidroxindolacético...! Cómo se preocupan mis colegas de hospital por la seguridad de los pacientes!

De repente, el paciente no fue operado ese día y en ese momento por la sencilla razón de que en ese preciso momento, cirujano y anestesiólogo estaban operándome a mí en mi Clínica...

En mi Hospital los pacientes son vistos como trozos de un territorio personal donde puede usted clavar un pendón borlado con su escudo familiar o iniciales personales, si se quiere como cotos de caza circundados por concertinas de púas... Las decisiones, son emblemas de poder y las diferencias de criterio diagnóstico, de indicación de exámenes complementarios o la terapéutica, son tomadas como desafíos personales. Como los perros, fijamos nuestro ámbito territorial –un tercio de cama, una cama, una sala o un servicio-, y la diferencia entre nosotros y los cánidos, es que aquellos se orinan en las paredes y árboles, y nosotros nos meamos en el mismo cuerpo de nuestros enfermos para que ellos y otros, sepan que son nuestros. Si usted piensa que el “paciente de la cama 8” necesita un ecosonograma abdominal o un eco cardíaco transesofágico, de una endoscopia pulmonar, digestiva o urológica, o cualquier otra exploración, o de tratamiento antituberculoso, ello significará que usted en un “internista pedante y sabelotodo”, que pretende saber aún más que el especialista, así que sólo él y nadie más que él, puede indicarlos. Así, ¡El pobre viejo que espere! El examen ha sido denegado hasta que dentro de 8 días, cuando se discuta “el caso” en Reunión de Servicio. Si con firme convicción clínica usted piensa que el paciente tiene una tuberculosis meníngea y necesita tratamiento inmediato, habrá que esperar que se tenga comprobación del diagnóstico dentro de 40 días. Algo así como, “¡Dando y dando, si no hay bacilo positivo, no hay tratamiento!” Pudiera ser que yo comparta alguna de estas actitudes, tendentes a evitar las falsas o no razonadas indicaciones, pero no deja de llamar mi atención lo que sucede en mi Clínica.

En mi Hospital podríamos mordernos unos a otros, pero es muy feo que para dirimir diferencias de criterio tengamos que caernos a dentelladas en los pasillos. Así, que hemos encontrado una solución civilizada, y de acuerdo a las circunstancias, le caemos a dentelladas al paciente, o, para no hacer más iatropatogenia, nos orinamos ambos y al unísono, en el cuerpo entero del paciente a ver quien lo empapa más rápido.

Puede que yo sea una bestia apocalíptica y todos saben que nada sé y que estoy en mi consultorio privado porque compré una acción con mis ahorros o mis tropelías con los pacientes. Se me ocurre pues que Don Fulano necesita de una endoscopia, ecosonograma, tratamiento antituberculoso o cateterismo cardíaco y llama usted por teléfono al especialista dueño de los aparatos para pedir la realización del examen, de vuelta usted oírá, raudo y sin miramientos:

-“¡Con mucho gusto, mándamelo!”

-“¿Ya?, ¿ahorita mismo?”

-“! Siiií vale, ahorita mismo, para eso estamos!

No deja de ser curioso que en los mismos cotos cacen varios médicos...Y es que en el Hospital, usted le hace un favor al paciente, en la Clínica, el paciente le hace el favor a usted en bolívares depreciados o en bolívares fuertes aún más depreciados. Así de simple.

Cuando un paciente rompe en el Hospital el libre flujo de la consulta y pide que le veamos sin cita, nos engrinchamos, le gruñimos y si se descuida, lo mordemos ¡Para que aprenda que eso no se hace! En nuestra consulta privada, el que no tiene cita pero sí con qué pagarla, es bienvenido y si usted es un médico político encumbrado y le llega un colega banquero se parará de patas moviendo el rabo, le lamerá las manos, lo

recomendará y exigirá a su colega una consulta de emergencia aun cuando el caso no lo requiera.

Quisiera pues que alguien me explicara el por qué de estas diferencias que aunque escritas con sorna, todos sabemos que son más que verdaderas, y mire usted, los mismos que trabajamos en el Hospital por las mañanas, le vemos a usted en nuestros consultorios por la tarde...

Y por ahora, salvemos de responsabilidad a nuestros empleadores: El director del hospital y la comisión técnica -¿es que aún existe?-, entes extraterrestres, lunáticos, o marcianos, habitantes de otra galaxia, especialistas en el "aquí todo está en orden", en la mentira y el jalabolismo rastreo.

- **El psiquiatra y el brujo de Curiepe...**



Figura. Sin alusiones personales...

Aún lo recuerdo con diáfana claridad... 1961, a pocos meses de graduado, Sala 15, cama 22, camas reservadas a la Policía de Caracas, jefe del Servicio nuestro inefable y gran Profesor, Fernando Rubén Coronil; esclavo y responsable de la Sala, el Dr. Muci con su carga de ignorancia pero muchos deseos de aprender. El flaco Quintana, cirujano curtido de finas manos y buen criterio quirúrgico, era el encargado de los policías que requerían de alguna intervención quirúrgica. En este caso, un policía, un joven de unos 19 años. Le intervino a fines del mes de diciembre. Una hipertensión portal cuyo origen nunca fuera precisada, culminó tan sólo en una esplenectomía⁹⁰ limpiamente realizada. El paciente fue transferido a su cama, y no más llegando comenzó a quejarse a gritos de un intenso dolor lumbar... Día y noche sus quejas eran echadas al recinto, pero traspasaban el umbral de la puerta ojival y pasillo abajo, aún se oían en la sala 12.

Le examinaba a diario con el magro armamentario semiológico de que disponía, todas las maniobras para despertar el dolor en la columna dorso-lumbar, rotación, maniobra de Lasègue⁹¹ para estiramiento del ciático, reflejos tendinosos, sensibilidad metamérica, tos, palpación y puño percusión del abdomen, flancos y región lumbar; los pocos exámenes radiológicos de que disponíamos, le fueron realizados... La sombra del psoas se veía muy clara. Pasé de la Novalcina® a la Buscapina® y de allí a la morfina y el dolor, impertérrito y renuente, se negaba a abandonarlo. Me sentía solo entre los cirujanos de entonces, más interesados en operar que en pensar qué le pasaba a aquel desgraciado. Mis lamentos de ignorancia tampoco los conmovía. Bajé a buscar ayuda de los internistas tan sabihondos como solo nosotros somos, pero su saber se estrelló en el enigma de aquél adolorido. Ya no quería llegar a la sala por las mañanas, pero los gritos, inconfundibles, los percibía apenas tramontaba la Sala 12... Le encontraba recién bañado, con el cabello empapado y el cuerpo medio mojado usando sólo el pantalón de la pijama esperándome para derramar sus lágrimas en mi hombro.

Cuando el médico, por insipiencia, no sabe lo que ocurre a su paciente, recurre al expediente del "caso funcional" o psicossomático. Y bien, si pensara que esa fuera la causa, debería ir al Servicio de Psiquiatría en búsqueda de ayuda. Raudo y presuroso me dirigí pues a la antípoda del Hospital, bajé por la tenebrosa escalera y hablé con un grupo de psiquiatras que conversaban animadamente en el pasillo. Uno de ellos, forzado por sus compañeros, "gustosamente" accedió a acompañarme. En el camino le conté los pormenores de aquél paciente con su dolor que ya contaba cerca de 15 días. Aquél médico no me miraba a los ojos, llevaba una pipa a su diestra la cual aspiraba de vez en cuando con fruición y expulsaba bocanadas blanquecinas de agradable olor que se perdían en el éter buscando hacia su inconsciente ignoto. Llegamos a la Sala. Le presenté al malhadado joven y él decidió entrevistarle en un cuartico a la derecha frente a la estación de enfermeras.

Quise acompañarle para aprender algo de sus técnicas, pero en forma más bien descortés, cerró la puerta tras sí y allí, se inició el milagro psicoterapéutico.... Una hora

⁹⁰ La esplenectomía es la extirpación quirúrgica del bazo, un órgano que se encuentra en la parte superior izquierda del abdomen.

⁹¹ Signo de Lasègue. Con el paciente en decúbito dorsal, se eleva pasivamente la pierna con la rodilla extendida. El dolor debe aparecer a menos de 45°. Es positivo cuando la elevación del miembro inferior con la rodilla extendida produce dolor. Cuando aparece más allá de 45° no es concluyente, ya que podría deberse a retracción de los músculos isquiotibiales. Se percibe en la cara posterior del muslo y en la pierna. Está en relación a afección de la raíz L5 ó S1. Si la rodilla está flexionada la elevación es fácil, signo que distingue la ciática de las afecciones articulares.

estuvieron encerrados. Al día siguiente viernes, los gritos continuaban y otra hora se gastó aquel frenólogo. El sábado por la mañana lo vio acercarse de nuevo a él...

El domingo era mi día libre y tuve temor de acercarme al Hospital para no oír los gritos del "19", no obstante, el lunes a las 6.30 AM, como era mi diaria costumbre, ya trasponía la marquesina del Hospital, vi a Vargas sentado en su silla, todo de impoluto blanco y le pedí me iluminara. Llamó mi atención que al llegar a la Sala 12, gritos no se oían. A medida que me acercaba solo escuchaba el ruido y la vocinglería de las camareras, y una vez que entré a la Sala vi que su cama estaba vacía, tendida y lisita. ¡Triunfo de la psiquiatría!, dije para mis adentros. Después de todo el patiquincito aquél con su aire freudiano se las traía y me había dejado boquiabierto y envidioso.

Aliviado e intrigado, comencé a pasar revista desde la cama 1 como era mi costumbre, moviendo una silla donde me sentaba a conversar con el paciente antes de examinarlo. A pesar de inquirir, nadie me decía nada. Al filo de la cama 5 estaba hospitalizado el negrito Casimiro Farfán, un viejito delgado y afectuoso que esperaba para operarse unas hemorroides que le hacía la vida imposible entre profusas "reglas" –como él las llamaba- y la sensación de un tapón en el ano. Con una chispa de picardía en una sonrisa, que más mostraba espacios vacíos que dientes, me dijo,

- "¿Doctorcito sabe qué pasó con el "19"?"

- "No -le respondí- nadie quiere decirme nada..."

- "Pues mire, el sábado en la tarde ingresaron en la Sala 14 a un famoso brujo de Curiepe a quien van a operar de una hernia en la verija. Atraído por los gritos y los comentarios de visitantes y familiares, se acercó al adolorido. Nada más lo vio y seguro de sus palabras dijo que le habían echado un daño pero que él sabía cómo trabajarlo... Una de esas tantas mujeres que los policías dejan preñadas en cada barriada, había jurado hacerle la vida retama. Se lo llevó al baño, hizo salir a los que allí se encontraban y estuvo como una hora encerrado con él. Nadie sabe qué suerte de despojo le hizo, pero lo cierto es que regresó a la cama, fresco y contento.

Atajó a uno de los adjuntos, el Dr. Gustavo Villalba que venía a ver a un paciente que había operado el Dr. Coronil y le dijo jubiloso

- "¡Doctor deme mi baja!"

- "No, no puedo –respondió el otro-, deje que venga Muci el lunes..." Pero la insistencia fue tal, que luego le firmó la historia y así nuestro héroe salió corriendo como alma que lleva el diablo, huyendo de aquel dolor inventado por cuál se yo qué recoveco de su mente para no volver más.

Hacia las diez, llegó nuestro psiquiatra, vistiendo una chaqueta inglesa de las llamadas *Tweed*, marrón con parches de cuero más oscuro a la altura de los codos, aromoso a Clínica Tavistock de Londres, con su consabida pipa de aromático tabaco a la diestra y su aire despreciativo y sobrancero. Le dije que el paciente estaba curado y ya se había ido de alta...

Se iluminó su rostro y sin volverme la mirada, giró sobre sus talones y comentó al aire que le rodeaba, cuán eficaz era su técnica de llegarle al inconsciente de un paciente en apenas dos entrevistas y ser suficiente para desenredar cualquier entuerto...



Figura. El primero de Junio, a las 12 del medio día, en el pueblo de Curiepe, Estado Miranda, Venezuela, se da el primer repique de tambor que anuncia el venidero día de San Juan. Suenan la mina y la curbeta en honor a San Juan Bautista de Curiepe.

Tiempo de morir...

Hace muchos años tuve la ocasión de formar parte del equipo médico que atendió a un acaudalado paciente. Una patrulla policial que venía a gran velocidad, se saltó la luz roja del semáforo impactando su automóvil por el costado derecho, donde él venía sentado. Cursando la novena década de la vida y conservando toda su lucidez y energía, sufrió un severo traumatismo encéfalo-craneal. La cercanía a la clínica y un esmerado cuidado le hicieron sobrevivir en una unidad de terapia intensiva completamente acondicionada para él. Vinieron médicos especialistas del extranjero para monitorearlo y ayudarnos con su cuidado. Estudiaban sus respuestas y exámenes complementarios, enviando sus parámetros vitales a computadoras en ciernes en su hospital de procedencia del exterior que permitía conocer día a día el pronóstico. Largo tiempo duró su agonía conectado a un respirador y con una vía central que aseguraba hidratación, alimentación y administración de fármacos y antibióticos, y un gabaje que le proporcionaba proteínas. Tarde en su evolución, en alguna ocasión se le trasladó a radiología para realizarle una angiografía cerebral formal –no existía aún la tomografía computarizada-. El contraste a presión se negó a fluir a través de sus grandes vasos cervicales. Este signo reaseguraba muerte cerebral. Y así, le dimos permiso para que muriera...

Dadas las circunstancias del accidente, debió realizarse la autopsia de ley en la Morgue de Bello Monte. Me empeñé en estar presente. Fue una autopsia "legal" y por ello, descubrí que era una grotesca y desordenada; no como las que estaba habituado a presenciar en mi Hospital, donde el procedimiento se realizaba con profesionalismo y experticia. El cerebro mostraba signos del "cerebro del respirador": avanzada autolisis⁹² e inclusive, un terrible hedor a podrido. Mi desconcierto y dolor no pudo ser mayor. Con mi apoyo, habíamos estado tratando un cadáver, tal vez desde un principio... El sentimiento de culpa aún me acompaña y creo que me acompañará hasta el final de mis días. Pensé que no debía cobrar, pero mis colegas me "convencieron" de hacerlo, aún lo lamento.

Y es que los médicos hemos sido formados para luchar contra la enfermedad. La muerte, lo único seguro que tenemos al nacer, es percibida por nosotros como la mayor de las derrotas que se nos pueda infligir. ¡Nunca se nos enseñó que en muchas ocasiones deberemos pactar con la muerte en pro de dar a nuestro paciente una muerte digna! Los médicos siempre estamos inventando nuevas maneras de prolongar la vida, aún a costa del sufrimiento del paciente y de sus allegados. La resultante es una manera de "vivir" que ciertamente no quisiéramos para nosotros mismos. La posibilidad de un juicio por mala práctica nos compele ejercer defensivamente, aún yendo contra los más elevados principios que debe regir el acto médico. Las unidades de terapia intensiva se parecen a un *bungano*⁹³, un instrumento de pesca donde una vez que el

⁹² La autolisis (del griego *auto*, el mismo, y *lisis*, pérdida, disolución) es un proceso biológico por el cual una célula se autodestruye, ya sea porque no es más necesaria o porque está dañada y debe prevenirse un daño mayor.

⁹³ En mi infancia lo elaboraba con una botella de vino o de champaña cuyo fondo era cónico y terminaba en un botón de vidrio. Con cuidado se rompía por debajo y se extraía el botón; el cuello se cerraba con un tapón y se llenaba de agua y se colocaba dentro, corazón de pan. Se echaba al río y quedaba así elaborada una trampa donde las sardinitas entraban pero no podían salir...

pez entra no puede salir. Particularmente cuando se trata de pacientes ancianos, aunque para el momento se vean saludables. Como seres casi perfectos que somos, al momento de nacer disponemos de una gran reserva orgánica, si se quiere una extraordinaria redundancia de todos nuestros órganos, aparatos y sistemas. Para dar sólo una idea, la mejor agudeza visual central se considera 20/20; ella es proporcionada por un haz de filamentos o axones de muy pequeño calibre que se originan en la mácula del ojo, llamado haz máculo-papilar. Para poder identificar el optotipo de 20/20, necesitamos apenas el 44% de dicho haz. Es decir, que debemos perder un 56% de ellos antes de que acusemos algún cambio visual. La edad va descontando, como si fueran hojas de un calendario, reservas y energías a nuestro organismo. Está previsto que nos adaptemos a esa subrepticia pérdida de la cual ni nos damos cuenta. Así, que con una reserva mínima o sin ella, nos sorprende la avanzada edad. En esas circunstancias, una seria enfermedad consume lo poco que nos queda, y luego de unos dos o cuatro días en una unidad de terapia intensiva ocurre, casi sistemáticamente, un síndrome de falla multiorgánica, suerte de efecto dominó donde todo lo que nos sostiene se va viniendo abajo en sucesión. El riñón marca la pauta, y luego vendrá el sistema inmunológico, el corazón y los pulmones; las infecciones nosocomiales por gérmenes de exacerbada patogenicidad que sabemos que existen en nuestro entorno, en nuestras manos y uñas, en los brazaletes de tensiómetros y estetoscopios y en nuestras corbatas, harán el resto. Si a los viejos se nos concedieran algunas horas para ver lo qué ocurre a nuestro alrededor, para ver si tenemos realmente una oportunidad razonable de sobrevivir, tal vez existirían menos viejos en esas calles ciegas para viejos que son las terapias intensivas, donde quedamos varados, sin poder progresar hacia delante ni devolvemos, gastando los últimos ahorros y produciendo terrible dolor a nuestros deudos en medio de fútiles esfuerzos...

Hace algunos años leí una pieza de autor anónimo donde un paciente se dirige a su médico en estos términos:

-“! Ya es tiempo de irme! Perdóneme doctor ¿Puedo morirme? Bien sé que su juramento le obliga a tratar de sostenerme vivo por tan largo tiempo como mi cuerpo esté tibio y haya un soplo de vida. Pero, escúcheme doctor. Ya enterré a mi esposa, mis hijos están crecidos y vuelan por sí mismos. Todos mis amigos se han ido y yo también deseo irme tras ellos. Ningún mortal tiene el derecho de mantenerme aquí, cuando la llamada de Él es inconfundiblemente clara. Yo merezco el derecho de dormir para siempre. He hecho mi labor y estoy cansado. Sé que sus motivos son nobles, pero ahora yo rezo. Lea en mis ojos aquello que mis labios no pueden decirle. Escuche mi corazón y verá cómo llora.

¡Perdóneme doctor! ¿Me deja morir...?”

La medicina tanto ha progresado... las unidades de terapia intensiva están allí y hay el mandato de usarlas no importando si tenemos o no una posibilidad de sobrevivir. Somos aventados tras sus puertas eléctricas rodantes para yacer conectados a mil cables que seguirán haciendo su trabajo aún cuando ya estemos muertos y autolisados. Conocemos casos lacerantes: Un médico octogenario, hasta ese momento productivo y centrado, sostiene una agria discusión con un colega y es fulminado como por un rayo, cayendo al suelo como pesado fardo. Una extensa hemorragia cerebelosa comprime el tallo cerebral y el coma profundo con su pérdida de las funciones autonómicas le llevan

al paro respiratorio y a lo que define Isabel Allende como el estado de coma, “es como un dormir sin sueños, un misterioso paréntesis”⁹⁴. Rápidamente es entubada y aún más rápido, llevada a pabellón para cirugía descompresiva de la fosa posterior; 450 mililitros de sangre le son drenados... ¡Qué bueno que había un especialista allí mismito, a la mano! No hay recuperación ninguna, las infecciones se suceden y son tratadas con éxito, aunque clínicamente ya está descerebrado y habrá de pasar a un estado vegetativo persistente. Siendo que ya no hay razonable esperanza para un octogenario, para otros que le atienden, aún dicen que “hay esperanzas”...Una dilatación del sistema ventricular le lleva a la colocación de un mecanismo de drenaje ventricular. Otro fútil intento por “hacer algo”. La situación no ha cambiado. La muerte en vida domina la escena, se trastoca la rutina familiar y se funden los ahorros obtenidos mediante un trabajo comprometido y honesto. No critico la rápida acción del neurocirujano, especialmente en una hemorragia cerebelosa donde los segundos cuentan, pero tal vez pueda exigir moderación en las indicaciones terapéuticas de un anciano, para no entregar a la familia un vegetal... No es el objetivo de la medicina alargar la vida a cualquier precio. El ejemplo relatado, constituye “distanasia”, una situación en la que se proporciona un tratamiento “exagerado” o “desproporcionado”, que solo prolonga el proceso de morir del paciente. Resulta del empleo de medios terapéuticos extraordinarios que lindan con el llamado “ensañamiento terapéutico” o “furor terapéutico”. En esta situación el galeno excede el marco de su deber, prolongando innecesariamente los padecimientos del paciente, que carece de toda posibilidad de recuperación dada la irreversibilidad de su cuadro, y continúa obstinadamente aplicando terapias extraordinarias, cuando estas carecen de sentido y de justificación ética.

Este ensañamiento terapéutico merece una atención especial desde el punto de vista ético, pues a más del sometimiento encarnizante al que se encuentra compelido el paciente, se adiciona su soledad, el alejamiento de sus seres queridos, su imposibilidad de manifestarse al encontrarse entubado o traqueotomizado, con su sueño interrumpido y su privacidad violentada, abandonado cruelmente tan sólo para terminar muriendo⁹⁵. Cualquiera de nosotros desearía la “muerte digna” u ortotanasia, que entiende y atiende a la forma de morir como la forma de morir como un derecho propio del ser humano, de elegir o exigir para sí, o para terceros a su cargo, una “muerte a su tiempo”, sin abreviaciones tajantes (eutanasia), ni prolongaciones indebidas, irrazonables y crueles. (distanasia) concretándose mediante la abstención, o supresión, o limitación de todo tratamiento fútil, extraordinario o desproporcionado, ante la inminencia de la muerte . - Cincuenta años atrás, la muerte se producía como es, como un hecho simple y natural, pues no existían las Unidades de Terapia Intensiva; no obstante, el acelerado avance científico-tecnológico y la aparición de mecanismos capaces de suplantar ciertas funciones orgánicas (respiradores, bombas de presión positiva, dializadores, etc.), han permitido prolongar innecesariamente la vida en aquellos casos en que el diagnóstico es certeramente irreversible. Sin perjuicio de ello, no deja de tenerse en cuenta el valiosísimo aporte de estas Unidades, para salvar vidas que de otro modo se hubieran perdido.

En 1972, Jennet y Plum⁹⁶ describieron una peculiar situación en pacientes que habían sufrido lesiones cerebrales muy graves que denominaron "estado vegetativo

⁹⁴ Allende I. Paula. Cuarta edición. Barcelona, Plaza & Janés Editores, S.A. p.15.

⁹⁵ Baudouin J L, Blondeau D. La ética ante la muerte y el derecho a morir. 1996 Editorial Herdet, Barcelona. p33.

⁹⁶ Jennet B, Plum F., Persistent vegetative state after brain damage: A syndrome in search of a name, Lancet. 1972;1:734-737.

persistente" (EVP). En su descripción original los autores daban un carácter provisional a la denominación propuesta. Sin embargo, como sucede muchas veces, el nombre, a pesar de las críticas que ha recibido, se ha mantenido hasta la actualidad, desde hace ya treinta años. Se trata de pacientes que mantienen sus funciones cardiovasculares, respiratorias, renales, termorreguladoras y endocrinas, así como la alternancia sueño-vigilia, pero que no muestran ningún tipo de contacto con el medio externo y ninguna actividad voluntaria. El adjetivo persistente añade una connotación temporal que lo diferencia de estados vegetativos. Debe precisarse que en la inmensa mayoría de los casos la recuperación que se obtiene es muy limitada, con grandes secuelas residuales y una calidad de vida ínfima. Se ha visto que la causa del EVP, su duración y la edad son los factores más importantes para establecer el diagnóstico de transitoriedad. En general, se acepta que un mes es el tiempo requerido para que un estado vegetativo se considere persistente.

Quiera Dios que mis familiares y mis colegas respeten mi derecho a morir en mi momento, con dignidad, que tengan en cuenta la merma de mis reservas orgánicas y que si han de recluírme en una terapia intensiva y a los tres días no muestro signos de clara y razonable mejoría, que me retiren toda asistencia y me dejen morir en paz... Gracias encarecidas.

¡Perdóneme doctor! ¿Me deja morir...?

- **¿Un nuevo paradigma médico?**⁹⁷

“ ¡Guarden la compostura y bajen la voz! Estamos pasando frente a la sala de los cardiópatas...” La voz de un joven médico que nos guía, suavemente nos conmina al tiempo que se lleva el dedo índice extendido verticalmente sobre sus labios cuando pasamos frente a la Sala 1... Corría el año 1958. Tercer año de medicina. Nuestro primer día en el Hospital Vargas de Caracas, el sacrosanto templo de la medicina nacional, luego de haber pasado por la anatomía y fisiología, histología, bioquímica, farmacología y fisiopatología, microbiología, parasitología y farmacología, apertrechados con un bagaje suficiente de conocimientos y términos médicos –al finalizar nuestra carrera, cincuenta y cinco mil palabras acumularíamos en nuestro banco de memoria-; todo, para poder seguir nuestra marcha hacia adelante. Se entendía que para entonces, hasta el ruido de nuestra vocinglería alegre y juvenil podía trastornar el cansado corazón de aquellos heridos en la noble fibra del miocardio. Y con esa nota de consideración hacia el desvalido que yacía entre blancas sábanas,

⁹⁷ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Muci-Mendoza R. Agosto 2011. Año 3, Nº 32, I-32.

iniciaríamos el comienzo de nuestra comprensión del enfermo, más propiamente del hombre enfermo. Algo más que órganos, aparatos y sistemas. Era el primer peldaño de las clínicas, la semiología, el aprendizaje del significado de los síntomas y de los signos, y de la semiotecnia, el arte de ponerlos de manifiesto, de sacar hacia el afuera el enemigo aposentado en el adentro. Nos faltarían luego 3 años más para que esa enseñanza escalonada y cada vez más compleja, como los frutos, alcanzara sazón. Veíamos el ejecutar de los grandes profesores con sus niveas batas. Sentíamos tanto respeto que rehuíamos sus miradas, a veces cargadas de reproche, otras compasivas ante nuestra insipiencia. ¡Esto ya no es juego de niños! ¡Esta no es una carrera para flojos ni espíritus pusilánimes! Allí aprenderíamos los cinco preceptos a cumplir de cara al enfermo: El diálogo diagnóstico y sanador o anamnesis, la observación o inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. ¿Cómo? ¿Sólo eso...? Luego de cincuenta años, aún los seguimos aprendiendo...



Figura. Asclepio, Dios de la Medicina y el caduceo; House atrapado en su propia trampa...

¿Cómo lo hacen? -nos preguntábamos-, ¿cómo mirando sólo al enfermo, su facies, su posición en la cama, su piel, su respiración, las venas del cuello, su pecho descubierto, de un vistazo tienen acceso a una información que parece surgir como por arte de magia, tan fácilmente, como de la nada? ¿Fácilmente? Eran muchos años de entrenamiento en comprender el fiel, pero críptico lenguaje de los órganos y sistemas aporreados por la furia de la enfermedad. Recuerdo con especial veneración al doctor Otto Lima Gómez, Jefe de la Clínica Médica y Terapéutica A, todo un Maestro; él fue el responsable de que me desprendiera de mi amado grupo de la "M", asignados al Hospital Universitario de Caracas. Pedí mi traslado en quinto año de medicina. Ello fue para mí un renacer, un presenciar y absorber una medicina diferente y auténtica, muy clínica, muy científica y muy humanística. Oí por primera vez la frase hipocrática, "*Primum non nocere*" -primero, no hacer daño-; me enteré de que existían Ludolf Krehl, Viktor von Weizsäcker y Michael Balint padres de la medicina antropológica, aquella que toma en cuenta la biografía al momento de la eclosión de la enfermedad y rogaba por

un vínculo maduro y afectuoso con el enfermo. Otros también conocí, la doctora Estela Hernández –ida precozmente-, también me marcó por su puntillosa rectitud, compromiso y amor por el estudio y por sus pacientes y alumnos. Pero no se quedó ahí, ¡Pude quedarme en el Hospital! Entre 1961 y 1963 realicé mi internado rotatorio y residencia hospitalaria de medicina interna en su servicio, lo cual apuntaló aún más mi deseo de ser internista e introyecté muy adentro todo cuanto me habían enseñado y había visto. Hubo muchos otros; y ya Instructor por Concurso de Clínica Médica, ahora en la Cátedra Clínica Médica y Terapéutica B, con el doctor Herman Wuani Etedgui a la cabeza, padre bueno, bondadoso y desinteresado. ¡Cuánto aprendí la necesidad de conocer no sólo las drogas que recetaría, sino también sus efectos colaterales, tantas veces responsables de nuevos síntomas insospechados en el paciente! Quedan afuera muchísimos otros que dejaron una impronta en mi ser y una gratitud insospechable, como no fuera el hacer y transmitir sin mezquindad lo que ellos me enseñaron con bondad: como el deber ser y el deber hacer...

En razón de la nube negra del desprestigio aposentada sobre la clase médica norteamericana, materialista y deshumanizada, en la década sesenta se afirma que la *American Medical Association*, intentó maquillar y exaltar su figura a través del financiamiento de series televisivas con personajes de ficción que enaltecían la labor del médico. En la mayoría de ellas, el protagonista se hacía acompañar por su maestro o por un alumno, portando un estetoscopio, símbolo de la profesión médica. Surgieron así, *James Kildare* (1961-1966) interno del *Hospital Blair General*, donde aparte de perfeccionar y adquirir experiencia en su profesión, se interesaba vivamente en los problemas de sus pacientes, llegando a involucrarse con ellos. Se ganó el respeto de su superior el *Dr. Leonard Gillespie* con quien mantenía una relación paterno-profesional. Le siguió *Ben Casey* y su mentor, el doctor *David Zorba* (1962-1966), serie conocida por su apertura icónica donde una mano diseñaba símbolos en un cuadro negro: "Hombre, mujer, nacimiento, muerte, infinito". Otro personaje lo constituyó *Marcus Welby* (1969), médico chapado a la antigua; trabajaba en su casa de Santa Mónica, California; no obstante, tras sufrir un infarto cambió su vida y su práctica, viéndose obligado a trabajar con otro médico más joven, *James Kiley* y sus novedosos métodos de trabajo. *Welby* echaría de menos los días en que iba a casa de sus pacientes y era para ellos, más que un simple doctor, un sabio consejero. Todas estas series mostraban diferentes facetas del paradigma médico de la década sesenta, un ser humano rodeado por una aureola de entrega y humanitarismo. Luego entre los años 2063 a 2379, hasta surgió un médico diferente y del futuro, *Leonard Horacio MacCoy* un personaje de *Star Trek* (Viaje a las Estrellas) (1966) donde era el Oficial Médico en Jefe a bordo de la nave estelar *Enterprise* bajo el comando del Capitán *James Kirk*, quien le puso el apodo de "*Bones*". Hacia el año 2267, *McCoy* recibió la Legión of Honor. En la serie original, era uno de los tres personajes principales, representaba la emoción humana como personalidad opuesta a la disciplina lógica del *Mr. Spock*; dotado de una gran compasión, era también bastante gruñón, supersticioso, y temía de forma irracional a las nuevas tecnologías. El aplastante materialismo a ultranza de los últimos cuarenta años terminó por echar por tierra cualquier intento de remiendo de la figura del médico, que definitivamente había caído del pedestal donde la sociedad le había colocado por su peso humanitario y su desprendimiento...

Nuevos y gélidos tiempos acaecen, donde la consigna de quien ahora fija el rumbo de la medicina mundial parece ser, *¡Time is Money!*; con Francisco de Quevedo podríamos también decir, "Poderoso caballero es don Dinero". Ya el médico que conocimos y con el que nos identificamos, no existe más. ¡No!, no pudo amalgamarse al avasallante progreso frío y calculador, simplemente quedó fuera... La medicina perdió su

independencia, fue conquistada por y para las multimillonarias compañías hacedoras de píldoras, instrumentos de diagnóstico y una parafernalia de *gadgets*; inventaron nuevos conceptos de enfermedad para hacer del hombre saludable, un enfermo, temeroso y dependiente de vitaminas, antioxidantes y otros exabruptos. Destruyamos el prestigio del médico ganado en buena lid y su compromiso y empatía con el sufriente; inventemos un nuevo paradigma, una máquina desconsiderada hacedora de diagnósticos por descarte mediante una sucesión de procedimientos sin rumbo y sin tino que nos dejarán dinero. Hagamos al médico esclavo de la técnica, **esa** que nosotros definiremos. Convenzamos al colectivo de que **esa**, es la medicina. Inventemos al doctor *Gregory House*, especialista en enfermedades infecciosas, "brillante diagnosticador", omnimédico -fluyente en todos los dominios de la medicina-, cínico y frío, calculador, proclive a la técnica abusiva y al empleo de fármacos adictivos; grosero, indiferente, despreciativo y que manifiesta un desgarrante distanciamiento emocional con sus pacientes a quienes tilda de mentirosos cuando su comportamiento traspasa la frontera hacia lo antisocial, de talante desconsiderado y peligroso, quien se brinca a la torera el paso inicial de toda relación médico paciente como es el diálogo diagnóstico o anamnesis –ya de por sí sanador-, y guiador de lo que deberá hacerse después de un examen físico integral, pero dirigido con tino donde la queja se aloja y señala. Luego vendrán los exámenes que "complementarán el diagnóstico", no exámenes "paraclínicos" que parece corrieran a la par del dolor sin cruzarse con él. Así que no deja de causarme sentimientos encontrados, de dolor y tristeza, de admiración y repulsa, de rechazo y duda la serie de aventuras de *House* y sus desprevenidos enfermos. Él y su grupo de *fellows* y uno que otro adjunto, van tras el diagnóstico del paciente, sin parar mientes en la cantidad de actos iatrogénicos que en su búsqueda van produciendo: Exámenes de la más elevada tecnología, biopsias, endoscopias, resonancias y hasta biopsias cerebrales estereotáxicas suplen el diagnóstico diferencial que solemos hacer, producto del conocimiento y la experiencia. Produce terror el pensar que alguna vez le conozcamos como pacientes; de ser así, sufriríamos su desdén y sus burlas; el dolor producido por un médico frío y sin escrúpulos; el que nos ignore como personas y el que piense que siempre mentimos. A decir verdad, no entiendo el fin didáctico que persigue la serie. ¿Será acaso hacernos sentir que esa medicina materialista y cosificadora del ámbito del "manejo", será la única que tendremos? ¿Será que tocar al enfermo y extraer sus secretos con los cuatro sentidos restantes carece de valor? ¿Será el prepararnos sutilmente para manipularnos como médicos y aceptar que los pacientes necesitan de más y más tecnología? ¿Será para convencernos de que existen allá, portentosos aparatos para ser utilizados y que debemos exigir que se usen sobre nosotros...?

Es este el nuevo paradigma que el dinero y la ambición nos ha vendido...

En suma, *House* constituye uno de los dramas menos realistas alguna vez transmitidos por televisión, pues la medicina en su más profunda naturaleza es un compromiso y un desafío intelectual, espiritual y emocional; la palabra del médico fue y sigue siendo a la vez instrumento de curación, creación y comunicación; de curación, como el más potente agente curativo desde la catarsis hipocrática al diálogo psicoanalítico.

¿Será que vendrán tiempos mejores de un médico humanitario y científico, con tiempo para conversar y aliviar, bien formado en la clínica y en la técnica, de veras sanador?

"Madre, yo al oro me humillo,
él es mi amante y mi amado,
pues de puro enamorado
de continuo anda amarillo;

que pues, doblón o sencillo,
hace todo cuanto quiero,
poderoso caballero
es don Dinero”.

Francisco de Quevedo
(1580-1645)

- **El espejulo ocular de von Helmholtz (1)⁹⁸**

Hace casi 160 años, un luminoso 17 de diciembre de 1850, Hermann von Helmholtz (1821-1894), médico y físico alemán, una de las mentalidades científicas más importantes del siglo XIX, presenta ante la Sociedad Física de Berlín un instrumento de su invención, al que llamó espejulo ocular y que habría de revolucionar la oftalmología –entonces especialidad en ciernes- y la medicina en general, pues mediante él se permitía mirar al interior del ojo y ver detalles de una retina viva, realización del ingenio que había desafiado por décadas las más lúcidas mentes. Nació así la oftalmoscopia, un procedimiento para escrutar la pulgada cuadrada más importante del cuerpo humano, el ojo y esa prodigiosa membrana que alberga, la retina. Su invento trajo aparejado una revolución similar a la que produjera la tomografía computarizada concebida en 1967 por el ingeniero inglés, Sir Godfrey Hounsfield (1919-2004). A poco de su invención, un gigante de la neurología francesa, Jean Baptiste Charcot (1867-1936) atisbando sus enormes alcances escribió, "La oftalmoscopia es la anatomía patológica realizada en el ser viviente, es por tanto, la anatomía patológica viviente".

⁹⁸ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Abril 2010. Muci-Mendoza R. Año 2, Nº 17, I-16 (Editorial)



Figura. Hermann von Helmholtz y su espéculo ocular (versión de 1860).

A lo largo de los años el instrumento –el oftalmoscopio- sufrió sinnúmero de modificaciones y adiciones tecnológicas que lo han hecho un portento del mirar; por su parte, el procedimiento –la oftalmoscopia- condujo a la descripción de numerosísimos signos de enfermedad ocular local, y muchos otros con traducción sistémica, constituyendo conjuntos signológicos, en muchos casos verdaderos cuadros oftalmoscópicos tan característicos, que una simple ojeada al fondo ocular permite en segundos el diagnóstico de la condición total.

Eran aquellos, tiempos en que los clínicos se esforzaban por exteriorizar la enfermedad interiorizada tras la opacidad de la piel, de revelar detalles de órganos sumidos en la intimidad más íntima, en la umbra más espesa, incapaces de revelar su sufrimiento mediante la inspección externa, surgiendo así la adición de técnicas como la percusión o *Inventum Novum* de Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), médico de Napoleón Bonaparte, o el famosísimo tubo de René Teófilo Jacinto Laennec (1781-1826) que dio origen a la auscultación mediata y a un detallado inventario de ruidos, chasquidos y estertores, expresión del llanto pulmonar y el de su vecino, el corazón. Conjuntamente con la palpación, la olfacción y el gusto, se instauró entonces la monarquía de los sentidos en la relación del médico con su enfermo y su enfermedad. La llamada “endoscopia más barata”, “la endoscopia del pobre”, el examen del fondo del ojo y su enorme ayuda a la humanidad, aún lucha por mantenerse vigente en medio de una marejada de nuevos procedimientos tecnológicos de elevada significación diagnóstica, pero inaccesible a la masa de pacientes que busca alivio para sus penas.

Vale mencionar que Helmholtz ganó muchos reconocimientos por sus trabajos, incluyendo la adición del sufijo “von” a su nombre, un reconocimiento similar al de ser nombrado “sir” o caballero, título honorífico en el protocolo británico.

• **El espéculo ocular de von Helmholtz (2)**⁹⁹

⁹⁹ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Abril 2010. Muci-Mendoza R. Año 2, Nº 16, I-16 (Editorial).

En 1850 Helmholtz preparó un experimento para sus alumnos de fisiología para demostrar la ley de la conservación de la energía. A los efectos, construyó un crudo instrumento hecho de cartón, cola de pegar y láminas portaobjeto de microscopio. Este sencillo artilugio fue nada menos que el antecesor del moderno oftalmoscopio. Con él colocado frente a su ojo les demostró cómo la luz que entra a través de la pupila es reflejada de vuelta hacia su origen siguiendo un mismo trayecto y permitiendo de paso, mirar la retina.

¡Pobre del clínico que no estimula sus sentidos para ver, mirar y descubrir lo encubierto! Y es que la oftalmoscopia, procedimiento para mirar las membranas profundas del ojo con un oftalmoscopio, sacia en el médico el apetito de ver, pues encarna el arquetipo de la concepción anatomoclínica fundamentada en hacer "externa", la patología "interna", una sublime externalización del morbo internalizado. Su capacidad diagnóstica se acrecienta y está en directa relación con la experiencia, meticulosidad y ese catálogo de experiencias visuales almacenadas en los confines de la memoria del observador, acrisoladas por la observación de muchos pacientes complementadas con el estudio riguroso y crítico. Así, la retina es el único sitio del cuerpo humano, donde sin rodeos y con una mínima preparación del médico y del paciente puede hacerse una "vasoscopia in vivo", un "sondaje vascular no-invasivo", observando al desnudo un sistema integrado por arteriolas, capilares y vénulas. Confrontando lo normal con lo observado, podemos diagnosticar la hipertensión arterial crónica al través de los cambios de esclerosis arteriolar, o su forma más grave, la variedad acelerada-maligna, pudiendo poner en marcha los efectivos recursos de la prevención secundaria. Oclusiones vasculares y venosas, diversos tipos de émbolos cuyo reconocimiento señalan el sitio de partida para emprender su búsqueda. Enfermedades hematológicas, infecciones sistémicas por bacterias u hongos, y aún por virus, especialmente retrovirus, enfermedades del tejido conectivo del tipo del lupus sistémico, hiperquilomicronemia de algunas dislipoproteinemias familiares o adquiridas, manifestaciones de hipertensión intracraneal representada por el papiledema, o signo de los signos semiológicos. Las fibras ópticas, o axones de las células ganglionares de la retina, extensión de la sustancia blanca al ojo para ser disecadas por el conocimiento nos adentran en el conocimiento de la enfermedad desmielinizante primaria del sistema nervioso. La retinopatía diabética y por radiación ionizante, las consecuencias de reacciones inmunológicas mediadas por inmunocomplejos circulantes y aún la segmentación de la columna sanguínea que ocurre durante la muerte, pueden ser detectados mediante este sencillo espéculo. En medio de tanto distanciamiento y mecanicismo la oftalmoscopia se constituye en el examen que más acerca al médico de su paciente, tanto física como espiritualmente...

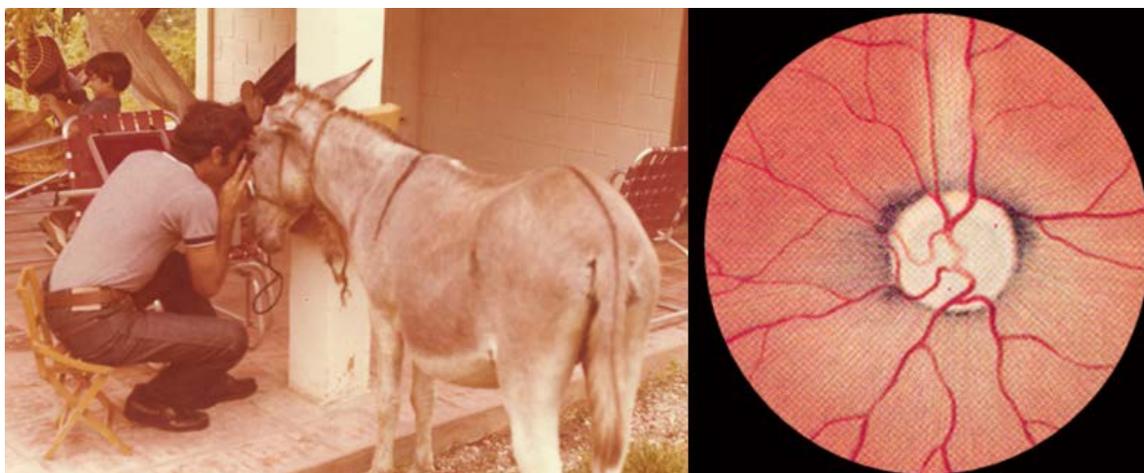


Figura. El autor en Caucagua (Edo Miranda), en terrenos de mi querido amigo Ing. Javier Baquero Ashdown (†) observándole el fondo del ojo a un burro. Cuando mostré esta foto a mis compañeros de Cátedra hubo comentarios capciosos acerca de cómo había hecho yo para que el jumento se quedara tranquilo... Como puede verse la cabeza está bastante separada de su antípoda...

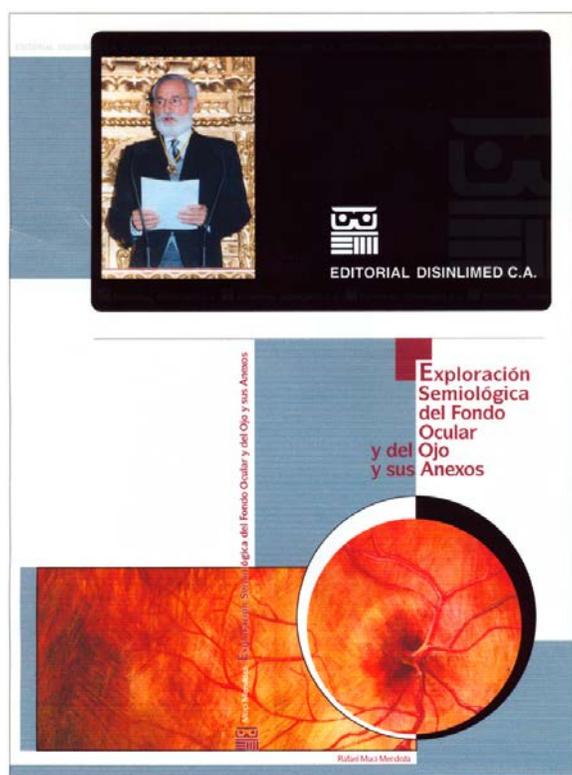


Figura. Mi libro sobre exploración semiológica del fondo del ojo (2000). En el prólogo escribió el académico Maestro Augusto León: "Todo el que lea esta obra –tengo la plena convicción- coincidirá en calificarla libro de texto para estudiantes de medicina"

cursantes de los diversos postgrados y Docentes de las Cátedras Clínicas, digna del reconocimiento oficial de las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales". La Academia Nacional de Medicina en su Asamblea Extraordinaria del 16 de noviembre de 2000 se hizo eco de sus palabras, y así lo reconoció enviando oficio 2000/693 al Dr. Miguel Requena, entonces Decano de la Facultad de Medicina de la UCV.

- **Una anécdota y una propuesta...** ¹⁰⁰

A pocas semanas de mi llegada con mi carga de insipiencia al Centro Médico de la Universidad de California, San Francisco, USA, a realizar un *fellowship* en neuro-oftalmología con mi admirado maestro, Profesor Emérito, Dr. William F. Hoyt, M.D., se recibió en la Unidad de Neuro-Oftalmología una interconsulta para evaluar una paciente en un Servicio de Medicina Interna. Leyendo la hoja de referencia, sonrió y me dijo, - "Esta es para ti..." y me envió tras el diagnóstico con todo y mi fardo de ignorancia e inseguridad en la nueva trocha que apenas comenzaba a transitar y que la vida me

¹⁰⁰ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Abril 2011. Año 3. No 31. 1-31

presentaba a mis cuarenta años exactos, no ciertamente una edad para tomar senderos ignotos cuando la vía del éxito ya se me antojaba asegurada...

Una viejecita octogenaria me recibió con desdén y una sonrisa fingida. No parecía muy preocupada con lo que le ocurría. Ya yo tenía aprendido acerca de la *belle indifférence*, el pretender que nada pasa de la histeria de conversión o de los tuberculosos ante la inminencia de la muerte. Había sido ingresada dos semanas antes por una insuficiencia cardíaca congestiva refractaria al tratamiento que recibía, aquél que para la década setenta, era *the-state-of-the-art*: restricción de sal, digoxina, espironolactona y diuréticos, entre otros. La infeliz había perdido totalmente la visión por ambos ojos en forma súbita la noche anterior, y mis colegas internistas no estaban muy satisfechos con la opinión del Servicio de Oftalmología a quien habían consultado previamente.

La Unidad de Neuro-Oftalmología formaba y aún forma parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital -¡extraño híbrido...!- Examiné la parte sensorial aferente y óculomotora eferente lo mejor que pude con el bastimento que traía desde Caracas. En términos sencillos, existía ausencia de visión en el ojo derecho y en el izquierdo conservaba tal vez un 20%. Aunque mi misión era solo resolver el por qué de la falta de visión, como nadie me veía, no pude resistir la tentación... y exponiéndome a una reprimenda, la examiné totalmente, ¡Como debe ser! A ella no pareció importarle que mis manos hubieran tocado todo su cuerpo. Los nervios ópticos estaban pálidos y levemente edematosos, una gran mancha algodonosa si se quiere, ocupaba el espacio del disco óptico, el derecho más dañado que el izquierdo; ello, aunado a la *belle indifférence* que había visto en casos similares al de ella, inmediatamente me hizo pensar en una arteritis gigantocelular y así lo asenté en la historia clínica. Sugerí, por supuesto, la administración de corticosteroides. Cuando me retiraba, la viejecita me atajó preguntándome con ojos ansiosos y desmesuradamente abiertos,

-“Doctor, ¿volveré a ver...?” La respuesta titubeó en mis labios. ¿Qué decirle en el país de la total sinceridad, en el país de la verdad aunque sea desgarradora, en el país de las demandas...? No obstante, tomé mi riesgo y le respondí que aunque su problema era serio, tuviera fe y confianza pues podría resolverse satisfactoriamente para ella.

Una vez que llegué a la Unidad, el Dr. Hoyt me preguntó cuál había sido mi opinión sobre la enferma. Yo le contesté que una arteritis temporal. Asintió con la cabeza y me dijo ¡*Superb!* No habrían transcurrido ni cinco minutos cuando el propio Jefe del Servicio de Medicina Interna, un gringo alto, rubio, de porte distinguido, a quien no había visto ni conocido y que venía pisándome los talones, transpuso el dintel de la puerta e ignorándome, saludó al Profesor y le expresó sin dirigirme una mirada, que no estaba de acuerdo con mi diagnóstico. En gesto de solidaridad que le aprecié, Hoyt le respondió, si *Rafee* pensó que era una arteritis temporal eso es lo que tiene; yo avalo su diagnóstico e indicación terapéutica. El otro, algo molesto, insistió en que fuera a verla... Y así fue como salimos los tres a transitar los largos pasillos que nos separaban de su servicio; ellos dos adelante conversando, y yo, como el infractor que va a exponerse ante un jurado implacable, detrás...

La examinó y suscribió por completo mi diagnóstico e indicación terapéutica. Cuando salíamos de la habitación, de nuevo la viejecita lo paró en seco. Le hizo la misma pregunta sobre su pronóstico visual. Él le respondió enfático que la condición que le había tocado en desgracia, cuando dañaba la visión lo hacía en forma irreversible, así pues, que una mejoría era imposible y podía tener certitud de su ceguera... No hubo una contra respuesta...

Curioso, los corticosteroides revirtieron su insuficiencia cardíaca como por arte de magia no así su mal visual.

Pasó el tiempo, quizá tres meses y un buen día, el Dr. Hoyt me dijo,

-“*Rafee*, una amiga suya está en la sala de examen y desea saludarlo...”

¿Quién podría ser? – pregunté para mi interior- No creía haber hecho amigos dentro de “sus” pacientes, porque míos propios yo ni los tenía. Entré a la estancia, y me encontré frente a una señora muy elegante y arreglada vistiendo un abrigo de piel negro. Ahora había aprendido y sabido que era una destacada urbanista que en su momento, había diseñado un área importante del *downtown* de San Francisco. Me recibió portando una gran sonrisa en sus labios matizada con el *rouge* que se filtraba entre las arrugas de sus labios. Era la misma octogenaria, ya renovada, que había atendido meses antes. Me dijo,

-“Yo le estoy muy agradecida doctor. Déjeme decirle: Su amigo no sabe nada. Él me vaticinó ceguera, pero yo he recuperado visión útil y estoy muy feliz...”

Imagínense lo que era decir eso de quien es considerado una catedral de conocimientos; el Profesor más respetado en el campo de la neurooftalmología mundial y cuyas opiniones tienen ese peso demoledor que se sólo se fragua en el crisol del trabajo continuado y reflexivo que acumula vivencias y conocimientos...

Muy claro estoy en que distancias siderales separan mi ciencia de la del Dr. Hoyt a quien estimo como a un padre, respeto y considero un pozo de sólidas experiencias, un connotado genio. Así, que el punto que quiero resaltar no radica en que yo acerté y él se equivocó al momento de establecer el pronóstico. Si quieren que les diga lo cierto, fue que realmente no tuve corazón para decirle a la viejecita lo mismo que le dijo mi Maestro, que no vería nunca más, que era lo que con base al conocimiento médico, consideraríamos él y yo como la “verdad”.

El problema con la medicina actual es que los libros y las historias clínicas de los pacientes describen sólo los síntomas, las pruebas complementarias y a veces, las lesiones; vale decir, un repertorio donde la persona individual del enfermo y su circunstancia no aparece en parte alguna. Nunca se encontrará en ellas una alusión a quién es la persona que sustenta la enfermedad y su bagaje de variadas respuestas.

Ahora en auxilio de la frialdad del contacto médico-paciente ha surgido la palabreja “manejo”, que consideramos inhumana, reduccionista y cosificadora. No queda duda para mí, que proviene del *management* comercial, del comercio, esta vez fríamente aplicado a la medicina. En todo caso, más afortunada me parece la palabra *care*. Ya los médicos no tratamos a los pacientes, ya no nos referimos a la conducción terapéutica, al simple tratamiento de algo, todas palabras o frases desplazadas por el frío *management* expresado en el “manejo”, en un flujograma o algoritmo que por supuesto no rechazo, pero acepto con la tácita reserva de que mi paciente no se encuentra allí.

No parece –perdonen mi pesimismo- que la creciente experiencia clínica, la vocación y el talento del médico humanista y el espíritu del tiempo vayan a corregir esta falta, esta deficiencia. La técnica es un monstruo que continuamente se devora a sí mismo. En la medicina norteamericana se privilegia a la técnica por sobre la supremacía del individuo, patrón y molde donde se injerta la enfermedad. La enfermedad de cada paciente de acuerdo a Don Gregorio Marañón, sería, pues, como el producto de dos cantidades, una de valor conocido, que es la enfermedad misma, llámese arteritis temporal, hipertensión arterial o diabetes mellitus o cualquiera otra; y aquella otra parte de valor eminentemente variable, que es la constitución del organismo agredido por la enfermedad con sus deficiencias y fortalezas. Desde la óptica de Francisco Antonio Rísquez (1856-1941) y su doctrina bioquímica de la enfermedad, consideraba en gran parte al terreno hasta más importante que los microbios; preclaro maestro venezolano de medicina interna, “el terreno”, que él entonces consideraba como la parte somática tenía gran injerencia en la producción de la enfermedad; pero además –añadimos-,

debe contemplar los aspectos psíquicos y sociales, entendiendo entonces la historia clínica con un sentido holístico y biográfico.

Se trata pues de proponer el cultivo de la esperanza en el hombre enfermo y sus recursos; pero no todos los enfermos son un Morrie Schwartz¹⁰¹ o un Randy Pausch¹⁰² que pudieron transformar en una experiencia de vida, un acontecimiento tan duro como la agonía infligida por la enfermedad y su diagnóstico, o por la muerte misma. El paciente tiene derecho a la verdad, ¿pero toda, así, de sopetón?, ¿pero, es nuestra verdad la verdad suya? ¿pero, es nuestra verdad, la verdad?

“No hay enfermedades, sólo enfermos”, nos legó el genial clínico francés Armand Trousseau (1801-1867). ¡Qué angustia! Vayamos rápido a encasillar pacientes en nichos nosológicos que resuelvan nuestro temor ante lo abismal del ser humano. Pero lo cierto es que la medicina es incertidumbre; el paciente es terreno donde lo único cierto es lo incierto y lo único seguro es lo inseguro pues “nunca” y “siempre” son dos palabras inexistentes en el diccionario de la medicina de la persona.

¡Las estadísticas nos sirven de mucho, pero no pueden ni deben ser aplicables a la persona del paciente aisladamente considerado! me susurró la octogenaria....

• **Con ímpetu primaveral...**¹⁰³

¹⁰¹ Albom, Mitch. Tuesdays with Morrie. An Old man, a young man and life's greatest lesson. Broadway Books. New York.1997.

¹⁰¹ Pausch, Randy The Last Lecture. Hyperium. New York, 2008.

¹⁰³ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Julio 2011. Año 3. No 31. 1-31

He utilizado en numerosas ocasiones esta frase corta, un lugar común –lo sé-, como símil para referirme al explosivo crecimiento, desarrollo y florecimiento de alguna actividad o situación particular. Y la Semana Santa de abril de 2011, por contradictorio decreto presidencial declarada “festiva”, me brindó la ocasión de comprobarlo. Nos aventó a Graciela y a mí a Brooklyn, uno de los cinco condados neoyorkinos y lugar donde nuestra hija Chelita fijó su residencia y montó familia. Nuestra llegada estuvo en riesgo por el mal tiempo, y aunque con el alma en vilo y algún retraso, llegamos sin novedad. El clima de esa semana anunciaba nubosidad, viento, frío y lluvia; temporada no muy propicia para unas cortas vacaciones como no fuera por el recíproco amor por los hijos y los nietos. Para colmo me resfrié: mucho malestar, algo de ardor de garganta, mucosidad y deseos de no hacer nada –la *pendejeromia* del *slang* vulgar- Algunos días pudimos salir y divertirnos, y otros permanecimos en reclusión con José Miguel, Chelita y nuestros dos hermosos nietos gringos. En algunos árboles de las calles y avenidas cercanas podían verse los botones de flores blancas o rosadas contrastando con la oscurana y mustia tristeza de sus ramas, prenuncio de que algo muy bueno estaba por ocurrir. El Domingo de Resurrección, 24 de abril en horas de la tarde era el día pautado para nuestro regreso a Caracas. Hacia las diez de la mañana fuimos a los jardines del edificio para que los niños, emocionados y radiantes, buscaran sus huevos de Pascua. Los chipilines del edificio iban y venían en bandadas felices encontrando sus pequeños tesoros. Poco antes del mediodía, *¡entró de súbito e impetuosa la primavera!*; salimos a la calle en medio de un sol radiante y picoso. Los botones de los tulipanes se abrieron felices para mostrar sus coloridas entrañas y algunos tallos hasta se doblaron al no poder tolerar el peso de tanta belleza. Los árboles de la calle, ayer tristes, hoy vestidos con salteados esplendores de blanco, amarillo y rosado... Nos sentamos para comer un *brunch* en un pequeño restaurant de las cercanías cuyos amplios ventanales nos permitían, no sólo para ver un enorme desfile de gentes, parejas jóvenes y viejas, caminadores, trotadores, muchos con sus *iPods* asidos al brazo con un brazalete o llevado en las manos, sino también aquel día magnificante bañado de sol y luz. Parecían aquellos, un enjambre de bachacos alegres y bulliciosos saliendo de sus agujeros a festejar, luego de tantos días feos y afligidos, la llegada de la vida y con ella de la esperanza de momentos mejores... ¿Así que éste es el famoso *ímpetu primaveral, el inicio del ciclo vital?* –callado me pregunté alborozado-

Año de Gracia 1962; año de dar gracias... Ocurriría algo similar en el Hospital Vargas de Caracas, el que sería mi querencia por medio siglo atado a una semiótica inalterable. Mis tres cercanos compañeros y yo teníamos mucho que aprender; no nos bastaba haber iniciado un internado rotatorio que no satisfacía a plenitud nuestras ansias de saber. Íbamos y veíamos desde la Emergencia donde recibíamos los pacientes y decidíamos su ingreso. Demasiadas interrogantes, mucha ignorancia, que como pesado bulto nos producía profunda tortura. Todos teníamos deseos de aprender semiótica, y el área cardiovascular era demasiado atractiva. Crecía rápidamente al favor de los avances de la Escuela Inglesa, retomada de los inefables franceses. Íbamos al Servicio de Cardiología y allí siempre encontrábamos el afable apoyo de los adjuntos. Un día en que buscábamos a uno en especial, nos sorprendió una voz profunda, de gochísimo acento, preguntándonos qué buscábamos... Precisamente no era a él; Jefe del Servicio y Director del Hospital a quien no habíamos conocido como estudiantes. “Bueno, es que tenemos un paciente y deseamos orientación; pero volveremos más tarde” -dijimos como excusa para zafarnos a aquel sujeto que no nos merecía mucha confianza- Ahí mismito nos atajó, ¡No señores, tráiganlo inmediatamente! – vociferó-. No quedaba pues otro camino que obedecerle y entendernos con él.

Trajimos al enfermo; él no quería ayudarnos, antes bien, deseaba que por su intermedio pudiéramos ayudarnos para toda la vida. Y vino de nuevo el vozarrón de aquél sujeto con aspecto de charro mexicano: "Palpen y ausculten al paciente y díganme qué tocan y qué escuchan".

Raudos fuimos y a poco concluimos la tarea impuesta. Pocos segundos después le ofrecíamos una superficial explicación. Entonces, le escuchamos decir, "Oír es percibir los sonidos con el oído; escuchar es prestar atención a lo que se oye". " ¡Así no se hace! Tomen una hoja de papel, tracen una línea horizontal: será nuestro ciclo cardíaco, y a cierta distancia sepárenlas con dos líneas verticales, una larga y otra corta, serán el primero y segundo ruidos. Ahora, concéntrense en el primer ruido, olviden el resto, analícenlo en profundidad y dibújenlo; luego el segundo, y posteriormente el pequeño y el gran silencio..." Hojas y más hojas fueron las que llenamos hasta que algo comenzamos a escuchar, más que a oír... Largas horas de concentración, frustración y dolor, pues sin dolor es imposible el aprendizaje percedero...

Pero además de oír la queja del paciente; debíamos poner cuidado al lenguaje de su actitud y sus gestos decidores del conflicto íntimo fraguándose bajo su parrilla costal; a la distensión yugular y a la presión venosa, a observar el rítmico o arrítmico sube y baja incesante del pulso venoso traducción de acontecimientos hemodinámicos del corazón derecho; a palpar el impulso del músculo cardíaco bajo el tórax desnudo, a comprobar aquel famoso aneurisma de la punta sospechado en un chagásico y confirmado por el movimiento paradójico del ápex cardíaco mediante una prolongada radioscopia a la entrada de la Sala 10; esa, que nos dejaba la piel ardientosa; a oír los ruidos del corazón, sus murmullos y sus matices -¡Óigalo con la campana, ahora con la membrana, tómese su tiempo...!, ordenaba complacido-; y así, y así, brotaba con generosidad y paciencia, todo aquél conocimiento que adquiriríamos festivos hasta el hartazgo, *sintiendo germinar con ímpetu de primavera el significado de la observación inteligente y cuidadosa adentro de nuestros seres ...*

Nuestras visitas se sucedían durante los mediodías, a la hora del almuerzo, ese que tantas veces soslayamos. Cuando no íbamos, nos mandaba a buscar con la camarera de la sala... Brotaron así, nombres de famosos semióticos Bouillaud, Potain, Duroziez, Corrigan, Austin Flint, Paul Wood, Littman, Traube, Letham y tantos otros plasmados para la posteridad por el muralista Diego de Rivera en el Instituto Nacional de Cardiología de México. Pero además, inventos, instrumentos de registro en el siglo de oro de la semiología cardiovascular; de entre ellos, el de René Laennec y su maravilloso tubo auscultatorio, el que después, la incipiente y rudimentaria tecnología de registro de las arritmias representada en Sir James Mackenzie (1853-1925), trataría de eliminar; y así, parodiando a Catón el Viejo, Censor de la antigua Roma -*Cartago delenda est*, enunciaría, "*Stethoscope delenda est*" o sea, "hay que destruir el estetoscopio" -por inútil, claro está-. Nada de eso ocurrió entonces, pues la refinación aportada por las máquinas vino a aportarles inmenso valor a los modestos métodos de la exploración clínica a la cabecera del enfermo, capaces de adelantarse a los hallazgos del prosector en el anfiteatro de autopsias, en la Mesa de Morgagni donde vemos por nosotros mismos...



Figura. Instituto Nacional de Cardiología de México, Historia de la Medicina por el muralista Diego de Rivera. Mi Maestro, Doctor Gilberto Morales Rojas.

El autor y promotor de este milagro docente, de este colorido primaveral iniciado en nuestros seres, fue el **Dr. Gilberto Morales Rojas** (1915-1968), hombre bueno, cardiólogo ilustre e ilustrado, semiótico a ultranza, lector cuidadoso del lenguaje de los síntomas y signos, el de las manos enormes para palpar profundos lamentos interiores, hipersensibles al signo y al dolor humano; aquél, el del corazón hipertrofiado de tanta bonhomía acumulada...

Tres de aquellos alumnos son hoy día reconocidos cardiólogos; yo preferí ser un *dilettante* por los enredados y desafiantes meandros de la medicina interna, siempre teniéndole como paradigma y sin olvidar una pizca de sus enseñanzas. Un recuerdo cariñoso y enaltecido para aquel que acumuló la fortuna del conocimiento para esparcirla sin distingos entre quienes nos topamos casualmente en su camino, un mediodía de estómago *estragado* y sol reverberante...

- **Olor a libro nuevo...**¹⁰⁴

Un vívido, querido y fresco recuerdo a temprana infancia viene a mi memoria no más al abrir un libro recientemente adquirido sobre las Tragedias de Esquilo. Un libro empastado, no muy grande, verde oscuro, de hermosa tapa dura con filigranas de color oro haciendo de marco y papel calandrado no muy fino. Antes de comenzar mi relato, tal vez sea útil referirme a la fisiología de la olfacción. La corteza olfatoria primaria donde toma lugar el procesamiento de la información de cuanto olemos, se enlaza con el hipocampo y la amígdala cerebrales. Apenas, dos sinapsis entre neuronas con axones no mielinizados separan el nervio olfativo de la amígdala, comprometida en experimentar memoria emocional. Adicionalmente sólo tres sinapsis separan dicho nervio del hipocampo, implicado con la memoria reciente y de trabajo. La memoria evocada por un olor es inusualmente potente. Por ello, al abrir el libro, la memoria olfativa almacenada en mi lóbulo temporal derecho, de inmediato me trasladó al inicio de clases de cuarto grado de instrucción primaria en el Colegio La Salle de mi ciudad natal, la Valencia de Venezuela.

Viendo al poniente, en un rincón a la izquierda, y en un recinto en apariencia insignificante, de puertas de alas altas que se asomaba a una estructura de tres pisos y al amplio patio asfaltado al cual se llegaba bajando por una amplia escalera, allí, tomaba asiento un cofre de tesoros... Precisamente allí, a comienzos del año escolar debíamos hacer fila por grados para mostrar las listas de textos que nos correspondían ese año. Mientras más nos acercábamos a la boca de la estancia, más podíamos olfatear hasta el hartazgo, el suave aroma que despedían aquellos libros de reciente impresión dispuestos en montones verticales. La Gramática de Bruño, de hojas de tez pálida que con el paso de los años habrían de adquirir un tinte marrón por efecto de la oxidación del papel; aquél otro de Historia Universal; éste de Historia de Venezuela; y mi preferido, el de Biología. De inmediato y con fruición lo hojeábamos para ser seducidos por sus numerosas figuras. En él recuerdo haber conocido al ornitorrinco. El extraño animal causó en mí un gran impacto y curiosidad. Aquél mamífero con pico de pato, cola de castor y patas de nutria, ponedor de huevos, con largas uñas que en las patas posteriores del macho poseía un espolón capaz de secretar un veneno productor de intenso dolor, se desplegaba mansamente ante mis ojos. Nunca le olvidé, ni le olvido y sabiendo que provenía de las lejanas Australia y Tasmania, daba por sentado que tal vez nunca le conocería en físico; no obstante, me consolaba el que sin haberlo visto, si llegara a posarse al alcance de mis ojos, de inmediato le reconocería...

Mucho más adelante vinieron mis estudios médicos. Toda esa legión de enfermedades para aprender que formaban el *core* de la patología médica y de la medicina interna, y luego, el inmenso catálogo de entidades de la neuro-oftalmología. Siendo un impenitente desmemoriado ¿Cómo recordarlas? Para poder evocarlas, me fabricaba un calco mental de un paciente virtual portador de la dolencia que se acercaba a mí, desplegando todos sus síntomas y signos. Aquéllos para reconocerlos verbalmente, por boca del paciente, porque las enfermedades tienen un lenguaje particular que las define; y éstos, si estaban en la superficie, para mirarlos y reconocerlos en lo que dura

¹⁰⁴ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. Enero 2011. Muci R. Año 3, Nº 25, 1-25.

un parpadeo -0.3 segundos-, o si estaban ocultos bajo la opacidad de la piel, para extraerlos mediante maniobras semiotécnicas, exteriorizando así, la enfermedad internalizada. De esta forma, y como con el ornitorrinco, enfermedades que nunca había visto pero cuyo modo de hablar y facciones conocía, se me hacían aparentes, permitiéndome buscarlas en los sitios donde moraban, ya, evidentes, ya arropados con máscaras de atipicidad, haciéndose entonces reales ante mí...

Pero resulta que nuestro fiel compañero, el libro y su aroma amigable, está casi que a punto de convertirse en una rareza, en un pterodáctilo del Jurásico, en un estrecho amigo en trance de extinción –hora suprema que afortunadamente no presenciaré-, y que algunos románticos como yo, parecemos no conformarnos con su desaparición.

La conspiración revolucionaria la ha realizado un artificio propio de nuevos tiempos, el *e-Reader*, *Amazon-Kindle* o libro-electrónico, un "libro" con pantalla electrónica lanzado al mercado comercial en 2007, que se conecta de forma inalámbrica a una red llamada *whispernet* propiedad de *Amazon*, y que desde fines del 2009 puede usarse en cualquier parte del mundo que posea cobertura móvil de los operadores con los que *Amazon* ha colaborado (versión *Kindle 2 international*). El libro de marras, sin papel ni olor amistoso, pesa apenas 283 gramos (10 onzas), no emplea cables, posee una batería de larga duración; dependiendo de sus 4 modelos es capaz de almacenar entre 1500 y 3.500 títulos, pudiendo descargarse un libro de la red en menos de 60 segundos; tiene acceso a revistas, periódicos y *blogs*, y su coste es de \$ 259.00; los *best sellers* del *New York Times* que pueden ser adquiridos, valen \$9.99 cada uno.

Mi *cyberphobia* (mi irracional temor o aversión a los computadores, blackberrys y teléfonos celulares; más específicamente, mi miedo o incapacidad para aprender nuevas tecnologías) y yo, parecemos resistirnos al cambio. ¿Cómo elaboraré la pérdida que expresada ya en tristeza percibo tan de cerca? ¿Cómo no voy a resentir la progresiva desaparición del libro ante el inclemente impacto de la técnica? ¿Cómo no voy a echar de menos ese cálido y amigable olor a libro nuevo?

Bueno, creo que por anticipado y balbuceante, estoy absorbiendo el duro golpe tecnológico infligido en mi costado derecho, ese que me ha quitado el resuello. Si usted como yo, querido lector, ha estado dudoso en abrir los ojos y de una vez alcanzar el último vagón del tren del futuro que ya es presente, sepa que no está solo. Pero... después de todo, independientemente de nuestra edad, los seres humanos nacemos con recursos mentales para afrontar nuevos retos, para aprender nuevas técnicas, para diseñar un nuevo plan cuando aún no hemos concluido el actual, y ello de paso, nos aleja del fantasma de la muerte biográfica, la peor de todas, porque de la otra seguros estamos.



Figura. New Book Smell™: The Smell of Books, en atomizador.

Cuando vivía en San Francisco de California, me enteré que las hamburguesas de una conocida cadena de comida rápida eran rociadas con un aerosol que les confería un gusto a la parrilla de carbones, y mire que eran deliciosas; posteriormente, cuando hube de regresar a lar patrio, debía vender mi automóvil. Un amigo del hospital me sugirió comprar un *spray* con fragancia a carro nuevo, cosa que hice, siendo que la ficción me facilitó la venta. En parte, los amantes de los libros en todas las comarcas del mundo han mostrado resistencia a embarcarse en el libro digital porque no pueden compararlo con la experiencia previa de leer un libro de papel, palpar y acariciar sus páginas volver hacia atrás una y otra vez, emplear un resaltador amarillo o escribir comentarios al margen. Pero, algo de esto está cambiando, al menos después de la aparición del *Smell of Books™*, un revolucionario aerosol enlatado con aroma de libro nuevo para rociar el *e-book*... ¿Habrás visto? Así que con la artimaña, la ficción de no perder lo perdido, parece un problema parcialmente solucionado...

El *spray* o atomizador, cuando descargues el último *best-seller* a tu libro digital, te permitirá sentir la misma excitación que cuando volvías de la librería con tu flamante libro hecho de árbol muerto debajo de tu brazo.

Total, la vida es en parte ficción de los sentidos...

- **¿Por qué Sherlock Holmes...?**¹⁰⁵

Me asombra la pregunta... Sherlock, el más grande detective aficionado de todos los tiempos. El semiótico obsesivo: el campeón de la lectura de los signos, el especialista en crónicas delictivas, el del *"usted ve pero no observa"*, el detective de lúcido método e impecable análisis, el del *"yo nunca adivino, es un error teorizar antes de tener la información"*; aquél para quien fue axiomático el que *"las cosas pequeñas son las más importantes"*; el de, *"usted conoce mi método: se fundamenta en la observación de menudencias, en aprender a diferenciar y conocer lo que es importante de lo que no lo es"*.

Con esta panoplia de rasgos que lo convierten en el detective por antonomasia llama poderosamente la atención el que su creador, Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930), médico, no se haya inspirado en algún personaje policíaco más o menos célebre de su tiempo, la época victoriana, sino, por el contrario y con naturalidad, por otro médico... Conan Doyle conoció a su mentor e inspirador, el Doctor Joseph Bell (1837-1911) profesor universitario en el Edimburgh Infirmary de la Universidad de Edimburgo donde fue su profesor y que en ese momento gozaba de gran reputación por su método analítico y ojo clínico. Sin preguntar ni hablar Bell estudiaba con precisión aspectos del modo de caminar, el acento, las manos y la indumentaria de una persona y con esta información podía hacerse de un gran conocimiento del que tenía enfrente. Le adornaban cualidades de observador cuidadoso y detallista, pero además, todo lo aderezaba de algún grado de teatralidad que alimentaba en no poco a su reputación; es bien conocida la anécdota aquella en que ponía en evidencia su capacidad de observación:

A una mujer con un niño pequeño la invitó a entrar. Bell le dio los buenos días y ella respondió con el mismo saludo.

-¿Cómo le ha ido la travesía, señora Burntisland?

-Estuvo bien-

-¿Había un largo trecho a Inverleith Row?

-Sí.

¹⁰⁵ Modificado del Boletín electrónico de la Academia Nacional de Medicina # 5. Sección I. Editorial. I-09-05-009. Bitácora médica. com

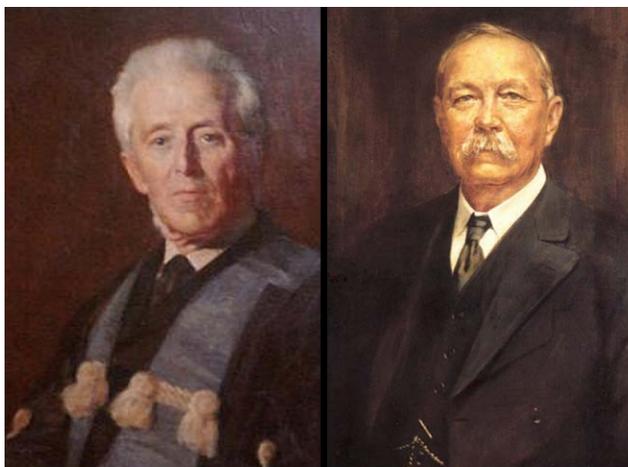


Figura. Mentor y alumno. Joseph Bell y Conan Doyle

-¿Qué hizo usted con el otro niño?

-Lo dejé con mi hermana en Leith.

-Y usted aún estará trabajando en la fábrica de linóleo ¿no?

-Sí.

-“¿Ven ustedes, señores?, cuando ella me dio los buenas días me di cuenta de su acento pífano y, como saben, la ciudad más próxima a Fife es Burnstisland. Se pueden dar cuenta de que tiene arcilla roja en los bordes de las suelas de sus zapatos. Y esta clase de arcilla se encuentra a veinte millas de Edimburgo, en los Jardines Botánicos. Inverleith Row bordea los jardines y es el camino más rápido desde Leith. Pueden observar que el abrigo que ella sostiene es demasiado grande para el niño que va con ella y por tanto quiere decir que se marchó de casa con dos niños. Finalmente, tiene dermatitis en los dedos de la mano derecha, característica peculiar entre los trabajadores de la fábrica de linóleo de Burnstisland”.

La entereza con que el Dr. Bell insistía en sus alumnos para que estos desarrollaran un profundo sentido de observación debió calar hondamente en el joven Arthur que fue durante algún tiempo su ayudante. Mucho más tarde, en algún momento, Bell llamó a Doyle, “*The real Sherlock*” y Doyle a su vez, llamó a Bell, “*The fabulous original*”

Y es que en Medicina, como en toda profesión, pero haciendo más hincapié en ella, la fundación de la práctica profesional descansa sobre un trípode: El conocimiento adquirido, la observación –entendido como el examen físico del paciente– y el raciocinio. De cada una de estas bases, Sherlock Holmes nos da excelentes ejemplos, no sin antes mencionar que él mismo las cita directamente cuando comenta al doctor Watson sobre cierto detective francés a quien ayudó en un caso: “*Cuenta con dos de las tres cualidades necesarias al espíritu investigativo: la facultad de observar y la facultad de deducir. Falla en cuanto a conocimientos, pero eso quizá le venga con el tiempo*” (El signo de los cuatro).

Nos enseña Sherlock la diferencia entre el ver y el mirar. El ver es natural, inmediato, indeterminado, sin intención; con el ver se nace. El mirar es cultural, mediato, determinado e intencional; no se nace con él, hay que aprenderlo. Ver es reconocer, mirar es admirar. De su posesión nacen el mirón y el mirador. El primero es un puente entre el ver y el mirar, ejerce una mirada de primer nivel, es alguien que curioseosa, es por tanto un ser medianero. El mirador es un sibarita: usa sus ojos para hacer espectacular lo que ve, transformando lo inmediato en mediatez, gusta, cata, rumia lo que el mirón

traga con premura; a su través se revela lo que el mirón apenas reconoce. Tenemos mucho los médicos qué aprender del mirón que era Holmes.

Doloroso aceptarlo, las bases de la medicina clínica se resquebrajan; no existen ya miradores, sólo mirones. La invasión de la técnica –su adecuado empleo, inconmensurable bien; su dependencia servil, generadora de gran daño- induce al médico a tomar el camino más corto, a quemar etapas en su proceso de maduración. La resultante, una mueca. Series televisivas como la del Dr. Gregory House creando paradigmas distorcionantes en la medicina. El médico y su supuesto saber enciclopédico frente a una pizarra –que no a la vera del paciente-, malogrando con su iatrolalia, sólo comunicado con la enfermedad en ausencia del dolor del paciente que la padece, que “maneja” la técnica con despilfarro y sin medir consecuencias, mostrando que según se vea, el progreso puede ser retroceso...

• **¿Es el internista el médico de cabecera...?** ¹⁰⁶

En la formación de la personalidad del médico internista se conjugan múltiples rasgos o elementos indispensables que contribuyen a conferirle un rango especial y destacado dentro de la comunidad médica.

El principal, pensamos, es la curiosidad científica: un ansia de saber no sólo limitada a una parcela corporal, sino al ser humano como ente total e indivisible y al medio en el cual se relaciona; un proceso al cual accede mediante la adquisición de amplios conocimientos en materia médica comenzando por ciencias básicas tales como anatomía normal y patológica, fisiología normal y patológica, bioquímica, farmacología, genética, biología molecular, bioestadística y epidemiología clínica, para finalizar su tarea en el ámbito de la patología interna, en el conocimiento de las enfermedades en todos sus aspectos y variaciones y particularmente en nuestro caso, en lo atinente a la patología tropical.

Un segundo componente se refiere a la habilidad clínica, producto del estrecho y profundo contacto personal con los enfermos y sus aconteceres, de la observación crítica y del examen clínico inteligente y metódico sugerido por una anamnesis rigurosa, que ejercidas intensamente, conducen al dominio de la semiótica y al incremento de la capacidad para extraer del enfermo la información más conveniente y provechosa. Al través de la repetición de este ejercicio, el internista acaba por internalizarlo y transformarlo en un hábito, en una forma de ser y hacer, mediante el cual puede llegar efectivamente al desiderátum de la experiencia, no otra cosa que ver diferencias significativas donde para otros todo parece homogéneo, en poder diferenciar de entre un grupo de hechos lo que es trivial de lo que es capital, en reconocer los matices que el ser espiritual, biológico y la personalidad del paciente imprimen a “su” enfermedad. -

¹⁰⁶ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín electrónico ANM. Febrero 2011. MUCI R. Año 3, Nº 26, I-26.

Además, en el proceso del diagnóstico, vale decir, en la ejecución de la historia clínica, el internista requiere del dominio del método científico, modelo hipotético deductivo fundamentado en el conocimiento obtenido del paciente –adquisición de una base de datos-, que genere una o más hipótesis para que puedan ser eliminadas o validadas posteriormente mediante la adquisición de nueva información, y que de esta forma, luego de descartar otras posibilidades –diagnóstico diferencial-, lleve al esclarecimiento de la causa positiva o diagnóstico de certitud. .

Otra cualidad del internista se refiere a su compromiso y disposición a adquirir erudición y sabiduría; la primera, mediante el estudio de la evolución del pensamiento médico a lo largo de los tiempos, única vía para hacerse de una visión genuina que le lleve a reconocer, comprender y criticar las virtudes, sesgos y prejuicios inmanentes a los avances tecnológicos, por ahora “recientes”, no sólo en lo concerniente a los conocimientos médicos y biológicos del momento, sino también a los progresos en el área de las artes y otras ciencias; la segunda, adquirida a través de revestirse de humildad, misericordia y compasión por el desheredado de la salud.

La postura del internista de cara al progreso, debe revelarlo como un profesional de avanzada: La adquisición de un equilibrado criterio frente a la constante renovación de los conocimientos, debe servirle para que la rutina no le ate al pensamiento de una época, ni su exceso de entusiasmo le conduzca a aprobar de inmediato todo nuevo saber, modo de ver o forma de hacer. .

Y por último y no menos importante, la actitud antropológica frente al enfermo, tal vez la más sublime y dura responsabilidad que el internista lleva a cuentas en medio de un ambiente cada vez más materializado y cosificante, no otra cosa que la culminación de su ruta hacia su realización como hombre, como ciudadano comprometido y como médico: Es una expresión de la madurez referida a la comprensión total del enfermo, a la interpretación de las disfunciones orgánicas de éste, en el contexto de su ambiente y su vida personal, entrelazado con aquello que fue su pasado, de esto que le ocurre en el “aquí y el ahora” de su trajinar existencial, y del efecto que podrá tener en su proyecto vital futuro. Vale decir, una comprensión sin excepción del sentido humano del enfermo, amalgamado a la biografía personal.

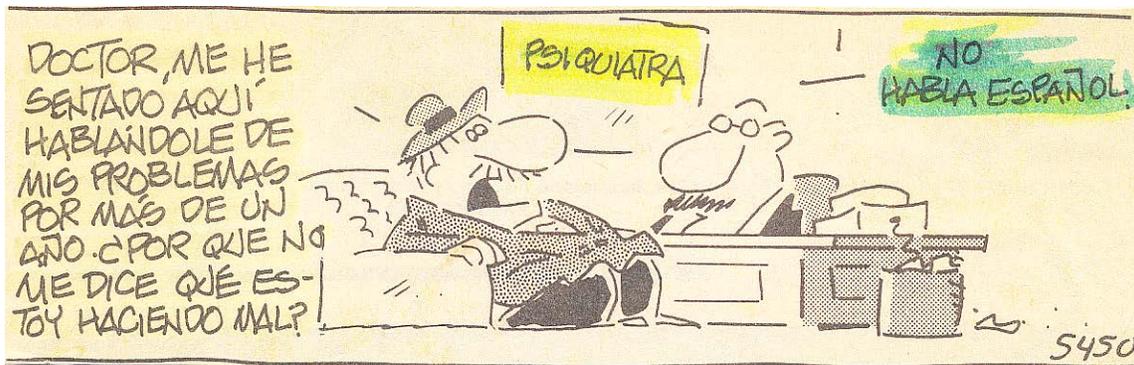


Figura. Esta comiquita satiriza lo que en la práctica es una verdad; los médicos no oímos ni escuchamos; nos alarga mucho la consulta estar oyendo las tonterías que enferman a nuestros pacientes...

La filosofía del antiguo Asclepiades nacida con los hipocratistas hace cerca de 2.500 años en la isla griega de Cos, enfatizaba la “*tékhne iatriké*”, entendida como “*Un saber hacer, sabiendo por qué se hace lo que se hace*”, donde prevalecía la “*observatio*” al

lado del enfermo, imbricada con las circunstancias de su ambiente, ejercida con sentido de armonía, de belleza, de equilibrio y proporción, de estricto apego a la relación entre la parte y el todo, en fin, preservando la unidad indivisible del ser. En el Siglo XV, Sir Thomas Sydenham (1624-1689) en Inglaterra y Hermann Boerhaave (1668-1738) en Holanda, retomaron el olvidado concepto de que el oficio se aprende más de la observación a la cabecera del enfermo, que de la argumentación en un aula de clases, y confieren a la medicina un nuevo aspecto que se mantiene hasta la revolución tecnológica del Siglo XX. Es entonces cuando comienza a resquebrajarse y a desaparecer el patrón clásico de la obtención de la información directamente desde el paciente y su circunstancia, y a ser reemplazada por su adquisición a espaldas del sufrido al través de la parafernalia tecnológica donde todo aspecto humano es ignorado. Los internistas sentimos orgullo y gustamos de ser llamados “clínicos”, recordando que la raíz etimológica de esta palabra significa “cama” o “lecho”, enfatizando que es allí, como en ninguna otra parte, en la proximidad física y espiritual del enfermo, donde brindamos nuestros cuidados curamos o aliviemos -¿qué no “manejamos” como ahora se propugna el término reduccionista!-, al tiempo que aprendemos, crecemos en lo profesional y en lo humano, y amalgamada a nuestra esencia, enseñamos con nuestros procederes actitudes, formas de hacer y pensar.

La estrechez y la sempiterna pluricarencia en que el internista debe ejercer su misión en las instituciones públicas, no debe hacerle volverse atrás en decepcionante estampida e intolerante frustración; antes bien, debe incitarle a idear y refinar nuevas maneras de atención y cuidado, donde el peso de su personalidad y su trato afectuoso y bondadoso le permitan al menos paliar la situación comprometida del enfermo

Constancio C. Vigil (1876-1954)¹⁰⁷, escribió en 1915 un pequeño libro llamado “El Erial” que rezuma belleza y bondad. Fidias Elías, mi hermano hombre sensible nos lo legó en el umbral de nuestra adolescencia. En él Vigil nos lega la Parábola de Alicharán, que copiamos textualmente: “La clientela era tan pobre, que únicamente de su amor se fiaba Alicharán para asistirle. En su primera visita de aquella mañana, al disponerse a indicar un tratamiento, vio que la esposa del enfermo le hacía una seña: -Doctor-, le dijo en voz baja, estamos sin dinero ¿qué ordenará usted? Sólo tengo aceite. -Es lo que conviene- contestó. Y le dijo la manera de aplicarlo. En la segunda visita los parientes le advirtieron: Nada tenemos, ¿quizá servirá la sal? -Con ello curaremos al enfermo-, repuso Alicharán. En otras casas ni siquiera poseían tales sustancias, y había que recurrir a la tierra, al agua, a la ceniza, a las hojas de las plantas. Así todos los días, y todos los días curaba. Era un médico sabio Alicharán; pero no se supo entonces, no se sabé quizás hoy, que era lo más grande en él: si la bondad o la sabiduría...”

El DRAE define al médico de cabecera como “el que asiste especialmente y de continuo al enfermo”; y ante la pregunta de quién debería ser considerado como tal, no dudamos en aseverar que en nuestro concepto, y sobre la base de su personalidad múltiple y particular, de sus vivos intereses en el todo humano y en las partes que lo constituyen, no a otro médico que al internista, le corresponde el privilegio de serlo. No debemos por tanto consentir que la subespecialización precoz, equivocado epílogo de la formación del novel internista venezolano, antes de haber fortalecido una manera holística de percibir las situaciones y de haber afianzado su criterio y su práctica, coarte su capacidad para alcanzar este rango de excepción.

¹⁰⁷ Constancio Cecilio Vigil, un escritor de literatura infantil y empresario uruguayo, nació en Rocha, Uruguay, el 4 de septiembre de 1876 y murió en Buenos Aires el 24 de septiembre de 1954. Escribió cerca de 50 libros -entre ellos, los célebres Cuentos de Vigil, leídos desde entonces y hasta hoy por millones de niños y adolescentes-. Creó personajes populares de la narrativa infantil, como el Mono Relojero y la Hormiguita Viajera.

- **Los hacedores de historias...**¹⁰⁸

“Hay dos cosas infinitas, el universo y la estupidez humana, y no estoy muy seguro del Universo”.

Albert Einstein

“La medicina se aprende al lado de la cama y no en el salón de clases. No dejes que tus concepciones de enfermedad vengan de palabras oídas en clases o leídas en un libro. Ve, luego razona, compara y controla.

Pero primero ve”.

Sir William Osler

¹⁰⁸ Academia Nacional de Medicina. Venezuela. Boletín ANM. **MUCI-MENDOZA R.** Diciembre 2011. Año 3, Nº 36, I-36

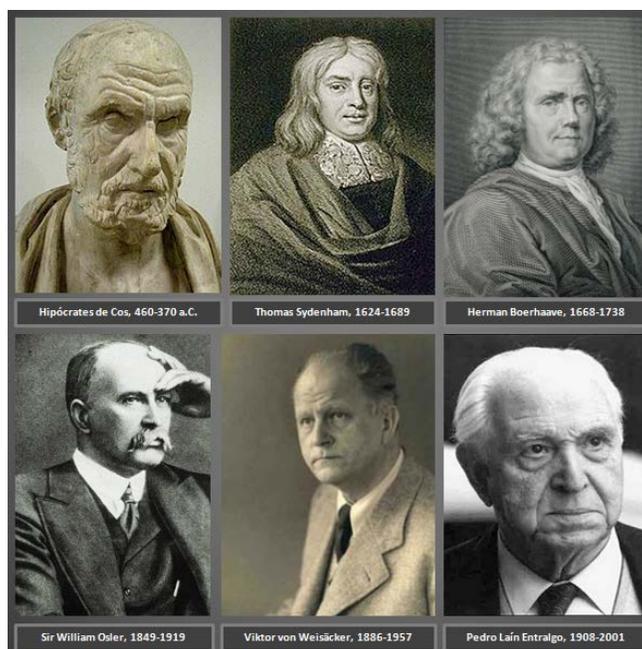


Figura 1. En orden cronológico, los pioneros, los "hacedores de historias" a lo largo de los siglos.

Ante la inminente emergencia a la escena de la salud de 8.250 médicos, llamados "integrales" comunitarios (MIC) bajo la égida de la Misión Médica Cubana, imbuida de la visión comunista de enseñanza de una medicina amputada, superficial, más ideológica que científica, donde se timaron y deformaron jóvenes en recintos cerrados, en negación de una tradición milenaria de cerca de 2.500 años de gesta, al aprender la realización de la historia o expediente clínico en ausencia del enfermo, en cercanía con este a su cabecera, pues la instrucción se dio a través de "tecno-enseñanza" a solas: computadores, videos, fotografías y páginas seleccionadas de libros de texto para memorizar, consideramos que debemos hacer algunas reflexiones sobre la evolución de la historia médica.

- Hipócrates (459 – 335 a.C.), figura máxima de la medicina helénica y la Escuela de Cos, genio mayor de la medicina de todos los tiempos, quien en su obra Epidemias, libros I y III, recogió las historias particulares de 42 enfermos cuyas descripciones abren las verdaderas puertas a la medicina científico-natural y al ejercicio de la clínica. La primera de esas historias debe ser transcrita nuevamente -en estos crudos tiempos de olvido-, en la versión del médico y filólogo francés Emile Littré, traducida al español: Con ellas se abren las puertas a la clínica y a la comprensión del enfermo.

"Filisco, que vivía cerca de la muralla, se metió en cama. Primer día, fiebre aguda, sudor, la noche fue penosa. Segundo día, exacerbación general, más por la tarde; una pequeña lavativa produjo evacuación favorable y la noche fue tranquila. Tercer día, por la mañana y hasta el mediodía pareció haber cesado la calentura, pero a la tarde se presentó con intensidad, hubo sudor, sed, la lengua empezó a secarse, la orina se

presentó negra, la noche fue incómoda, se durmió el enfermo y deliró sobre varias cosas. Cuarto día, exacerbación general, orinas negras, la noche menos incómoda y las orinas tuvieron mejor color. Quinto día, hacia el mediodía se presentó una pequeña pérdida de sangre por la nariz, de sangre muy negra, las orinas eran de aspecto vario y se veían flotar nubecillas redondas semejantes a la esperma y diseminadas que no formaban sedimento. Con la aplicación de un supositorio, evacuó una pequeña porción de excremento con ventosidad, la noche fue penosa, durmió poco, habló mucho y de cosas incoherentes, las extremidades se pusieron frías sin que pudieran recibir el calor y la orina se presentó negra. A la madrugada se quedó dormido, perdió el habla, sudor frío, lividez en las extremidades y sobrevino la muerte a la mitad del sexto día. Este enfermo tuvo hasta su fin la respiración grande, rara, como sollozosa, el bazo se le hinchó y formó un tumor esférico, los sudores fríos duraron hasta el último instante y los paroxismo se verificaron en los días pares”.

Esta magistral descripción clínica es el resultado metodológico de siglos de observación a la cabecera del enfermo, en ella no hay nada de misticismo ni de magia, se describe lo que se ve y se palpa y se toman medidas terapéuticas que responden a un pensamiento lógico razonado. Todo este saber médico alejado de especulaciones abstractas y encaminadas a la curación del enfermo es, no otra cosa, que verdadero arte clínico. El párrafo que acabamos de leer, a la que nada escrito con anterioridad puede compararse, valga decir las descripciones de las tablas votivas que se colgaban de las paredes o columnas de los templos griegos, dio nacimiento documental a la clínica en la historia médica de la humanidad

El propio Hipócrates en su Tratado del Pronóstico nos precisa la metodología de la exploración clínica e incluye el concepto de pronóstico con el que se completa el primer método clínico conocido hasta entonces:

“El médico –escribió Hipócrates- deberá hacer en toda enfermedad aguda las siguientes observaciones: primero examinar la cara del enfermo y notar si se asemeja a las de las personas sanas, y sobre todo, si se parece a la del mismo cuando estaba saludable; esta circunstancia es la mejor, pues cuanto más se aparta al parecido natural, tanto mayor será el peligro. Las facciones llegan a su mayor grado de alteración cuando la nariz se afila, los ojos se hundén, las sienas se deprimen, las orejas se encogen y enfrían, sus lóbulos se inclinan hacia fuera, la piel de la frente se pone tirante, seca y árida, toda la cara, en fin, queda verdosa, negra, lívida o aplomada. Si desde el principio del mal el rostro presenta estos caracteres y los demás signos no suministran indicaciones suficientes, se preguntará si el enfermo ha estado mucho tiempo desvelado, si ha tenido alguna gran diarrea, si ha sufrido hambre, porque si hubiese acontecido cualquiera de estos accidentes, deberá considerarse menos inminente el peligro. Semejante estado morbooso se juzgó en 24 horas cuando las causas que acabo de indicar son las productoras de la alteración fisonómica, pero si así no fuera, si la enfermedad no cesase en las horas prefijadas la muerte no se hará esperar”.

- A **Thomas Sydenham** (1624-1689), genial clínico llamado el Hipócrates inglés, le corresponde el gran mérito histórico de haber hecho comprender en el siglo XVII la necesidad del regreso a la observación de los fenómenos clínicos a la cabecera del enfermo y fiel a la esencia del legado hipocrático, que tiene como objetivo directo y supremo de la medicina, curar al enfermo. Mientras los yatroquímicos y los yatrofísicos sostenían las más ásperas polémicas, él volvía a la Escuela Helenística y afirmaba la necesidad de actuar próximo al enfermo.

Una anécdota de este brillante clínico que no sólo enseñaba medicina, sino que también procuraba que la cultura permeara en sus alumnos es esta que se reseña. En ocasión de su graduación, uno de ellos, Richard Blackmore le pidió la recomendación de una

gran obra de medicina para su mejor preparación. Aquél le dijo: "Leed el Quijote", y al repetirle la pregunta, no le habló de una obra de Shakespeare, el Cisne de Avon, sino que le insistió: "Releed El Quijote..."

- **Hermann Boerhaave** (1668-1738), también llamado Hipócrates Holandés del siglo XVIII, dará nuevo ordenamiento a la relación entre la práctica y la elaboración de las ideas abstractas para enriquecer el método clínico. Hasta ese momento se desarrollaba primero la teoría, adaptando a ella la experimentación y el enfermo. Boerhaave enseñó a examinar primero al enfermo y a estudiar el mal y después sobre esa base construir la doctrina. En dos pequeñas salas con sólo doce camas en el Hospital de Leyden, apoyado en su método, diría el erudito historiador médico Henry E. Sigerist¹⁰⁹, formó a los clínicos de media Europa.
- **René Theophile Hyacinthe Laennec** (1781-1826), en 1819, producto de su intenso trabajo a la cabecera del enfermo pulmonar –ese que le llevó a la muerte por tuberculosis -, publica en dos voluminosos tomos su obra, *Tratado de la auscultación mediata y de las enfermedades de los pulmones y del corazón*. En ella expuso los detalles que le llevaron a la invención del estetoscopio y al descubrimiento y pulimentación de la auscultación mediata o instrumental. Entraba en la clínica un nuevo lenguaje muy emparentado con el de la percusión o *inventum novum* de **Leopold Auenbrugger** (1761), y los médicos de todo el mundo repetirían sin cansancio las descripciones de los sonidos orgánicos, ya del sano o del enfermo, así como descritas por el genial clínico en el *Hôpitaux Charité*, fundado en París en el siglo XVII.

"El estertor crepitante húmedo –describió Laennec- es un ruido que se produce evidentemente en el tejido pulmonar. Se le puede comparar al de la sal que se hace crepitar a un calor suave en una sartén, al que produce una vejiga seca que se insufla, o menos todavía, al que deja oír el tejido de un pulmón sano e hinchado de aire que se aprieta entre los dedos; sólo que es un poco más fuerte que éste último y, además de la crepitación, lleva consigo una sensación de humedad muy marcada".

- **Joseph Skoda**, internista (1805-1881), apoyado por el patólogo **Karl von Rokitansky** (1804-1878), apodado el "Linneo de la anatomía patológica", con su *Tratado sobre la percusión y la auscultación*, publicado en 1839, es en opinión de Sigerist el basamento del diagnóstico físico moderno. El método clínico se había completado, pero faltaba el pensamiento unificador que habrá de interrelacionar todas sus partes para llegar al diagnóstico: el interrogatorio o diálogo diagnóstico, la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, sobre todo las dos últimas. Esta labor la realizaría cabalmente Skoda, la más alta figura de la clínica de la Escuela Médica Vienesa.

El siglo XIX y la primera mitad del XX constituirán la época de oro de la clínica, principalmente en Europa. En ese tiempo aparecerán las obras de los grandes sistematizadores del conocimiento clínico de la Escuela Francesa: **Armand Trousseau** (1801-1867), **Segismundo Jaccoud** (1830-1912), **Pierre Potain** (1825-1901), **Claude Bernard**¹¹⁰ y **George Dielafoy** (1840-1911). La inspección será llevada a su máximo

¹⁰⁹ Henry Ernest Sigerist (París, 1891–1957), profesor en Europa y Norteamérica, fue uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX.

¹¹⁰ "No hay enfermedades, sólo enfermos"

por la Escuela Italiana de **Aquiles de Giovanni** (1837-1916) y **Nicolas Pende** (1880-1950). La palpación logrará perfecciones en las manos de **Ernest Laségue** (1816-1883) y **Franz Glenard** (1848-1920). La percusión alcanzará su cúspide con la técnica concéntrica y convergente de **Potain** dibujando los difíciles perfiles del corazón. Y la auscultación llegará a su más alta expresión en los oídos virtuosísimos de **Austin Flint** (1812-1886) y **Henry Vaquéz** (1830-1936).

- **Sir William Osler** (1849-1919), patólogo, clínico, educador, bibliófilo, historiador y escritor del Hospital Johns Hopkins de Baltimore, llamado "Padre de la moderna medicina" e Hipócrates Americano. Poco después de llegar a Baltimore, Osler insistió en que sus estudiantes de medicina en formación tempranamente se adiestraran junto a la cama de los pacientes: En su tercer año tomaban las historias y realizaban de exámenes físicos y además, sencillas pruebas de laboratorio de las secreciones, sangre y heces¹¹¹. Fue pionero de la enseñanza junto a la cama del enfermo pasando revista con un puñado de estudiantes, donde enseñaba su método incomparable de "exploración física minuciosa".

Su mayor contribución fue el insistir en que los estudiantes aprendieran a ver y hablar con los pacientes, complementando su formación mediante el establecimiento de la residencia médica. Esta última idea se diseminó por el mundo de habla inglesa y sigue en pie hoy en día en la mayoría de hospitales docentes. A través de este sistema, los médicos en formación constituyen una gran parte del personal médico de un hospital. El éxito de la residencia dependía, en gran parte, de su estructura piramidal, con pasantes, residentes, asistentes y un jefe de residentes, que originalmente ocupaba el puesto por años. Estableció el tiempo completo, así que los médicos del personal vivían en el Edificio de Administración del Hospital durante siete u ocho años durante los cuales llevaban una vida restringida, casi monástica.

Aplicado a la situación de la Venezuela actual y la de-formación de los MIC cubanizados, gustaba decir: "El que estudia medicina sin libros navega en un mar desconocido, pero quien estudia medicina sin pacientes no navega del todo". Su aforismo más conocido que hace hincapié en la importancia de obtener una historia clínica integral, reza como sigue, "Escucha a tu paciente, te está diciendo el diagnóstico".

Redujo el papel de las conferencias didácticas y una vez dijo no deseo otro epitafio ... que la afirmación de que, "Enseñó a los estudiantes de medicina en las salas, ya que lo consideró el trabajo más útil e importante que hayan sido llamados a hacer."

- **Viktor von Weiszäcker** (1886-1957), neurólogo e internista alemán, considerado como uno de los fundadores de la Medicina Antropológica, líder de la medicina psicosomática en Alemania, basada en el principio de que los fenómenos psíquicos y los somáticos son dos aspectos de un mismo proceso, hasta el punto de llegar a considerar a todas las enfermedades como dolencias "psico-somáticas", aun cuando en muchas de ellas el componente "psicológico"

¹¹¹ Según estos preceptos, en 5º y 6º año de medicina mis compañeros y yo, bajo la tutela del Maestro Otto Lima Gómez y de la Doctora Estela Hernández –entre otros-, aprendimos y realizamos sencillas pruebas complementarias de nuestros pacientes en un pequeño laboratorio en el fondo de la Sala 7 del Hospital Vargas de Caracas, que incluían desde la hematología completa con VSG hasta la determinación de células LE, química sanguínea, heces y orina. Debíamos tener lista esa información para el momento de la revista de sala.

- no sea identificable o tenga muy escasa relevancia. En su *Proyecto para una teoría general de la enfermedad*, básicamente consideró que toda enfermedad pasa por tres fases: neurosis, biosis y esclerosis. Cuando un problema del ello no se resuelve satisfactoriamente se manifiesta como síntoma corporal, que es la expresión simbólica de un órgano. Si el médico desapercibido no intenta la psicoterapia adecuada y una relación satisfactoria con el paciente, aparece la biosis, la enfermedad orgánica, y los signos físicos de ella. La actitud del médico suele ser dar una receta la que, con frecuencia, controla la enfermedad brevemente, por efecto placebo. Pero la enfermedad recurre y finalmente la función del órgano "muere" (esclerosis) y ya no es posible la terapéutica adecuada ni la curación. Es un hecho que cuando enferma un órgano enferma el hombre entero y cuando enferma la mente también enferma todo el hombre.
- **Pedro Laín Entralgo** (1908-2001), médico español universalmente reconocido como un notable investigador en el campo de la historia de la medicina, así como en diversos ámbitos del pensamiento y la cultura. Para muchos, es el humanista e investigador médico más destacado de la España del Siglo XX y el precursor de una enseñanza renovada y creativa de las ciencias sociales y humanas en la formación del médico. Varios connotados médicos habían desarrollado previamente una visión antropológica de la medicina: von Weiszäcker, Deutsch y Alexander pero difícilmente se puede encontrar un análisis de naturaleza antropológica de la medicina tan sistemático, detallado y profundo como el que el hizo. Su extraordinario libro, "La historia clínica" (1950, 1961), lo habrían de conducir a su teoría de la relación entre el médico y el paciente. Señaló con mucha claridad el pensamiento central de su exposición: "El fundamento de la patología general está constituido por un conocimiento del hombre en cuanto sujeto a la vez enfermable y sanable, en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad y, por lo tanto, que está sano y en cuanto sujeto que padece de hecho enfermedad. En cuanto sujeto que puede ser técnicamente curado de su enfermedad y en cuanto sujeto que puede ser librado de la enfermedad antes de que llegue a padecerla. El conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto enfermable y sanable: esto es justamente, tal como yo lo entiendo, la Antropología médica".
 - **Gregorio Marañón** (1887-1960), llamado el Hipócrates Español, se destacó en tres facetas fundamentales de su vida: la de médico, la de historiador y la de moralista. Para referirse a la importancia de la comunicación entre un médico y su paciente, del diálogo exploratorio o anamnesis, se hacía la siguiente pregunta, -" ¿Cuál es el instrumento que ha más ha hecho progresar a la medicina?", y sin titubear él mismo se contestaba, " ¡La silla!" Pues es ella donde el médico al escuchar con atención, inteligencia y destreza, se deja enseñar por el enfermo, calza sus zapatos pudiendo así entender el cuadro patológico que trae a consideración, puede percibir la enfermedad y entender la subjetividad de la persona que la sufre. Por cierto, el profesor **Carlos Jiménez Díaz** (1898-1967), gloria de la clínica española, señalaba que, "Antes de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación -pilares del diagnóstico físico-, el médico debe saber efectuar la 'escuchación'".
 - En nuestro país, Venezuela, una pléyade de insignes médicos desde la época del Sabio **José María Vargas** (1786-1854) y que sería muy largo de mencionar han enseñado y siguen enseñando medicina a la cabecera de la cama del sufrido en el Hospital, en el Ambulatorio o en el domicilio, ¡Cómo debe ser...!



Colofón

En el "aquí y el ahora" del desarrollo médico actual presenciamos un progresivo, tumultuoso e incesante avance en las técnicas de exploración morfológica y funcional, al punto de equipararlas a la realización de una autopsia, virtual, se entiende. Así, no deja de impresionar el avance tecnológico mediante el cual diversos métodos, la más de las veces sofisticados y costosos, permiten descubrir alteraciones sistémicas y trastornos de las funciones orgánicas que hasta hace poco podíamos detectar con esfuerzo. Si bien ello constituye una verdad indiscutible, no es menos cierto que los avances en los métodos diagnósticos han hecho olvidar con frecuencia otro método indiscutible, el de la semiología clásica y, en particular, la cuidadosa obtención, análisis y valoración inteligente de los datos de la historia clínica, que siguen conservando un valor insospechado en la medicina moderna, pues permiten realizar un diagnóstico acertado hasta en un 90% de los casos.

El estudiante de medicina y posteriormente el graduado, "silla frente a silla" y a vida entera, debe entrenarse para acometer el proceso de una comunicación individual adecuada y fructífera, que sirva de guiador para indicarle durante el examen físico, el énfasis requerido en aquellas áreas de reparo que la conversación haya sugerido, permitiendo al mismo tiempo, ver la persona tras la enfermedad. Este examen deberá ser completo, aplicando los procedimientos clínicos básicos al mismo tiempo que sabiendo cómo registrar y transcribir en forma comprensible, cronológica y legible, sin errores ortográficos¹¹², los datos recogidos en las diferentes postas del examen, sin incurrir en iatrogenia y cuidando los principios básicos de la ética médica. Para finalizar, deseable sería incluir una corta epicrisis: juicio o apreciación clínica de la enfermedad bajo consideración e inclusive, alguna bibliografía básica si se tratara de una condición poco conocida.

Entre enero y julio de 2008 un comité de médicos cubanos evaluó la calidad de los profesores del programa de Medicina Integral Comunitaria en el Municipio Marcano del Estado Nueva Esparta, concluyendo que "tenían escasa experiencia docente, insuficiencia de conocimientos y habilidades para desempeñarse pedagógica y metodológicamente"... "En la formación de pregrado se apreció que estas deficiencias impiden un adecuado desempeño metodológico en la preparación y la impartición de los contenidos"¹¹³.

¹¹² Todo médico debe tener al alcance de sus manos un ejemplar del Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española de la Lengua) y un Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (por ej., de editoriales Salvat o Masson).

¹¹³ Zayas Fernández M, Lachicott Frias E, Hidalgo León N, González Fera A. "Caracterización del desempeño docente del núcleo de profesores de Barrio Adentro del Municipio Marcano". Humanidades Médicas, versión *on line* enero-abril de 2011. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202011000100013&script=sci_arttext

¿Cómo pudieron cohonestar médicos venezolanos, egresados de universidades nacionales según planes programáticos consagrados por el tamiz del tiempo y que han ido evolucionando con miras al futuro, por una nueva forma de enseñanza que soslaya de plano el contacto con el enfermo?, ¿Cómo el coordinador de su programa, médico venezolano, exprofesor de la Escuela José María Vargas, pudo afirmar que los "médicos venezolanos desconocen a sus comunidades y por lo tanto, no están formados para atenderla", traicionando y entregando la soberanía de la educación médica en manos ignaras de empíricos, aprendices y saltabancos? ¿Por qué tanto odio destructivo para con la "madre clínica" y para con su Alama Mater?

Al médico comunitario le llamaban en Cuba, "Cinco Picos", pues con solo subir cinco veces el Pico Turquino en la Sierra Maestra le daban el título de médico, y se decía que su especialidad era dar el certificado de defunción. Quiera Dios que con estos jóvenes que han enajenado sus vidas y sus práctica no se cumpla el decir de Carlos Alberto Montaner acerca de los "esclavos modernos" o médicos cubanos: "Son los esclavos preferidos del Comandante: Los alquila, los vende, los presta, los cambia por petróleo, los utiliza como coartada para justificar su dictadura"

Bajo esta forma sucinta de repasar la historia de la clínica, podemos apreciar que con esta cohorte de 8.250 "médicos "integrales" y otra veintena de mil por venir, el gobierno nacional hará naufragar la *medicina nostra* mediante una oferta engañosa con avieso fin de sumergirnos más en el atraso cuartelario, destruir la medicina nacional y poner en riesgo la salud de la nación.

Dios y la Patria a todos se los reclamará...

Addendum. Aforismos de Sir William Osler, Padre de la Medicina Interna¹¹⁴

1. "El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad".
2. "Estamos aquí para añadir lo que podemos a la vida, no para sacar lo que podemos de la vida".
3. "No hay arte más difícil de adquirir que el arte de la observación, y para algunos es realmente difícil registrar sus observaciones en lenguaje breve y sencillo".
4. "El deseo de tomar medicinas es quizá la característica más grande que distingue al hombre de los animales".
5. "Uno de los primeros deberes del médico es educar a la población a no tomar medicinas".
6. "El joven médico comienza la vida con 20 drogas para cada enfermedad, y el médico viejo termina la vida con una droga para 20 enfermedades".
7. "El coraje y la alegría no sólo te harán sobrellevar los momentos ásperos en la vida, sino que te capacitará para llevar confort y ayuda a los corazones débiles y te consolará en las horas tristes".
8. "Es mucho más importante conocer qué suerte de paciente tiene la enfermedad, que qué suerte de enfermedad tiene el paciente".
9. "La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la cual tu corazón se ejercitará igualmente que tu

¹¹⁴ ThinkExist.com. *William Osler Quotes*. http://thinkexist.com/quotes/william_osler/

- cabeza. Con frecuencia la mejor parte de tu trabajo no tendrá que hacer nada con pociones o píldoras, y más con el ejercicio de la influencia de lo fuerte sobre lo débil, de lo derecho sobre lo torcido, de lo sabio sobre lo tonto”.
10. “Observa, registra, tabula, comunícate. Usa tus cinco sentidos... Aprende a ver, aprende a oír, aprende a sentir, aprende a oler, y ten seguro que mediante la sola práctica puedes volverte un experto”.
 11. “La mejor preparación para el mañana es hacer el trabajo de hoy superlativamente bien”.
 12. “El valor de la experiencia está no en ver mucho, sino en ver sabiamente”.
 13. “El enemigo más peligroso que tenemos que combatir no es la carencia de conocimientos, es la apatía, el desinterés, es la indiferencia de cualquier causa”.
 14. “Es mucho más simple comprar libros que leerlos y más fácil leerlos que absorber sus contenidos”.
 15. “Preocúpate más por el individuo que por las características especiales de su enfermedad... Ponte en su lugar... La palabra amable, el saludo alegre, la mirada de afecto—eso que el paciente entiende”.
 16. “No vivas en el pasado ni en el futuro, pero deja que cada día absorba todo tu interés, energía y entusiasmo. La mejor preparación para el mañana es vivir bien el presente”.
 17. “Mientras mayor la ignorancia, mayor será el dogmatismo”.
 18. “Elimina toda ambición más allá de hacer bien el trabajo diario. Para tener éxito, los viajeros en el camino viven en el presente sin considerar el mañana. No vivas ni en el pasado ni en el futuro, sino deja que el trabajo de cada día absorba toda tu energía y satisfaga tu más deseada ambición”.
 19. “Trabajo es el ábrete sésamo de cada portal, el gran ecualizador en el mundo, la verdadera piedra filosofal que transmuta en oro todo el metal de la humanidad”.
 20. “Para el médico general una biblioteca bien usada es uno de los pocos correctivos de la senilidad prematura que está tan dispuesta para engullirlo...”.
 21. “El primer paso hacia el éxito en cualquier ocupación es interesarse en ella”.
 22. “Jabón y agua, y sentido común son los mejores desinfectantes”.
 23. “Ningún ser humano está hecho para conocer la verdad, la completa verdad y nada más que la verdad; aún los mejores hombres deben contentarse con fragmentos, con miradas parciales, nunca con la verdad completa”.
 24. “No hay, en verdad, especialidades en medicina. Para saber completamente muchas de las enfermedades más importantes, basta con familiarizarnos con sus manifestaciones en muchos órganos”.
 25. “Las filosofías de una época se han vuelto los absurdos de la siguiente, y las tonterías de ayer se han vuelto la sabiduría del mañana”.
 26. “Estudia hasta los 25, investiga hasta los 40, ejerce hasta los 60, edad en que yo te retiraría con doble paga.”

- **José María Vargas y la Parábola de los Cinco Talentos**

“Porque el reino de los cielos será también como un hombre que, al emprender un viaje, llamó a sus siervos y les encargó sus bienes. A uno le dio cinco talentos [2], a otro dos y a otro sólo un talento; a cada uno según su capacidad. Luego se fue de viaje. El que había recibido los cinco talentos fue enseguida y negoció con ellos y ganó otros cinco. Así mismo, el que recibió dos talentos, ganó dos más. Pero el que había recibido uno talento, cavó un hoyo en la tierra y escondió el dinero de su señor.

Después de mucho tiempo volvió el señor de aquellos siervos y arregló cuentas con ellos. El que había recibido los cinco talentos llegó con los otros cinco. “Señor,” dijo, “Usted me encargó cinco talentos. Mire, he ganado cinco más” Su señor le respondió: “¡Hiciste bien, siervo bueno y fiel! En lo poco has sido fiel; te pondré a cargo de mucho más. ¡Ven a compartir la felicidad de tu señor!” Llegó también el que recibió dos. “Señor,” informó, “Usted me encargó dos talentos. Mire, he ganado otros dos” Su señor le respondió, “¡Hiciste bien, siervo bueno y fiel! Has sido fiel en lo poco. Después llegó el que había recibido sólo un talento. “Señor,” explicó, “Yo sabía que usted es un hombre duro, que cosecha donde no ha sembrado y recoge donde no ha esparcido. Así que tuve miedo, y fui y escondí su dinero en la tierra. Mire, aquí tiene lo que es suyo.” Pero su señor le contestó: **¡Siervo malo y perezoso! ¿Así que sabías que cosecho donde no he sembrado y recojo donde no he esparcido?** Pues debías haber depositado mi dinero en el banco, para que a mi regreso lo hubiera recibido con intereses. Quítenle los talentos y dénselos al que tiene los diez. Porque a todo el que tiene, se le dará más, y tendrá en abundancia. Al que no tiene se le quitará hasta lo que tiene. **Y a ese siervo inútil échelo afuera, a la oscuridad, donde sólo habrá llanto y rechinar de dientes”.**

Mateo 25:14-18

10 de marzo de 2010

Atravesando la marquesina del Hospital Vargas de Caracas en dirección al Este, accedo de frente al amplio patio y al pedestal de mármol negro de canteras vecinas a Petare donde se erige la nívea estatua de mármol de Carrara del sabio Doctor José María Vargas (1786-1854), Padre de la Medicina Venezolana, reformador de los estudios médicos en el país y primer presidente civil de la república, sentado en humilde silla de cuero, con la mano izquierda apoyada sobre su corazón y la izquierda elevada oponiendo índice y pulgar en gesto magnánimo de virtud y perdón.

Transcurridos 119 años de la apertura de su Hospital, hoy doncella abusada, desflorada y despreciada, nos invita a los venezolanos y muy especialmente a los médicos a conversar.

Dice,

-“Este Hospital erigido en mi homenaje y muchos otros a lo largo y ancho del territorio patria, hoy por obra de insignificantes hombrechicos llenos de complejos y odio febril y sin realizaciones que mostrar, destruidos en sus cimientos, que quieren tergiversar la historia, enalteciendo a un guerrillero argentino quien en nombre de una justicia social que nunca conoció, asesinó sin juicio previo en Sierra Maestra, Santa Clara y La Cabaña. ¿Cómo les han permitido tanto...? Me pregunto”

“La Universidad que yo hice laica y progresista para ayudar al crecimiento de la nación; la medicina que yo reformé e hice científica por mandato de nuestro Libertador Simón Bolívar para que ayudara a todos, ricos y desposeídos, ha sufrido abismal

transformación negativa, enseñada ahora como vil estrategia, servil a los más bajos intereses de la política internacional cubana, donde se da a entender que se ayuda cuando sólo se pretende someter mediante la dádiva y cuando al derecho a la salud es ignorado: El mendrugo engañoso que oculta una precaria, inefectiva e irreflexiva manera de hacer medicina. Los médicos desunidos, sin brújula y sin sextante, ciegos y sordos funcionales, asustados, dicen que no quieren meterse en política y por tanto dejan hacer y se transforman en colaboradores activos de maneras ruines de hacer... ¿Es que acaso son de fibra espuria? ¿Es que mi ejemplo de nada les sirvió? Lejos de apoyar a la medicina venezolana y resistir presiones y tentaciones, algunos se van en pos de una Misión Milagro que privilegia a extraños sobre propios; viajan a lugares distantes de América buscando pacientes para ser operados de cataratas en Venezuela cuando ellos muy bien saben, que los suyos propios, olvidados y desesperanzados deberán esperar largas jornadas para ser intervenidos o no serlo nunca. Yo tampoco quise entonces hacer política, pero las circunstancias por las cuales transcurría mi patria, me indujeron a decir con palabra sonora y firme, "¡Acepto!", echando sobre mis hombros el peso que el pueblo venezolano en ese momento crucial de la historia me exigía".

Y mirando desde sus profundas cuencas me increpa,

- " ¿Qué habéis hecho vosotros con los dones que os trasmití para emplearlos y multiplicarlos de acuerdo a vuestras capacidades?"

Una gran vergüenza nos invade y nos aprieta el pecho pues sabemos que los talentos no son otra cosa que la responsabilidad que representan los dones naturales con que cada uno de nosotros fue favorecido... No sabemos cómo responderle. Pero de soslayo vemos en panorámica: Somos cómplices de lenidad, de indiferencia, de comodidad... Un país pródigo en riquezas naturales, como el petróleo, el hierro, con un potencial hidrológico envidiable, hoy día quebrado, desprestigiado y mendicante. Un país de gente buena, sencilla y acogedora, hoy día poseída por el odio, terrible sentimiento, inoculado adrede en interminables cadenas de televisión por quien en acto de infinita traición realmente no ha vendido la patria, sino que la ha regalado a un par de ancianos decrepitos físicamente, pero aún pletóricos de maldad. Las fuerzas más oscuras y pestilentes del ser humano, la transfiguración de las Keres, hermanas de Tánatos, amantes de la sangre y asiduas a los campos de batalla, enseñoreadas en todos los estamentos de la patria. Hijos huérfanos de padres vivos haciendo malabares en cada esquina, cinturones de miseria gananciosos al maltrato ciudadano donde la vida es riesgo y peligro y el ser humano nada vale, pasto de balas perdidas, carne de cañón para la violación y el embarazo de adolescentes y la prostitución precoz, mercado fácil para la venta y la adicción a las drogas, escenario de muertes violentas sin castigo – hastío de la cotidianeidad-, coto de viviendas insalubres y niños desnutridos dominio de ratas y microbios de toda ralea... Aún más arriba, corrupción, ignorancia e ineficiencia manifiesta desde el más alto gobierno, y más abajo también, descarada, disfrazada de viveza criolla; y aún más abajo, la vagancia e improductividad fomentada desde el régimen, escuela de mendigos con mano extendida, para tenerlo todo sin esfuerzo, sin sudor de propia frente; el país sumido en la pérdida catastrófica de valores morales, éticos y espirituales; la constitución, palabra muerta, mancillada cada día sin que nadie pueda, quiera o esté dispuesto a hacer patente el artículo 350 [3] del librito azul, enarbolada en mano zamarra y falaz; maestros y médicos, inanes, con poca o ninguna mística, algunos tratando de ganar dinero mientras alrededor todo se viene abajo, por seguro, amenazando de arrastrarlos a ellos también...

- "¿Qué crees que pienso acerca de la entrega de la soberanía de la salud a la Misión Cubana, a una nación de extraña idiosincrasia y torcidos intereses a quien se ha

pagado para que nos invada y pisotee? Yo no cohonstaría el atropello que ante la vista de médicos y extraños del Hospital Militar de Caracas se perpetra en contra de un productor del campo tildado de insano. La tolerancia cobarde y cómplice actual sería incompatible con mi honestidad y rectitud”.

A pesar de los dos siglos y medio transcurridos desde su nacimiento en La Guaira, de la veneración de su pueblo por la pulcritud y moral de sus ejecutorias, que, por supuesto, produce gran envidia entre quienes nos gobiernan, tal vez recordemos sólo su nombre, no el camino al cual nos invitó a recorrer, el de la perfectibilidad, la honestidad, la moral, la ética y la bondad ciudadana y por sobre todo el compromiso con la patria.

Nuestro glorioso himno nacional nos dice qué hay que hacer si el despotismo levanta la voz... ¡Gritemos con brío, muera la opresión!

Padre, sepultamos los talentos que nos fueron adjudicados, no los hicimos productivos y tal vez merezcamos la oscuridad, donde sólo habrá llanto y rechinar de dientes.

-“Es mío, dice el Hospital Mirando a Vargas.

Es mío, dice la muerte.

Es mío, dice la historia.

Pero el día en que un pensamiento de Vargas se realiza,

¡Es mío! grita el presente.

Y Vargas vuelve a renacer”

Andrés Eloy Blanco



- **Mi Leatham:**

Loa nostálgica a un fiel estetoscopio... (Parte I)¹¹⁵

¹¹⁵ Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Editorial. Febrero de 2012

Definitivamente, confieso que soy un viejo romántico... Tengo dificultades para desprenderme de afectos, y particularmente de viejos afectos. Viajando hacia la casa de mis recuerdos suelo añorar la amarillez de pretéritos tiempos; aquellos en que privaba la soberanía de la mirada clínica cuyo auge tuvo lugar en el siglo XIX cuando el vocablo "clínica", arte cualitativo y máxima expresión del oficio médico, nació a la cabecera de los enfermos en la Antigua Grecia (del griego *kliné*, "cama", que a su vez deriva del verbo *klinéin* "inclinarse"). Tiempos minimalistas cuando la información se obtenía con la simple ayuda de los cinco sentidos para traer hacia el afuera, la enfermedad aviesa escondida tras la opacidad de la piel del paciente, aderezada en el trajinar del oficio con la experiencia, el criterio, la crítica, el sentido común, pero por sobretodo un enorme afán por la búsqueda del conocimiento que conduce a la verdad; la verdadera verdad, la verdad del paciente y su circunstancia.

En 1958 cursando mi tercer año de medicina, ingresé a la Sala 4 del Hospital Vargas de Caracas para comenzar a aprender el arte de la relación médico-paciente, que por supuesto, incluía cultivar el arte de examinarlo. Rememoro aquella famosa bandeja de examen de peltre blanco para uso de la multitud que contenía un estetoscopio "BD", un martillo de reflejos de Taylor o *tomahawk*, unos cuantos baja-lenguas, un par de guantes, copos de algodón y una aguja. Para ese entonces era todo cuanto se consideraba necesario. Un inconveniente..., la fulana bandeja siempre estaba ocupada por otros. Pensé entonces que así nunca podría aprender, pues a cada paso tropezaba con el recipiente en manos de otro mientras yo perdía oportunidades... era necesario entonces, que yo me proveyera de cuanto fuera necesario para examinar a mis enfermos y aprender. Y así fue... adquirí aquel que todos usaban, un "BD" (estetoscopio Fleischer B-D, o de Becton y Dickerson) de membrana circular y tubos de caucho amarillo; con él entraba a formar parte de una élite de médicos que practicaba la ciencia y el arte de la medicina, por lo que por arte de mi reluciente instrumento, yo, un cagaleche, me sentía fatuamente crecido y ya todo un profesional. ¡Cuán equivocado estaba...!

De mis años clínicos no recuerdo ningún instructor que nos guiara en el proceso de iniciación del arte auscultatorio, que no era un secreto, pero hasta ese momento para nosotros estaba muy bien resguardado y no había un baquiano que nos condujera por las tortuosas y pedregosas sendas del aprendizaje. Había que ir solos en su búsqueda y el sufrimiento para aprenderlo era el corolario. Mis maestros, creía, veían a través de la magia cosas que nosotros considerábamos invisibles. ¿Cómo hacer lo mismo; cómo convertir lo virtual en realidad?

Comencé a imaginar los fenómenos que debía conocer y a reconocer los crepitantes de la neumonía, los silbidos musicales del asma, y los gruesos soplos de las válvulas cardíacas muy enfermas según eran descritos en mis libros. Para mi época, el arte de la auscultación en las salas de medicina en general, era más bien precario y quizá, más elaborado en lo relativo a los fenómenos auscultatorios respiratorios, menos numerosos, más fáciles de percibir y casi todos con onomatopeya establecida¹¹⁶. Al

¹¹⁶ Soplo tubárico o bronquial, más o menos análogo al que se produciría soplando un tubo; soplo anfórico, similar al que se produce soplando por encima del cuello abierto de una botella; broncofonía o resonancia de la voz en los bronquios, y

igual que la oftalmoscopia¹¹⁷, debíamos aprenderlo por nosotros mismos o nunca aprenderlo, con todas las dificultades, tropiezos y vicios de mala técnica que ello traía aparejado y que luego son tan difíciles de erradicar. Pero, ¡No había lugar para la frustración, y si la había debía ser pasajera! Los pacientes, tal vez impresionados por nuestra ignorancia temerosa, en general nos brindaban gustosos sus pechos desnudos; nosotros, muchas veces olvidábamos que ese corazón palpitante era de un ser humano; pero entenderíamos más luego, que nunca finalizaríamos nuestro trabajo hasta que no tomáramos a nuestro cargo no sólo aquél problema de ruidos y válvulas vapuleadas por la enfermedad, sino experimentando la esencia de ser médico al ocuparnos también de "lo otro", de la subjetividad del paciente que allí yacía. Vale decir, la diferenciación entre lo genérico, "la" enfermedad: el hecho auscultatorio, y lo singular, "su" enfermedad: el soplo suyo de él... Aunque se ha repetido hasta la saciedad que no hay enfermedades sino enfermos, no es menos cierto que si se quiere entender y tratar científicamente a los enfermos, la mente humana debe hablar de enfermedades también, pues en el ser de cada paciente se amalgaman y se articulan "la" enfermedad genérica y "su" singular enfermedad...

Cuando algunos compañeros y yo, aprendimos con los cardiólogos algo del arte auscultatorio del corazón, nos dimos cuenta que la carencia era realmente grande; podría decirse que entonces ellos democratizaron con nosotros el procedimiento, pues también los internistas en entrenamiento pudimos abrazarnos a él y años después, enseñarla a nuestros estudiantes tal como preconizaba Leatham¹¹⁸. Nos ignoraban cuando describíamos la presencia y significación de un clic, un desdoblamiento paradójico del segundo ruido o un soplo diastólico precoz de regurgitación aórtica que sus oídos no reconocían o no estaban interesados en reconocer...

Mi admirado profesor de cardiología, el Dr. Gilberto Morales Rojas (1915-1968), me hizo traer desde la nebulosa Londres el estetoscopio ideado por el *Dr. Aubrey Leatham del Saint George's Hospital (1920-)*, quien a más de ser pionero de los marcapasos cardíacos, había desarrollado y enseñado un método de cómo adquirir destreza auscultando el corazón a la vera del enfermo³ (Figura 1).

egofonía, una de sus variantes, por su semejanza con el balido de una cabra; pectoriloquia o resonancia de la voz a través de las paredes torácicas que indica cavidades o cavernas, y así, sucesivamente...

² Algo similar sucedió con la oftalmoscopia directa, antes coto reservado y guardado celosamente por los oftalmólogos; y posterior a las enseñanzas de los eminentes internistas doctores Augusto León Cechini (1920-2010) y Enrique Benaím Pinto (1922-1979) en los hospitales Vargas y Universitario de Caracas, pasó a ser del dominio de cualquier médico interesado, dentro de los cuales estuvo mi persona. Recuerdo mi júbilo al identificar un émbolo colesterínico en una bifurcación retiniana con mi oftalmoscopio en 1963. El Dr. Robert Hollenhorst de la Clínica Mayo en USA lo había descrito en 1961, año de mi graduación, para entonces significativo de aterosclerosis carotídea. Me miraron con desdén rechazando mi invitación a verlo...

¹¹⁸ Leatham A. An improved stethoscope. *Lancet*. 1958;1:463.



Figura 1. Dr Aubrey Leatham, M.D.⁴, pionero de la cardiología moderna, de la auscultación del siglo XX y de los marcapasos cardíacos. Flanqueándolo, su invención: mi estetoscopio.

Ya iniciado en la docencia, parándome a sus lados y a un costado del enfermo, enseñaba a mis estudiantes, lo que era un estertor crepitante señalándoles que era similar a la crepitación de la sal en el fuego como los libros asentaban, pero ¿dónde conseguir un fogón?; o más demostrativamente, haciéndoles frotar un mechón de sus propios cabellos cerca del estetoscopio mismo: ¡Eso mismo es lo que es!, les celebraba complacido cuando veía abrirse la luminosidad del descubrimiento en sus pupilas; además, con Sanderson (¹) habíamos aprendido que podían reproducirse y simularse el murmullo de los ruidos cardíacos haciendo que calzando los auriculares les hacíamos agarrar con la mano la pieza receptora con el diafragma hacia la palma (Figura 2). En su propio brazo mediante golpecitos recreábamos para ellos el primero (1R), el segundo (2) y el tercer ruido fisiológico; el ritmo de galope diastólico ventricular (3R) o bruit de galop introducido por Bouillaud (1847) y descrito años después por del gran Ludwig Traube como ritmo de galope, expresión feliz y maravillosamente descriptiva particularmente en los casos con taquicardia, que recuerdan exactamente la cadencia de tres tiempos del galope a media rienda de un caballo⁴); pero además, el galope diastólico auricular (4R), chasquidos de apertura, sonidos de eyección y clic sistólicos en dependencia de la apropiada frecuencia y tiempo... ¡Qué tiempos aquellos...! (Figura 2).

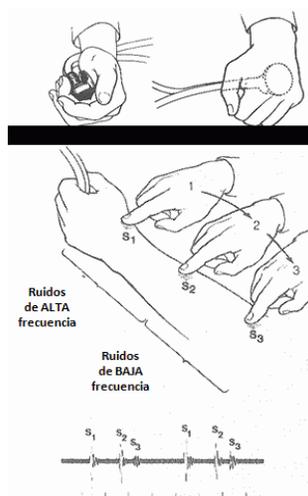


Figura 2. Simulación de ruidos cardíacos según Sanderson, JN. *Amer J Cardiol.* 1975;36:925-928.

Mi estetoscopio es ahora tan viejo como los 50 años que cumplí de graduado, tanto como las ojeras y las canas que me gané intentando aprender sus secretos. Hasta el presente, y ante el asombro y desgaire de muchos de mis alumnos, continúo usándolo a pesar de lo bastante aporreado que aparenta estar; total, sin aspavientos, es una pieza cándida de tecnología simple y bien diseñada, que brinda bondadoso sus misterios al oído educado, con campana para oír los tonos bajos y membrana para filtrar los altos – por aquello de que los soplos y los ruidos tienen diferentes frecuencias-; es un instrumento de bajo coste, y escaso mantenimiento¹¹⁹, cuyo origen se empata con aquella otra medicina que bien sabía cómo asir con calidez la mano del paciente anhelante..., cómo comulgar su pena con él en el esfuerzo por diagnosticarle, prerequisite para curarle o aliviarle. Sin embargo, mi Leatham por su peso, no es práctico para echárselo al cuello como es ahora la moda, pues a cada rato se rueda y se me ha caído muchas veces; así, que debo mantenerlo en mi mano, o como a la antigua, dentro de mi bolsillo... Mis alumnos en broma le adjudican la categoría de “*auditus eruditus*”, y así, me dicen que si mi estetoscopio tuviera memoria transmisible, sería más fácil para ellos oír tantos corazones ya escuchados, y que si tuviera el don de hablar, cuántas historias de tantos pacientes les hablarían de mis muchos fracasos y de tan escasos triunfos...

Aunque la auscultación inmediata era conocida por muchos antes de la invención del estetoscopio, sólo fue practicada por unos pocos. Referencias a los ruidos respiratorios se encuentran en el Papiro de Ebers (1500 a.C.), en el Veda hindú (1.400 a 1.200 a.C.)

¹¹⁹ Limpiar el estetoscopio sólo requiere un algodón impregnado con alcohol isopropílico al 70 % frotando con él la superficie del diafragma y la campana. Con este procedimiento se ha demostrado reducción del conteo bacteriano en un rango de 86 a 100% (media 94%), en nuestro medio, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y *Staphylococcus coagulasa* negativo. El tubo debe limpiarse con un paño impregnado en una solución jabonosa; una vez que se seque, aplicar el alcohol. Debe realizarse como mínimo una vez por semana.

y en los escritos hipocráticos. Cælius Aurelianus (500 a.C.), Leonardo Da Vinci, Ambrosio Paré, William Harvey, Jean Baptiste Morgagni y William Hunter en su momento, se refirieron al tema auscultatorio. El inglés *Robert Hooke* (1635-1703), biólogo -empleó el microscopio para definir las células-, físico planetario, mecánico y uno de los científicos experimentales más importantes de la historia de la ciencia describió los ruidos cardíacos y las sibilancias; su escrito fue premonitorio al expresar, "Quién sabe... será posible descubrir los movimientos de sus partes internas... por los sonidos que producen"; pero, no existe evidencia de que alguna vez haya implementado su aserto (Figura 3).

El estetoscopio y su historia ocupan un lugar especial en medicina, pues se encuentran amalgamados a la imagen del médico, siendo el símbolo que en las últimas tres centurias mejor ha caracterizado a la profesión de curar y aliviar. Por algo se requirieron tres generaciones y los esfuerzos de dos médicos para su introducción, enseñar su uso y vencer resistencias y prejuicios de sus contemporáneos.



Figura 3. *Robert Hooke* (1635-1703) y su rústico microscopio donde describió las células de la corteza del alcornoque.

Los antecedentes de cómo fue inventado el estetoscopio es historia harto conocida, pero como muchos no escuchan o no recuerdan, de tiempo en tiempo, es bueno recapitularla nuevamente para aprender lo que significa el ingenio y la tenacidad. Precedió la épica, el *Inventum novum* del médico austriaco *Leopold Auenbrugger* (1722-1809). Era la técnica de la percusión torácica en independencia de los síntomas del paciente pero asistida por autopsias. Fue descrita en un pequeño panfleto que fue largamente ignorado hasta que fuera traducido, expandido y popularizado por *Jean Nicholas Corvisart* (1755-1821), médico de Napoleón Bonaparte, quien fundió las ideas de Giovanni Morgagni (1682-1771), considerado como el padre de la anatomía patológica quien escribió el primer trabajo exhaustivo en patología, "*De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*" ("Los sitios y causas de la enfermedad investigados por anatomía", 1769). Basándose en el diagnóstico a la cabecera del enfermo lo plasmó en 1795 en su obra, "*Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*" publicado en 1806 (Figura 4). En 1816 René Téophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) trabajaba en el Hospital Necker de París, en medio del caos del Terror y a la sombra de la acerada guillotina; allí fue entrenado para valerse del

sonido como herramienta de diagnóstico; por supuesto que conocía acerca de la auscultación inmediata, como Corvisart, uno de sus maestros, le había mostrado ocasionalmente en La Charité; pero él nos cuenta que a su cercano amigo, Gaspard Laurent Bayle, quien muriera de tuberculosis, "fue el primero a quien vi ejecutarla".



Figura 4. Leopold Auenbrugger y Jean Corvisart; el uno, inventor de la percusión y el otro afamado cardiólogo y médico de Napoleón II quien la dio a conocer y popularizó. Pero mejor dejemos que el propio Laënnec nos narre la gestación y nacimiento de su instrumento: "Fui consultado por una joven que presentaba síntomas generales de una enfermedad cardíaca. Su edad y su sexo no me permitían realizar el procedimiento que acabo de describir, es decir, la aplicación directa de mi oreja sobre su pecho. Recordé entonces un fenómeno acústico bien conocido: si uno coloca su oído en un extremo de una vara de madera, el rasguño de un alfiler en el otro extremo es claramente escuchado. Se me ocurrió entonces que esta propiedad física podría ser útil a mi propósito en el caso bajo examen. Tomando una mano de papel la enrollé haciendo un tubo ajustado; un extremo lo coloqué sobre el área precordial de la joven en tanto que ponía el otro en mi oído. Fui gratamente sorprendido y gratificado cuando pude escuchar los latidos del corazón con mayor claridad y precisión como nunca lo había percibido con la aplicación directa de mi oído" (Figuras 5 y 6).



Figura 5. René Laënnec ejerciendo la auscultación inmediata a un paciente tísico en el Hospital Necker de París; a su diestra se destaca su tubo auscultatorio. [*Laënnec à l'hôpital Necker ausculte un phtisique devant ses élèves*]. Óleo de Théobald Chartran (1816)].

El rollo de papel fue pronto reemplazado por un cilindro de madera de 30 cm de longitud y 4 cm de diámetro: El tubo de Laënnec. Sabemos que inauguró el empleo de su primitivo estetoscopio hace 195 años, en septiembre de 1816. Lo llamó "el cilindro" y algunas veces "estetoscopio" (Figura 5). Tres años más tarde y producto de una brillantísima investigación clínico-patológica presentó sus hallazgos ante la Academia de Ciencias de París en febrero de 1818, y en mayo y julio hizo lo mismo en la Academia de Medicina. En 1819, publicó su obra en dos voluminosos tomos: "*De l'auscultation médiante ou traité de diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*", uno de los grandes clásicos de la literatura médica. Fue vendida por 13 francos y con un estetoscopio incluido, por 3 francos más. Con la minuciosidad del analista clínico, había estado delimitando los cuadros semiológicos y para ello se había apoyado con autopsias para hacer la correlación. Él mismo las realizaba. Son numerosas las lesiones que caracterizó en sus excelentes descripciones; entre ellas: bronquitis, bronquiectasias, enfisema pulmonar, edema e infarto pulmonares, neumonía lobar, gangrena pulmonar, pneumotórax, hidrotórax, pleuresía, tuberculosis pulmonar y el compromiso tuberculoso de otros órganos, entre ellos de las meninges. Se adelantó en más de medio siglo en reconocer que los tubérculos y el exudado gelatinoso y caseoso correspondían a la misma enfermedad y no a dos distintas como se creía entonces. Se había dado cuenta, sin usar el microscopio, que una forma podía transformarse en la otra. La creencia dualista, apoyada por Virchow¹²⁰, iba a persistir hasta el descubrimiento de Koch¹²¹. Una legión de nuevos términos médicos inundó su libro, estetoscopio –combinación de dos raíces griegas, *stethos*: pecho y *skopos*: observación o examen-, auscultación, estertor, frémito, retintín metálico, soplo, egofonía, broncofonía, soplo cavernoso, respiración pueril, y la pectoriloquia como signo de la presencia de una caverna tuberculosa. Su capacidad auscultatoria era rayana en lo increíble. Charles Scudamore (1) observando

¹²⁰ Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821 - 1902) Médico alemán, considerado de los más prominentes patólogos del siglo XIX. Además de su labor científica, también es reconocido como estadista, al haber ocupado diversos cargos públicos. Fue nominado en 1902 al Premio Nobel de Medicina y Fisiología. Ganó la Medalla Copley en 1892.

¹²¹ Heinrich Hermann Robert Koch (1843 - 1910) Médico alemán. Se hizo famoso por descubrir el bacilo de la tuberculosis en 1882; presenta sus hallazgos el 24 de marzo de 1882 así como también el bacilo del cólera en (1883) y por el desarrollo de los postulados de Koch. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1905. Es considerado el fundador de la bacteriología.

el trabajo de Laënnec brindó esta ilustrativa anécdota. Aquél, mediante cuidadoso examen clínico predijo la existencia de una caverna solitaria y pequeña en un paciente agonizante. En la autopsia, cuando los pulmones fueron removidos, no pudo hallarse la lesión esperada; no obstante, posteriormente mediante cuidadosa inspección él descubrió que una pequeña parte del lóbulo superior del pulmón había sido dejada dentro de la cavidad torácica, así que una vez que fuera extraído el remanente, la ulceración se encontró exactamente en el sitio que había anticipado. Sus observaciones sobre el corazón fueron tal vez menos exhaustivas y completas, pero reconoció soplos y describió los soplos rudos y de maquinaria.



Figura 6. De la auscultación inmediata a la mediata. Jaime Ferrán y Clua (1851-1929), médico español, ejerciendo la auscultación inmediata al tiempo que palpa el pulso arterial en una de sus lánguidas pacientes...

En 1824 fue hecho caballero de la Legión de Honor. El médico de baja estatura corporal, asmático y consumido, volvió a lanzarse en pos de un intenso programa de trabajo que incluía una edición aumentada de su tratado, pero nuevamente le derrotó la enfermedad. Contrajo un resfriado y su tos seca se agravó. Hacia fines de mayo de 1826, retronó nuevamente a Bretaña en busca de alivio. Llamado a atenderlo, uno de sus alumnos, al examinarle, auscultó la delatora pectoriloquia, indicativa de la presencia de cavernas y prenuncio de su muerte por tuberculosis. El 13 de agosto de 1826, cuando apenas contaba 44 años, la muerte lo reclamó. A un año de su deceso, apareció la segunda edición de su obra, esta vez con el simple título de "*Traité d'auscultation mediate*". En ella cuenta cómo ocurrió el accidente de su contagio tuberculoso: veinte años atrás, examinando unas vértebras tuberculosas, la sierra le había cortado el índice de la mano izquierda. Refiere con detalle cómo se desarrolló la lesión que apareció tras el accidente y cómo se la trató. El estetoscopio de nuestro maestro Luis Razetti (1862-1932) se conserva en nuestra Academia de Medicina (Figura 7).

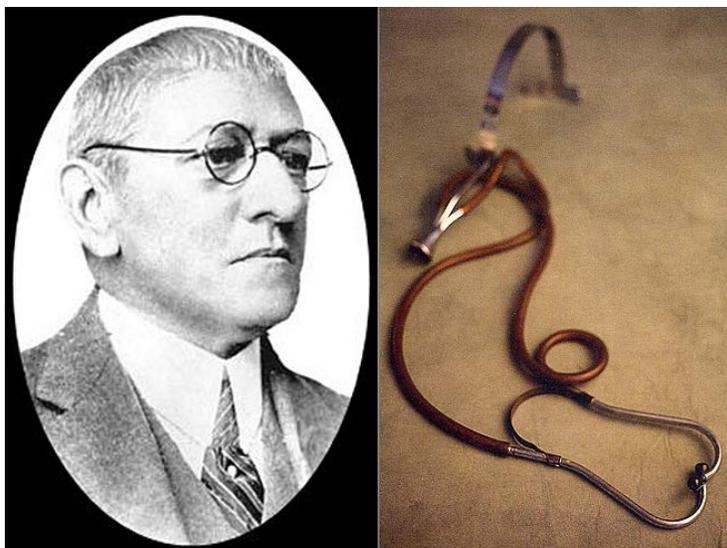


Figura 7. El estetoscopio del Maestro Luis Razetti (Museo de la Academia Nacional de Medicina).

Los grandes clínicos consiguieron desarrollar, ordenar e integrar los sentidos en sucesión. El interrogatorio o comunicación íntima y solidaria, se mezclaba con la observación, la cual era seguida de la maravillosa palpación, para casi por añadidura proceder a la percusión y de allí a la auscultación y a la interpretación mediante la introspección en solitario que definen al mejor doctor; tal cual la comunión con el cuerpo de Jesús. También hemos asentado que cuando se interpuso la longitud del tubo del estetoscopio en la relación médico-paciente, se inició la separación no sólo física sino espiritual entrambos; no obstante, todavía tiene una razonable longitud que permite escuchar adecuadamente y estar también suficientemente cerca para conectar al médico emocionalmente con su paciente. Para la medicina, el médico y el estudiante del siglo XXI es amenazante los cientos de estudios de imagen y los miles de exámenes de laboratorio que le ofrecen diagnósticos y a los cuales debe dedicar mucho tiempo; al contrario, cada vez más dispone de menos tiempo para el examen clínico guiador y provechoso, importante para conocer las semejanzas y analogías que permiten un acceso a las causas. Es cierto también que esta separación entrambos, tristemente en años más recientes se ha agravado aún más con la interposición de radiografías, ecosonogramas, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, seguros de salud y por supuesto, la interferencia estatal, que nada saben de sufrimientos... No hay lugar a dudas, ¡El paciente espera ser tocado; y al médico corresponde una respuesta de afecto expresada en la palpación científica con contenido humano! (3)

Y así, la etapa cumbre y última de la exploración cardíaca es la auscultación del corazón. A pesar de tanta tecnología acumulada en la última centuria, el estetoscopio, ese maravilloso instrumento, no obstante su humilde simplicidad siempre demandará habilidad, paciencia y estudio continuado, y aunque todavía no se ha desvanecido de entre nosotros, los profesores de medicina, debemos evitar que desaparezca. Es una herencia que nos fue confiada para mantenerla y robustecerla.

Mi letanía en volver al minimalismo semiológico, en retornar a lo elemental, a lo básico, a lo consagrado por el tamiz de los tiempos, no significa un conocimiento superfluo, no significa negar o desdeñar los avances tecnológicos de la ciencia; antes bien, quiere buscar una alianza provechosa entrambos. Solo en pocos postgrados de medicina

interna y cardiología hoy día se da importancia al adiestramiento clínico, olvidando que el examen es un ritual sanador e importante, a sabiendas de que existen otras maneras de obtener la información que deben ser ponderados y aplicados con inteligencia y medida.

Referencias

1. Sanderson, JN. *Handy heart sound simulator. Amer J Cardiol.* 1975;36:925-928.
2. Scudamore C. Observations on M. Laennec's method of forming a diagnosis of the diseases of the chest by means of stethoscope and percussion. London: Longman, Rees, Orme, Brown and Green. 1826.
3. Montagu A. *Touching. The human significance of the skin.* New York. Columbia University Press. 1971.
4. Zarco P. *Exploración clínica del corazón.* Madrid. Blas, S.A. Tip. 1961.



**Academia Nacional de Medicina
Boletín
Editorial, marzo de 2012**

**Mi Leatham:
Loa nostálgica a un fiel estetoscopio... (Parte II)
Rafael Muci-Mendoza**

Entre el hombre y su forma natural de vivir, se han interpuesto máquinas de toda laya, desde nuestro reloj pulsera hasta la computadora u ordenador y su gigantesca hija virtual, la *Internet*; artilugios como el libro electrónico *Kindle eBook* -sin olor a libro nuevo-; los nuevos *Ultrabooks*; la sucesión de *iPod*, *iPhone*, *iPad*, teléfonos celulares – ¡Ayy de los “mensajitos” de texto...!-, que constituyen una inexorable amenaza, paradójicamente, bienvenida y deseada; pero además, los tentáculos de la industria de los instrumentos médicos y de las drogas terapéuticas, que han invadido sin consentimiento lo más íntimo de nuestras almas cambiando nuestro máspreciado fondo. El hombre moderno vive pues, inmerso en una existencia técnica y dominado por ella, de modo que hablar y sentir el *carácter demoníaco* de la técnica acerca de la que predicaron antiguos filósofos, no, no es una entelequia, pues el ser humano no se escapa de su dominio y esclavitud. Nos gobierna, sojuzga y oprime. En forma despiadada e irreversible la técnica va cambiando nuestras vidas y transformándolas según su antojo, pues sugestionado por su argumentación, en apariencia puramente científica, el médico consciente o inadvertidamente, se presta a ser una marioneta de bastardos intereses comerciales. No obstante, nadie en el mundo desarrollado podría vivir sin un televisor, un horno de microondas o un automóvil; por nuestra parte, los médicos no podríamos renunciar a las ventajas de los exámenes complementarios de laboratorio, los rayos X, la resonancia magnética, la tomografía computarizada o la ecosonografía que permiten ampliar nuestra acción diagnóstica, preventiva y curativa haciéndolas más salvadoras que nunca.

¡Mirad, los seres humanos se han convertido en herramientas de sus herramientas!
Henry David Thoreau

El problema entonces, no radica en los instrumentos de diagnóstico, sino en la forma como los seres humanos, y entre ellos los médicos, nos hemos relacionado con estos artefactos. Su coste compite malamente con la simplicidad de la clínica, más humana, menos fría, mucho más económica para los problemas simples –que son la mayoría- y más a la mano. No obstante, la industria y los médicos nos hemos empeñado en desacreditarla y hasta hacerla indigna de ser enseñada a las nuevas generaciones. Ahí valga el ejemplo, vemos con tristeza la deformación ingénita de los MIC –“médicos integrales comunitarios”- del socialismo chavista, que de “integrales” solo el nombre tienen; médicos que después de “graduados” tienen que ir a los hospitales a mediocrementemente rellenar sus pozos de insipiencia, pero que como árboles nacidos torcidos, nunca sus ramas enderezarán. Han sido engañados mediante oferta insincera, engañosa y vil, de enseñarles la más humana de las ciencias –la medicina-, mediante interacción en un aula cerrada con una computadora, que para colmo, ha sido infectada con programas elaborados por otros con ideologías fracasadas y en ausencia del cuerpo inerte del cadáver o de la interacción con el ser vivo que sufre. Y así, conducidos por un invidente, como en la Parábola de los Ciegos de Pieter Brueghel, El Viejo (1568), al caer el ciego que les guía, caen los otros que le siguen detrás (Figura 1). ¿Cómo examinar un paciente, si nunca les enseñaron las sólidas bases que deben preceder al examen ni las sencillas técnicas semiotécnicas a las cabeceras de los pacientes para descubrir al enemigo en su madriguera y transmitir la esperanza que un buen examen clínico trae aparejado? Vaya usted a un CDI –Centro de Diagnóstico Integral- regentado por la Misión Médica Cubana y podrá ver que la historia clínica de los pacientes brilla por su ausencia y que el “diagnóstico” se hace puramente sobre la base del motivo de consulta mediante imágenes y exámenes complementarios, si bien expresados correctamente en medidas del Sistema Internacional de Unidades (unidades SI)

sugerido por la OMS desde 1977 en unidades básicas, p.ej., mM –milimoles- y no mediante las unidades convencionales empleadas en nuestro país como mg, mcg o ng, y que luego, cuando el paciente es forzado por la circunstancia de resolver su insoluble problema de salud, va a un hospital tradicional, el CD -disco compacto- que le suministran, carece de toda utilidad pues en los centros públicos no hay computadoras, o las que existen no pueden el abrir el programa, y los exámenes no son comprendidos. ¡Tiempo y recursos perdidos! ¡Tiempos de cerebros descerebrados en alquiler! ¡Dadivas inservibles! ¡Y la enfermedad que progresa...!



Figura 1. La caída o parábola de los ciegos (Pieter Brueghel, El Viejo, 1568), un ciego que guía a otro grupo de ciegos finalmente caen en cadena. Bajo la "protección" de un asesino sin escrúpulos y vendida por sus propios hijos, la medicina venezolana pierde su rumbo y su sentido humanitario.

La técnica, al volver al mundo más amplio, abre nuevas posibilidades al hombre y economiza sus esfuerzos a condición de que éste la domine, la obligue a obedecerle, y bajo la premisa de no ser un esclavo de su propia creación, comprenda que tiene sus indicaciones precisas, pero también sus contraindicaciones y limitaciones (por ejemplo, su elevado coste que alguien deberá pagar) y un empinado potencial de hacer daño (sea por los errores diagnósticos dimanados de una presunción clínica errada, sea de la interpretación de las imágenes, sea por complicaciones inherentes a su empleo). Percibiendo la técnica en una equilibrada dimensión, puede ser más humana y eficaz que la cordial simpatía hacia el enfermo, o la cierta afectación de un interés superficial por el hombre como persona sin el conocimiento de su empleo.

*A medida que las máquinas se vayan haciendo más semejante a los hombres,
los hombres se irán haciendo más semejantes a las máquinas*
J Krutch

Durante el proceso de aprendizaje, si bien en sus primeros pacientes el estudiante se muestra educado y reverente, en la medida en que va atendiendo a más y más de ellos y adquiere más conocimiento médico y responsabilidad diagnóstica, se enfoca más en el problema somático y tiende a olvidar el paciente a quien ausculta su corazón. Les insistimos en no mostrar sorpresa o cambiar de cara al encontrar un hallazgo que consideren serio pues el paciente está atento al lenguaje verbal y más aún, al gestual y corporal -" ¡Vengan a oír este 'tronco' de soplo de regurgitación mitral...!"-, expresión que nunca será olvidada, provenga de quien venga.

La clínica es la máxima expresión del oficio de la medicina. Su inconveniente radica en que no es hereditaria y en que es el arte más costoso de adquirir por lo amplio de su espectro y por lo difícil e inacabable de su aprendizaje y preciosismo. La historia clínica es la gran herramienta de que se vale el clínico para desentrañar la enfermedad y comprenderla en sus áreas somática, psicológica, patobiográfica y del mundo externo o ambiente en la cual se desarrolla; es reunir e integrar pausada y metódicamente sus partes como piezas de un rompecabezas –síntomas y signos-, descifrar significantes y significados y alcanzar así una hipótesis o impresión diagnóstica presuntiva lo más precisa posible que necesitará o no, del empleo de exámenes de laboratorio o complementarios de tipo instrumental para arribar un diagnóstico positivo (Figura 2).



Figura 2. Sir William Osler (1849-1919), padre de la moderna medicina interna, auscultando un paciente asistido por sus colegas quienes lo sostienen en decúbito lateral. Al lado, el estetoscopio modelo Ware que utilizaba: tenía una adaptación a la campana, otra más pequeña que enroscada, permitía una más precisa localización de los sonidos del corazón (circa de 1870).

Una pequeña porción de ese conocimiento adquirido se refiere a la auscultación y a ello vamos a confinar nuestro relato: Escuchar es el inicio de la evaluación, requiere cercana proximidad al enfermo, es inmediato y personal; seguidamente serán puestos en marcha los sentidos restantes (Figura 3). La tecnología de alto coturno siempre tendrá su momento; vendrá después, en segundo lugar... La clínica debe ser la primera y así siempre debe ser...



Figura 3. "Les cinq sens" (Los cinco sentidos). Grabado de Louis Boilly de comienzos del siglo XIX -Bethesda. 1993. National Library of Medicine- (En, Bynum WE, Porter R. Medicine and the five senses. Cambridge. Cambridge University Press).

El arte auscultatorio alcanzó su máximo apogeo muchas décadas antes de mi generación. Después de la Primera Guerra Mundial la radiología se desarrolló rápidamente pero todavía los clínicos basaban sus diagnósticos en los hallazgos clínicos. El avance de la radiología diagnóstica comenzó a erosionar su credibilidad, comenzó a desconfiarse de su subjetividad y a ser ignorada. En la década sesenta, en un departamento de radiología de uno de los mejores hospitales del mundo colgaba de la pared un estetoscopio y bajo él, se leía esta lapidaria inscripción:

"Raros e inusuales fragmentos bien preservados de un instrumento conocido como «estetoscopio (tipo biaural)» -circa de 1918-, antiguamente de uso común en el diagnóstico de las enfermedades cardíacas y respiratorias. Este aparato fue inventado por Lænnec a comienzos del siglo XIX y tuvo empleo general hasta la era radiológica"¹²²

El avance de la ecosonografía para "ver" las arterias, y "oír", explorar su flujo a color en tiempo real, su miniaturización, su resolución, es un regalo de Dios y una loa al intelecto de ingenieros y técnicos que parece que definitivamente echará de un lado a la auscultación. Sin embargo, sería muy injusto desechar lo que es bueno y al alcance de todos, por lo que es muy superior pero al alcance de muy pocos. Debemos como médicos mantenernos al día lo más posible con los grandes adelantes técnicos, pero a la vez, servir de catalizadores de su entusiasmo.

-"Bien –digo a mis alumnos-, vamos a entendernos. Es de pobre técnica, muy mal gusto y desprecio por el método semiotécnico, auscultar por sobre la ropa del paciente. Es muy probable que se entumezca la transmisión de los sonidos y la exploración se transforme en mueca: los soplos y ruidos se hagan inaparentes y para colmo, se generen indeseables ruidos artefactuales y distorsionantes. Más valdría que en esa propaganda gubernamental de buenos médicos comunitarios examinando pacientes

¹²² Peart WS, Rob C. Arterial auscultation. Lancet.1960;2:219-220.

vestidos, trasluciera una técnica depurada. Pasaron los tiempos en que el profesor colocaba un pañuelo de seda sobre el pecho del paciente para ejercer la auscultación inmediata, sin embargo, la oreja desnuda todavía sigue siendo un recurso; por favor ¡No ofendan el arte exhibiendo una mala técnica!” (Figura 4).

También les advierto que no hay sustituto para la experiencia, que sólo compete a ellos hacerla en el camino de su práctica, que existe un golfo sin un puente conector entre lo que llamó Bertrand Russell (1872.1970), “conocimiento por descripción” o libresco, y “conocimiento por adquisición” por ejercicio práctico.



Figura 4. Mala técnica: Oyendo por sobre la ropa vs. un concentrado Richard Cabot, M.D., auscultando a un paciente ante una audiencia en Boston (1926); además de fundar las Conferencias Clínico-Patológicas del Massachusetts General Hospital – monumento al diagnóstico diferencial-, también describió el eponímico soplo diastólico de Cabot-Locke, benigno, de ocasional ocurrencia en la anemia severa y sin relación con enfermedad valvular cardíaca.

*Nuestra edad se enorgullece de las máquinas que piensan, y recela de los hombres que
tratan de hacerlo...*
H. Mumford Jones (1892-1980)

La versatilidad del estetoscopio para buscar la enfermedad emboscada es digna de encomio; dejando de lado la auscultación cardíaca y pulmonar –información fácilmente accesible a cualquier estudiante-, llego a ser fastidioso y machacón recordándole a mis alumnos que cualquier sitio de la economía por donde transite una gran arteria o se aposente algún órgano, es bueno para asentar el estetoscopio y percibir los murmullos que expresan lamentos de enfermedad, y sin querer agotar el tema de seguidas nos ocuparemos de él...

Viajaremos pues en dirección céfalo-caudal, aplicando nuestro estetoscopio donde la presunción de enfermedad nos guíe, y apreciemos su gran valor práctico. Su contribución en el **diagnóstico de aterosclerosis** ha recibido escasa atención. El hecho de que exista en el paciente un terreno vasculopático o inductor de arteriosclerosis como la diabetes mellitus de larga evolución, la gota, una dislipidemia o

una hipertensión arterial crónica, obliga a determinar la necesidad de su pesquisa por medios clínicos. Sin embargo, no debemos olvidar el efecto que causas generales externas o internas como el ejercicio, la fiebre, síndromes de alto gasto cardíaco y un hematocrito menor de 25% pueden producir en la generación o acentuación de soplos. De ser necesario hay que dejar entonces que baje la marea, que el paciente descanse, que se corrija la anemia o se haga eutiroideo para apreciarlos en su justo valor.

- Un **soplo craneal** normal, sin significación patológica, se encuentra hasta en un 60% de niños hasta los 4 años de edad; desde allí en adelante decrece; 35% en adultos jóvenes y tan sólo en un 9% de los viejos ¿Por qué no los oímos? Simplemente porque no los buscamos.
 - En un estudio de niños entre los tres meses y cinco años con meningitis purulenta, la percepción de soplos craneales transitorios en 85% de ellos contrastó con el 22% del grupo control también febril, señalando un fiable signo diagnóstico de cabecera.
 - En pacientes con síntomas transitorios de ACV un soplo craneal que se incrementa o se haga continuo con la compresión carotídea parcial, indica estenosis importante de alguna rama del círculo arterial de Willis.
 - Entre nosotros, el Dr. Abraham Krivoy se ha referido al "Arte olvidado de la auscultación ocular, cefálica y carotídea en la ayuda diagnóstica de la patología neurológica" encontrando soplos en 1.03% de sus pacientes (Tribuna Médica, Venezuela, 1972;35:A2).
- Sobre el oído pueden ocasionalmente auscultarse algunos **tinnitus vasculares** como el de las malformaciones arteriovenosas intracraneales o de la órbita, y ocasionalmente en la hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri).
- **Falsos soplos orbitarios** pueden escucharse al aplicar la membrana sobre el ojo; se aconseja que el paciente mantenga la boca abierta para reducir el ruido de fondo de la actividad muscular del orbicular de los párpados (Figura 5).
 - Soplos verdaderos se perciben en fístulas arteriovenosas orbitarias (FAVo) o carótido-cavernosas (FCC).



Figura 5. (1). La fosa temporal debe ser auscultada. El abrir la boca anula el ruido de fondo del orbicular de los párpados. (2). Modificación de un estetoscopio para percibir en "tiempo real" el soplo continuo de una FCC escuchado por el paciente. La flecha en la frente señala una prominente vena de drenaje. (3). "Ojo rojo del shunt" en FCC.

- Las **FCC postraumáticas**, llamadas también directas, producen un soplo continuo sístolo-diastólico con cadencia de maquinaria, de alta tonalidad y a veces de gran intensidad, difícil de obliterar con la compresión de una sola

carótida, que puede ser auscultado en las fosas temporales, órbitas y aún en el cuello, y si es muy fuerte, hasta en el sacro (Figura 5 y6). Aplicando la oreja desnuda sobre el cráneo es una opción. No es raro que al palpar suavemente con un dedo en el ángulo interno del ojo –vena angular arterializada- se perciba un suave frémito o cosquilleo. Los signos orbitarios y oculares característicos hacen el diagnóstico¹²³.

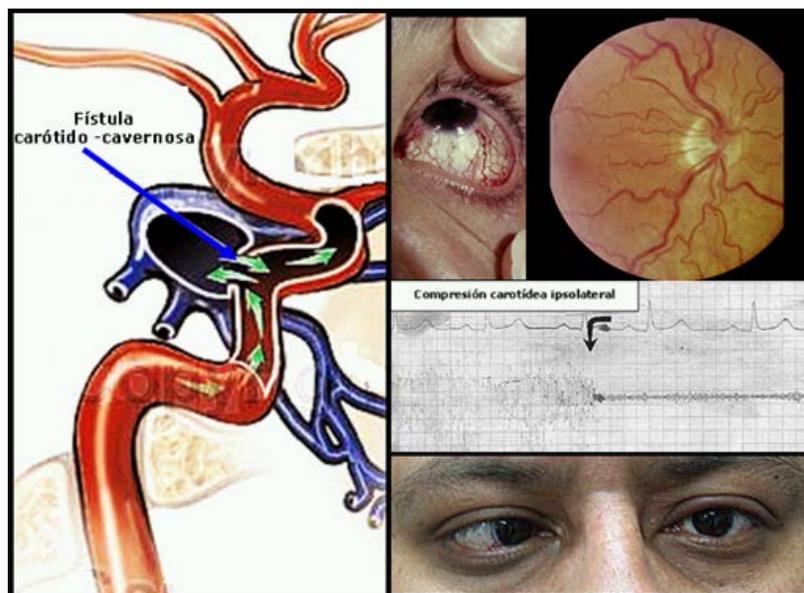


Figura 6. Fístula carótido-cavernosa directa y su cortejo signológico: "Arterialización" de las vénulas conjuntivales –ahora de color rojo purpúreo-, engrosamiento y tortuosidad venular retiniana y parálisis del 6º nervio craneal izquierdo, soplo craneal continuo y compresión carotídea ipsolateral a la fístula.

En el cuello de niños y también en adultos antes de los 20 años, es frecuente percibir el **hum** o zumbido venoso fisiológico (bruit de diable). Es un ruido continuo y profundo, mejor audible aplicando suavemente la membrana en la en la parte baja del cuello con el paciente de pie o sentado. Es abolido al acostarse, con la maniobra de Valsalva o cuando se presiona firmemente la vena yugular proximal; suele confinarse a la vena yugular interna derecha, pero puede también percibirse sobre la izquierda y aún en la subclavia. Hemos notado que colocando el dedo índice muy suavemente sobre la vena yugular, puede palparse en forma de un frémito o "suave cosquilleo". En ocasiones, puede oírse en la parte superior del tórax originando confusión con un ductus arterioso persistente. Puede mostrarse en otras condiciones que se comportan como estados hiperquinéticos con elevado gasto cardíaco como el embarazo, el hipertiroidismo, la presencia de fístulas arteriovenosas sistémicas de gran tamaño, el beriberi (avitaminosis B1), anemia crónica, enfermedad de Paget ósea, sepsis e hipercapnia.

¹²³ Proptosis ocular pulsátil, quemosis conjuntival, "arterialización" de los vasos conjuntivales (Figura 5, 3), parálisis o paresia del 6º nervio craneal, distensión y tortuosidad de las vénulas retinianas (Figura 6).

- En la **enfermedad de Graves Basedow** y especialmente en el bocio tóxico hipertiroideo y más aún en la "tormenta tiroidea", presumiblemente como resultado del incremento de la vascularización de la glándula tiroidea, se ausculta un "ruido de maquinaria" inmediatamente por encima del extremo medial de la clavícula; el soplo puede no ser audible directamente sobre la glándula sino inmediatamente a la derecha (menos a la izquierda); se adscribe a un "hum" venoso.

La **percusión auscultatoria** ("auscopercusión") en la cual se percute mientras se ausculta, se dice que fue introducida por Laënnec, pero en su tratado *De l'auscultation médiate...* (1819) no se menciona nada sobre ella. En años posteriores Camman y Clark (1840) detallaron su técnica, siendo recientemente rescatada por John Guarino, M.D. Mediante ella, se define y clarifican hallazgos de la auscultación aislada. Puede ser empleada casi en cualquier parte del cuerpo (en lo particular yo la empleo a menudo en el tórax, pero puede usarse en la cabeza y hasta la vejiga urinaria) (Figura 6). Algunos como Steven McGee (1995) sugieren que es inútil y debe ser abandonada.

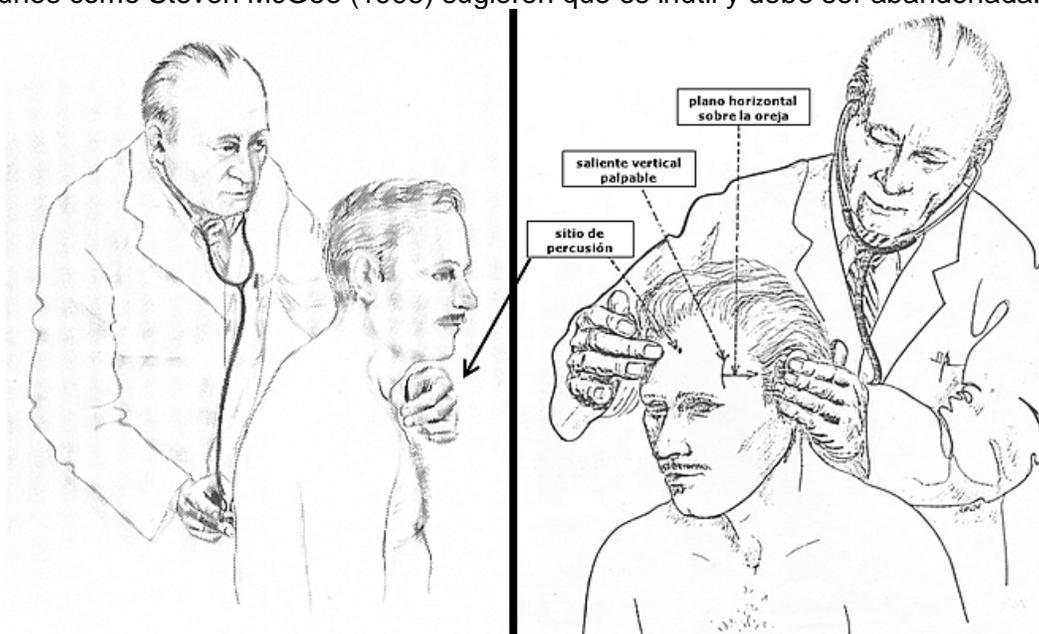


Figura 7. Auscultación percutoria respectivamente del pulmón y cráneo, sobre el esternón y la frene empleando la membrana sobre el torso y sobre la oreja, (Guarino JR. J Kansas Med Soc 1974;75:193-194; Brit Med J.1882;284:1075-1077).

- El glomus carotídeo ubicado en la bifurcación de la carótida común es un órgano secretor que actúa como quimiorreceptor. El tumor del glomus carotídeo, paraganglioma o quemodectoma, *suele ser benigno*, constituido por un tejido muy vascularizado por lo que pudiera auscultarse un soplo sistolo-diastólico y aún palparse un frémito local.
- Los soplos cervicales asintomáticos han recibido especial atención, especialmente en lo concerniente a la **estenosis aterosclerótica en la bifurcación de la arteria carótida común**. Debe tomarse en cuenta sin embargo, que cuando la obstrucción es completa, puede oírse un soplo en el lado contralateral por aumento del flujo, e igualmente, por derivación de la sangre hacia la carótida externa. Aunque el riesgo

de accidentes isquémicos cerebrales es más elevado en pacientes con estenosis carotídea interna, en la mayoría de los casos los enfermos presentan previamente síntomas clínicos premonitorios que permiten sospecharla. Más importante aún es que los portadores de soplos en esa localización tienen un mayor riesgo de eventos isquémicos cardíacos que cerebrales¹²⁴; insistimos a nuestros alumnos que en el momento de su búsqueda observen simultáneamente la oreja buscando el **signo de Frank** o pliegue diagonal del lóbulo de la oreja, también relacionado con la enfermedad coronaria.



Figura 8. Signo de Frank del lóbulo de la oreja asociado a enfermedad coronaria. En la mujer carece de importancia pues su formación se relaciona con el uso de zarcillos y aretes.

En la **estenosis carotídea** el soplo ocurre hasta en un 50% de los casos por la formación de una placa de ateroma parcialmente obstructiva en el origen de la carótida interna y su presencia nos indica de paso, que no hay trombosis obstructiva. Ocasionalmente, cuando este soplo se extiende hacia la primera parte de la diástole es indicativo de una inusual y eficiente circulación colateral que sorte el obstáculo.

- En el tórax, además de los sonidos de enfermedad respiratoria o valvular cardíaca puede auscultarse:
 - El **soplo mamario** presente en 15% de las mujeres durante la etapa tardía del embarazo y en la lactancia; es telesistólico con un elemento diastólico temprano, audible entre el segundo y tercer espacio intercostal pudiendo confundirse con un ductus arterioso persistente o con enfermedad valvular aórtica, Se distingue por de ellos por su desaparición haciendo presión lateral con la membrana. Resulta del aumento del flujo sanguíneo local vía ramas perforantes anteriores de la arteria mamaria interna. Además, en los últimos meses del embarazo pueden auscultarse soplos de eyección inocentes por aumento del gasto cardíaco y del volumen sanguíneo a menudo con anemia.
- En el **abdomen**, la aposición del estetoscopio sobre su pared rinde también pingües beneficios.

¹²⁴ La enfermedad aterosclerótica severa de las carótidas, aunque existente, según hemos observado y por razones no comprendidas, tiene una baja prevalencia en el medio venezolano si se compara por ejemplo con población norteamericana.

- Es bien conocida la búsqueda de **ruidos hidroaéreos** y su ausencia en casos de "íleo fisiológico" luego de la cirugía abdominal, seguida posteriormente de peristaltismo audible cuando se reinicia. De no ocurrir, el silencio indica alguna anomalía abdominal durante la convalecencia o un íleo paralítico algunos días después de cirugías –no se olviden cuerpos extraños abandonados-. Es ahora minimizado en la cirugía laparoscópica. Es además conocido que cuando la tensión arterial sistémica desciende por debajo de 90 mmHg desaparecen y hay silencio abdominal, y que en la sospecha de trauma visceral la ausencia de ruidos gravita en su favor. Su ausencia es típico signo de peritonitis (Ley de Stokes: abdomen en tabla y ausencia de peristaltismo). También en caso de un cólico nefrítico, su desaparición es la regla, lo que ayuda en el diagnóstico.

- Otro sitio de auscultación lo constituye la **arteria renal** cuya estenosis es causa de hipertensión arterial secundaria –en ocasiones "acelerada-maligna" asociada a cambios agudos característicos en el fondo ocular-. A menudo produce un soplo sistólico que puede ser más audible presionando firmemente el estetoscopio contra la pared abdominal a unos 5 cm a la derecha o izquierda del ombligo. Su presencia no sólo nos hablará de su existencia sino también del lado donde la estenosis yace... Para su confirmación, existirá entonces una indicación razonada de practicar un ecoDoppler arterial y hasta una angiorresonancia magnética del abdomen.

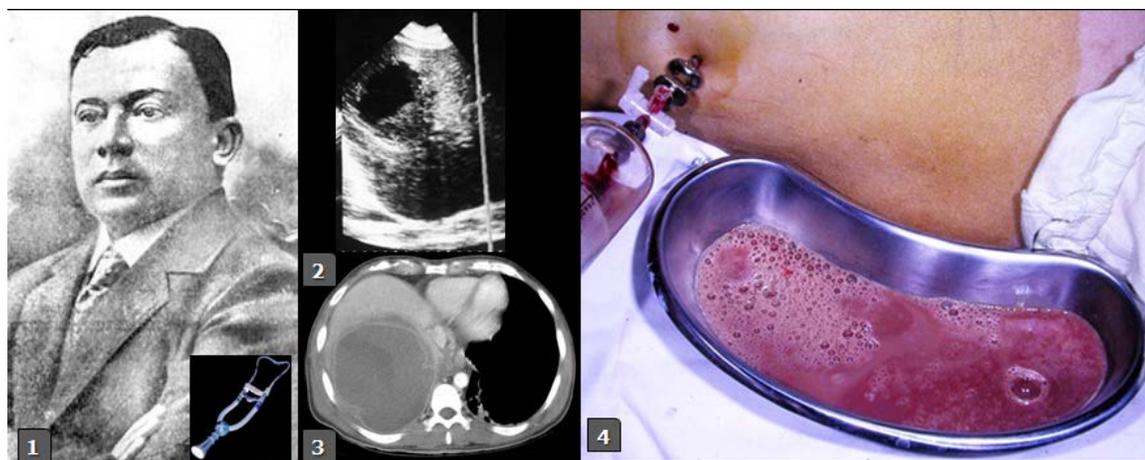


Figura 9. (1): Dr. Pablo Acosta Ortiz (1864-1914), el "Príncipe de la Cirugía" y explicación de su famoso signo clínico. (2 y 3): Al favor de la cavidad del absceso hepático amebiano, se transmiten los sonidos y se auscultan los ruidos cardíacos sobre el hipocondrio derecho. (4). "Pus chocolate" (400 mL en total) que extraje de un paciente con absceso en la Sala 3 del Hospital Vargas de Caracas el 15.09.1970.

- Sobre el **lóbulo derecho del hígado** y en casos de absceso hepático amebiano (llamado en su época "*hepatitis supuradas de los países cálidos*"), puede auscultarse el **signo de Acosta Ortiz**¹²⁵. al favor de la cavidad del

¹²⁵ Silva Álvarez, Alberto. "Pablo Acosta Ortiz Un mago del bisturí". Caracas. Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Oficina de Publicaciones, Biblioteca y Archivo. 1940:262-263. "Un signo clínico lleva el nombre de Acosta Ortiz, ya que él lo describió a propósito del absceso hepático amebiano. Se trata de la percepción –auscultando la zona de proyección de la glándula en la pared toraco-abdominal- de los ruidos o tonos cardíacos propagados por la

- absceso se auscultan nítidamente los latidos del corazón sobre el lóbulo derecho. Además, en **cirrosis hepáticas** puede auscultarse un hum venoso, y soplos venosos continuos con frémito en casos de circulación colateral entre el ligamento falciforme y la pared abdominal -"cabeza de medusa"-; además, soplos en casos de hepatocarcinoma y carcinoma del cuerpo del páncreas – audible en el hipocondrio izquierdo y causado por la compresión de la arteria esplénica por el tumor-; frotos en casos de perihepatitis (gonocócica de *Fitz-Hugh-Curtis*) y en metástasis que afloran en la superficie de hígado. Igualmente sucede con el bazo donde pueden auscultarse frotos en casos de infartos esplénicos (hemoglobinopatías, endocarditis infecciosa) o soplos en aneurismas de la arteria esplénica.
- La auscultación en reposo a lo largo del trayecto de la **aorta abdominal**, las **ilíacas** y las **arterias femorales proximales** es también venoso de información. Combinada con otros aspectos de la exploración, brinda información inmediata y de bajo coste que muchas veces elimina la necesidad de pruebas más complicadas. Un soplo sistólico indica el sitio exacto de un área de estenosis arterial hemodinámicamente significativa. En algunos pacientes con aterosclerosis obliterante total, por supuesto que nada se oirá; no obstante, su presencia unilateral sobre la arteria enferma indicará su estenosis. Puede sensibilizarse su presencia luego de ejercicio de las extremidades. En la angina abdominal o síndrome de insuficiencia arterial de la arteria mesentérica superior puede auscultarse un soplo intermitente con cambios de posición o lateralización del decúbito.
 - En el **miembro superior**, su mayor importancia radica en el **síndrome del arco aórtico y costillas cervicales**, y el **síndrome de la salida torácica o cérvico-torácica** que abarca diversas condiciones clínicas que son consecuencia de la compresión intermitente o persistente de los distintos elementos del paquete neurovascular a su salida del tórax hacia el brazo (de la costilla cervical, del escaleno anterior, costoclavicular, de la hiperabducción de brazo y del pinzamiento neurovascular). En estas circunstancias puede haber un soplo sistólico sobre la arteria subclavia. Debe tenerse en cuenta que soplos arteriales inocentes pueden modificarse y desaparece mediante la extensión de los hombros.

colección líquida en el hígado, que pudimos apreciar, aunque no siempre desde nuestros días estudiantiles, cuando alternábamos ejercicios de semiótica con exploraciones de clínica; él se ha actualizado en su práctica profesional, desde hace algún tiempo, debido al aumento observado en la incidencia de la que considerábamos casi extinguida dolencia tropical (107)". En la bibliografía de Acosta Ortiz revisada no encontramos la referencia exacta escrita por él. (107) Con mucha razón el Dr. Domingo Luciani observa del signo de Acosta Ortiz "pero es condición esencial que el absceso sea grande, muy grande y añado yo que su desarrollo sea más que todo torácico". (En el folleto "El gran absceso tropical del hígado" Lección clínica dictada el 9 de mayo de 1956, en el Hospital Vargas de Caracas, 1957).

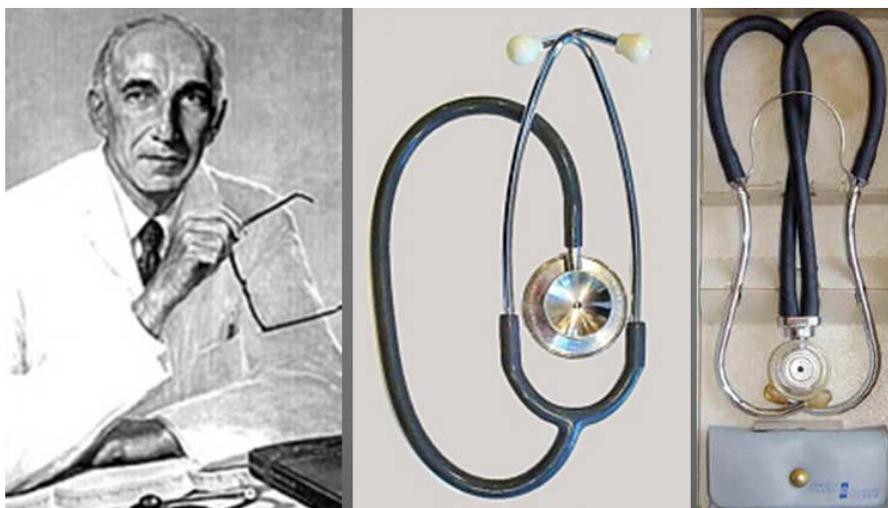


Figura 10. Doctor David Littmann (1906–1981), médico alemán de la Escuela Médica de Harvard, USA, con su estetoscopio "ideal" de 1961 y a su lado, el estetoscopio de *Rappaport-Sprague* de 1960. Usé ambos, pero nunca pudieron reemplazar a mi *Leatham*...

Otros de los **usos no médicos del estetoscopio**, a primera vista banales, incluye su empleo por ladrones de bancos para abrir antiguas cajas fuertes con cerradura de combinación y usado para oír, a medida que se da vuelta al dial, la caída en su lugar de los fiadores de la cerradura. Una descripción acerca de cómo emplearlo se encuentra en el pie de página¹²⁶. El estetoscopio también ha sido empleado por mecánicos automotrices para detectar fallas en los cilindros; por plomeros para verificar fugas en tuberías y aún, por el personal de escuadrones anti-bomba para desactivar artefactos explosivos de relojería. Se ha escrito igualmente, acerca de cómo suplir la ausencia del instrumento en una situación de emergencia: Un vaso o una copa de beber vino invertidos aplicada en el área de reparo; además sirve para fisgonear conversaciones en habitaciones adyacentes...

⁶ ¿Por qué maravillosa...? Porque la piel es un importante órgano de comunicación y de expresión de emociones a través de su color, temperatura y textura. La palpación o el toque se experimenta afectivamente como emoción que puede transmitir por una parte, reconocimiento, empatía y seguridad, y por la otra rabia y hostilidad. Montagu (2), enfatiza que la realidad se presenta al infante a través de la piel, y que la satisfacción táctil durante la infancia y niñez es fundamental para un desempeño saludable subsecuente. Más importante aún, los bebés reconocen el estado anímico de sus madres de la misma forma que los pacientes de sus médicos...

¹²⁶ Goldfarb A. How to Open an Older Safe With a Stethoscope. Coloque la campana del estetoscopio en la puerta de la caja fuerte cerca del mecanismo de combinación. Gire el dial hacia la derecha lentamente hasta que escuche la cerradura. Esto representa el primer número de la combinación. Gire el dial a la izquierda poco a poco hasta que escuche la cerradura. Esto representa el segundo número de la combinación. Gire el dial hacia la izquierda hasta que el bloqueo no se mueve. Esto representa el último número de la combinación. Presione hacia abajo la palanca para abrir la puerta de la caja fuerte.

eHow.com http://www.ehow.com/how_7509784_open-older-safe-stethoscope.html#ixzz1eozv9o7H



Colofón.

El doctor Dickinson Richards (1895-1973), cardiólogo y fisiólogo, correcipiente del Premio Nobel de Medicina o Fisiología 1956 por el desarrollo del cateterismo cardíaco, dijo en 1962, "Para que un estetoscopio funcione dos cosas se hacen necesarias: ¡Por Dios!, un hombre enfermo en un extremo y un médico que sepa emplearlo en el otro..." Muchas veces no se sabe para qué se lleva colgando un estetoscopio, quiénes lo usan o para qué lo emplean. En ocasiones se usa más como martillo de reflejos que para auscultar el corazón; en otras sin embargo, no sólo se lleva con orgullo, sino que también se emplea con provecho; no obstante, su empleo y el de la semiología en general, ha devenido en un bien muy frágil e indefenso ante el avasallante progreso y el desenfreno de la técnica. Es nuestro deber entonces preservarlo y no sólo encontrar y utilizar aquellas técnicas que nos hagan ampliar nuestra visión del enfermo, único e irreproducible, pero sin ser esclavos de ellas. Se hace pues necesario, dominarlas y nunca ser dominados por ellas...

Mi estetoscopio Leatham, inanimado, pero atado a mi emocionalmente al través del sentimiento y la nostalgia, pareciera haber cumplido conmigo su expectativa de vida, siempre noble, dispuesto y silencioso, facilitándome amplificar mi propio escuchar y mi inacabable aprendizaje; pero ni él ni yo, estamos aún preparados para vivir esa existencia vegetativa que podría implicar una jubilación que nos conduzca a la muerte biográfica. No, aún no... Y así, "inseparables camaradas como no se encuentran mil, a mi lado él ha marchado", al paso vigoroso de mi práctica, y así, seguiremos ayudando dentro de nuestras magras posibilidades a aquellos otros, portadores de pesados fardos de penas y también viajeros en la ruta de la vida, con quien nos hemos topado en nuestro camino...

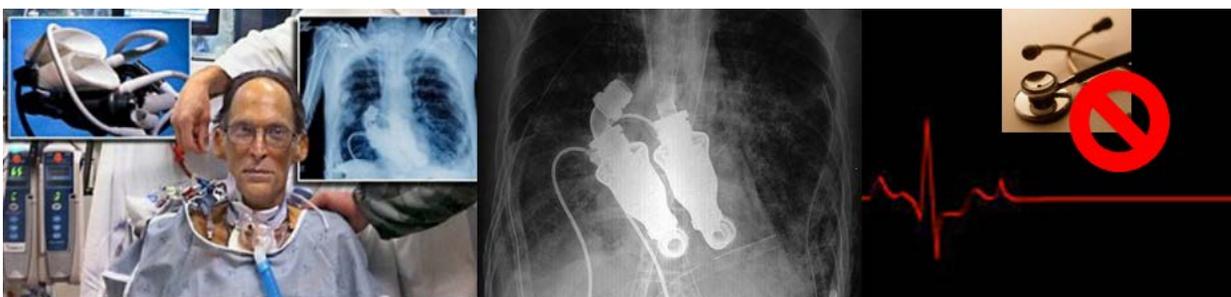


Figura 11. Craig Lewis, 55 años, amiloidosis cardíaca, primer ser humano que vivió sin corazón... En su nueva turbina o "corazón de fantasía"-como el de Pinocho-, no se auscultaba 1°R ni 2°R, carecía de latidos, sus arterias no pulsaban, su electrocardiograma era plano, su radiografía del tórax mostraba dos turbinas en vez de un corazón, y por la primera vez, hizo del estetoscopio un artilugio clínico realmente superfluo... Su corazón duró apenas 5 semanas y Craig murió en abril 2011. Siendo

que no tenía un corazón, no era un hombre insensible; sus médicos dijeron que su máquina continuó trabajando perfectamente después de su muerte...

Marzo de 2012

Academia Nacional de Medicina. Boletín ANM-Venezuela. MUCI MENDOZA R. Abril 2012. Volumen 4, Nº 40, Sección I

Sección I - Editoriales Un mensaje a García (redivivo)	
Autor - Dirección electrónica Dr. Rafael Muci Mendoza - rafaelmuci@gmail.com	Código 2012-4-40-I-40



**Academia Nacional de Medicina
Boletín
Editorial, febrero de 2012**

Un mensaje a García (redivivo)

A mis queridos alumnos,
Con esperanza de que el simbolismo implícito en este mensaje pueda conmoverlos haciéndoles comprender que sin mediar pregunta, siempre deben estar dispuestos a compartir entre sus pacientes y sin ser solicitados, con bondad y de inmediato, los privilegios que la vida y la sociedad les han concedido graciosamente.

Dr. Rafael Muci-Mendoza

Elbert Green Hubbard (1856–1915), escritor, editor, artista y filósofo norteamericano quien enterado de un suceso extraordinario, en tan sólo una hora fue capaz de condensar en dos cuartillas, un ejemplo de profundo y sólido compromiso sin roturas ni enmiendas: Nació así para nosotros, **Un Mensaje a García**, el cual copio textualmente de su autor:

“Hay en la historia de Cuba un hombre que destaca en mi memoria como Marte en perihelio. Al estallar la guerra entre los Estados Unidos y España, era necesario entenderse con toda rapidez con el jefe de los revolucionarios de Cuba. En aquellos momentos este jefe, el general García, estaba emboscado en las esperanzas de las montañas, nadie sabía dónde. Ninguna comunicación le podía llegar ni por correo ni por telégrafo. No obstante, era preciso que el presidente William McKinley Jr. de los Estados Unidos se comunicara con él. ¿Qué debería hacerse?

Alguien aconsejó al Presidente:

- “Conozco a un tal Rowan que si es posible encontrar a García, él lo encontrará”.

Buscaron a Rowan y se le entregó la carta para García.

Rowan tomó la carta y la guardó en una bolsa impermeable, sobre su pecho, cerca del corazón. Después de cuatro días de navegación dejó la pequeña canoa que le había conducido a la costa de Cuba. Desapareció por entre los juncales y después de tres semanas se presentó al otro lado de la isla; había atravesado a pie un país hostil y había cumplido su misión de entregar a García el mensaje del que era portador”.

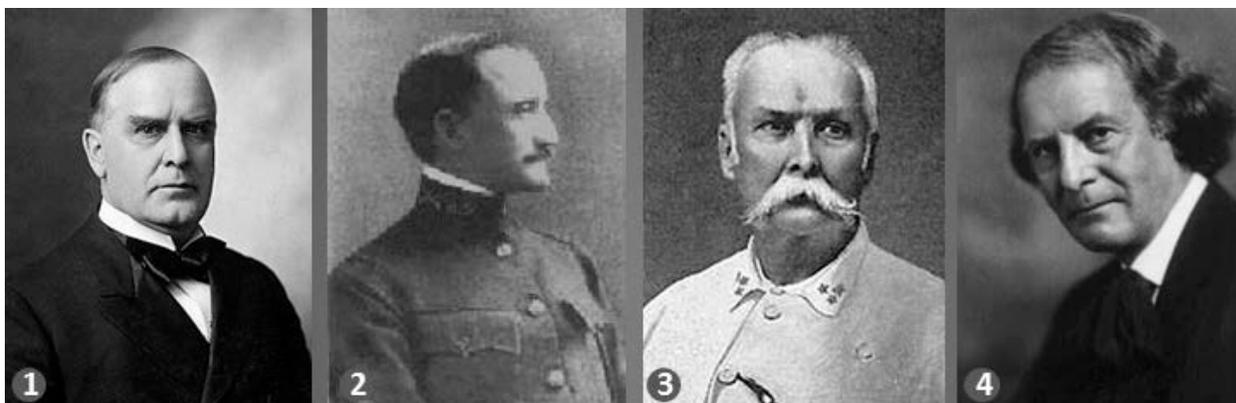


Figura 1. Los protagonistas de la historia. (1). William McKinley Jr. (XXV Presidente de los EE.UU., 1887-1901). (2). Andrew Summers Rowan, Teniente de la Armada Americana, "el mensajero". (3). General Calixto Íñiguez García, líder de la insurrección cubana contra España en la Guerra de los Diez Años, 1868-1878. (4). Elbert Hubbard, quien escribió en una sola hora la pequeña narración, "Un Mensaje a García", el 22 de febrero de 1899.

"Un Mensaje a García" fue publicado en la revista "*Philistine*", en la edición correspondiente al mes de marzo que iba a entrar en prensa el 22 de febrero de 1899, día de la conmemoración del natalicio de George Washington. Más de cuarenta millones de ejemplares han sido impresos, suma que jamás ha alcanzado publicación alguna; por ello, cuando escribo redivivo cometo una incorrección, pues el mensaje de marras nunca ha desaparecido ni ha dejado de circular. Para nosotros, venezolanos de este siglo XXI, anhelantes de ejemplos edificantes y posturas éticas, todo cuanto oriente a la juventud e impida la pérdida de nuestros valores fundamentales, debe ser aupado y bienvenido. Por ello nunca estará de más recordar el suceso.

El histórico episodio tiene pues como protagonistas, a William McKinley, 25º Presidente de los EE.UU; al teniente de la Armada Norteamericana Andrew Summers Rowan; al general Calixto Íñiguez García, héroe de la resistencia cubana en la guerra de los diez años entre Cuba y España; y al mencionado escritor Hubbard. La pieza clave del artículo lo constituye el hecho de que McKinley le entregó a Rowan una carta para ser entregada a un remoto García, y Rowan no preguntó: "¿Dónde lo encuentro?"

El general García ha muerto; pero hay muchos otros Garcías en todas partes y a cada paso; en nuestros hospitales venezolanos abundan. Todo hombre que ha tratado de llevar a cabo una empresa para la que necesita la ayuda de otros, frecuentemente ha quedado sorprendido por la falta de voluntad, la indiferencia y estupidez de la generalidad de las personas a su lado, su incapacidad para concentrar sus facultades en una idea y ejecutarla. Es harto frecuente que cuando un paciente necesita de un examen clínico o complementario que no somos capaces realizar, por ejemplo, en la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, verbigracia, búsqueda de un especialista en glaucoma o de baja visión, una angiografía fluoresceínica, campo visual computarizado o tomografía de coherencia óptica de la retina, y pregunto al grupo de residentes agrupados alrededor mío quién puede en su hospital o a través de influencias o amistad, hacerle o conseguirle el examen o la consulta... se miran unos a los otros y luego de una larga pausa, con suerte alguno se ofrece... para enviárselo a

otro compañero que mañana estará de guardia y que nada conoce del caso del enfermo. Casi ninguno responde al rompe, ¡Yo lo hago...!

Parte de la enseñanza que a diario imparto a mis alumnos y *fellows* con mis pacientes pobres, implica responsabilidad ciudadana y humana hacia ese grupo crónicamente desasistido y maltratado, porque quizá no sea precisamente erudición pura lo que ellos necesitan, sino fidelidad a la confianza que muestran no teniendo nadie que le proteja. La persona comprometida es aquella generosa, aquella que busca como dar más afecto, cariño, esfuerzo, bienestar... en otras palabras: va más allá de lo que supone el principio del deber contraído. Es feliz con lo que hace hasta el punto de no ver el compromiso como una carga, sino como el medio ideal para perfeccionar su persona a través del servicio a los demás. Claro debe quedar que el compromiso no es real cuando surge de la obligación y la ignorancia.

Yo les exijo compromiso indeclinable, amor al deber, obrar con prontitud sin ser requerido, concentrar con otros lo que deba realizarse, hacer bien lo que debe ser bien hecho¹²⁷, dar al paciente apoyo inmediato facilitando el compromiso: anotando su propio nombre, teléfono celular y dónde –en qué hospital- y a qué hora se encontrarán. Sólo así pueden aprender que la medicina es una profesión de servicio y que servir, es la palabra más hermosa del diccionario.



Figura 2. Un ejemplo edificante, el mensaje llevado al general Calixto García, y el libro de Hubbard.

No debe ingresar en las huestes de Esculapio e Hipócrates quien no sienta la llamada vocacional del dolor, el sufrimiento y la muerte. No puede ejercer la medicina quien pretenda aferrarse a la medicina científico-natural, que considera al individuo como una

¹²⁷ La fundamentación primordial del antiguo asclepiades radicaba en el favorecer, no perjudicar, que el hipocratista latinizado tradujo como *Primum Non Nocere*: lo primero, no hacer daño, anteponiendo a su tarea la "Regla del Buen Hacer": "Hacer lo debido y hacerlo bellamente según la formulación reseñada en, "Sobre las úlceras" : "Hágase bella y rectamente lo que así haya que hacerse; con rapidez lo que deba ser rápido; con limpieza lo que deba ser limpio; con el menor dolor posible, lo que deba ser hecho sin dolor..."

unidad biológica “natural” más del mundo, pasando por alto que el hombre no vive su existencia como ente aislado de la naturaleza, sino que estructura su biografía en el seno de una familia, de una sociedad justa o injusta, de un conjunto económico político llamado país, donde factores epigenéticos modifican su estructura física y psíquica y la de la enfermedad que lo posee. Individuo y sociedad son pues, los dos términos de una antinomia médica rigurosamente ineludible.

“Llevar un Mensaje a García” es para el médico, vocación, contemplación y acción, técnica en el sentido de la “tékhne” hipocrática¹²⁸, humanismo y serena atracción hacia el dolor.

Por interés del paciente, principio y fin del acto médico, cada Jefe de Servicio debería procurar conservar para su personal lo mejor que encuentre en función de servir; es decir, a aquellos que pueden llevar Un Mensaje a García.

En Caracas, en la conmemoración del natalicio del ilustre venezolano, Doctor José María Vargas, el 10 de marzo de 2012.

- **La Academia Nacional de Medicina**

¹²⁸ *Tékhne iatriké* hipocrática: Un saber hacer, sabiendo porqué se hace, lo que se hace.

Cierto día del mes de diciembre de 1997 recibí una llamada telefónica de mi dilecto amigo, académico doctor Oscar Beaujon Rubín. Su pregunta fue directa, "¿Tienes doctorado en ciencias médicas?" Respondí afirmativamente: "Universidad del Zulia, 1977". Siguió otra desconcertante pregunta, ¿Te gustaría pertenecer a la Academia Nacional de Medicina? Me quedé atónito. No supe qué responderle..." Este... Yo creo que no tengo credenciales para pertenecer a ella...", finalmente me dijo tajante. ¿"Por qué no actualizas tu curriculum y me lo haces llegar...?" En febrero de 1998 se lo envié y así comenzó todo...



Figura. Antiguo convento de San Francisco. El Palacio de las Academias es una edificación colonial con estilo neogótico de Caracas, Venezuela, ubicada entre las esquinas de La Bolsa y San Francisco en la Avenida Universidad frente al Palacio Federal Legislativo en la Parroquia Catedral. La edificación comenzó a levantarse en 1577 para albergar a los monjes franciscanos, dos años antes se le habían cedido cuatro solares o terrenos en una de las 24 manzanas del trazado original de Caracas, después de nueve años la obra fue concluida.

En honor a la verdad y haciendo memoria, pienso que alguna vez al inicio de mi carrera profesional me lo planteé fugazmente, pero de inmediato deseché la idea al conocer quiénes pertenecían a ella.

- "¿Cómo podría...?" me dije.

Nunca más lo consideré como opción y me avergüenza decir que previamente, nunca había asistido a alguna de sus sesiones. Lo cierto es que fui elegido directamente y por

unanimidad como Miembro Correspondiente Nacional para ocupar el Puesto # 44, nada menos que para suceder a mi fraterno amigo el doctor José Antonio O'Daly Carbonell quien ascendía a Individuo de Número. La elección ocurrió el 26 de marzo de 1998, presentando un trabajo donde comunicaba acerca de un hamartoma¹²⁹ vascular retiniano no descrito en neurofibromatosis 1, y que posteriormente fuera publicado en la Gaceta Médica de Caracas¹³⁰. Además de contar con la presencia de mi familia y amigos cercanos, el doctor José Félix Oletta compañero de Cátedra y entonces Ministro de Sanidad y Asistencia Social, para mi satisfacción, hizo acto de presencia junto a su esposa Finita, también médica. Para entonces necesitaba un retinógrafo para mi Unidad del Hospital Vargas; sin saberlo, él me preguntó si necesitaba algo que él pudiera conseguirme a través de su despacho. Le dije que tenía un gran antojo, pero que no se lo pediría porque pensaba que había muchas más necesidades en otras áreas a las que él debía atender, muy superiores a la mía...

Nunca me he sentido más feliz en un ambiente médico como el de la Academia. Allí, cada jueves he tenido el privilegio de interactuar con mis maestros y con otros que no habiéndolo sido directamente, lo han sido de numerosas generaciones de médicos y me han honrado con sus enseñanzas y amistad; además, de invitados de diversos campos de la medicina y las humanidades. Mucho he aprendido y sigo aprendiendo de presentaciones tan disímiles que cubren campos de la medicina a los cuales nunca me habría acercado de no ser por este privilegio, y además, conferencias de elevada factura sobre temas humanísticos.

¹²⁹ Malformación congénita de aspecto tumoral debida a una mezcla anormal de elementos constitutivos normales; es la disembrioplasia de los autores franceses.

¹³⁰ Anormalidades vasculares retinianas en neurofibromatosis con documentación de un hamartoma vascular puro no descrito. Gac Méd Caracas. 1999;107 (1):13-31.



Figura. En el púlpito de Santo Tomás de Aquino pronunciando el discurso de orden con motivo de mi incorporación como Individuo de Número para ocupar el Sillón IV, el 3 de mayo de 2001.

En algún momento pensé que las reuniones se harían menos monótonas y más atractivas si se pudiese incluir un segmento corto, de unos 06 minutos de duración, donde se presentara algún signo determinante, un signo señal¹³¹ o alguna condición clínica, donde no se aceptarían preguntas, y al que llamé, "Perlas de Observación Clínica". Elaboré y envié las reglas para normarlas. Fue aceptado de inmediato mediante oficio 2000/17 del 20 de enero de 2000, y desde el inicio tuvo y ha continuado teniendo aceptación de toda la asamblea. Ahora, bajo nuevo reglamento se ha extendido a 15 minutos y hay lugar para preguntas. Estas cortas sesiones suelen transformarse en artículos para ser publicados en la Gaceta Médica de Caracas. Más adelante se amplió el concepto surgiendo también las "Perlas de Observación Humanística" y "Perlas de Observación Científica".

¹³¹ El "signo señal", "signo rector" es una pista que de inmediato evoca un diagnóstico o domina en importancia a otros que concurren simultáneamente en un paciente dado y que focalizan la atención a un determinado órgano, aparato o sistema. Me encanta buscarlos y más aún enseñarlo a mis alumnos tan alejados hoy día de la mirada médica, aquella que tiene un sentido y una trascendencia.

El 3 de mayo de 2001 fui incorporado como Individuo de Número, Sillón IV por fallecimiento de su titular, Dr. José Ochoa Rodríguez. Dos internistas que habían sido mis maestros, me privilegiaron con el padrinazgo; los individuos de número, Doctores Augusto León Cechini y Otto Lima Gómez Ortega; el primero mi profesor de semiología en tercer año de medicina y el último, en clínica médica en 5º y 6º año de medicina y luego en mi internado rotatorio y postgrado de Medicina Interna. El juicio crítico a mi trabajo de incorporación estuvo a cargo del Doctor Augusto León y por su parte, el Doctor Otto Lima Gómez Ortega pronunció las palabras de bienvenida en el sentido acto realizado en el Paraninfo del Palacio de las Academias el 3 de mayo de 2001.

- **La figura del maestro...**

A mí admirado y querido amigo, Doctor Pedro Grases

Querido Pedro,

Tal vez me tomé más tiempo para contestarte que el que tu y yo, hubiéramos querido. He estado abrumado de trabajo: la diatriba política de cada día de la cual no puedo ni quiero escapar; pacientes con complejos problemas sistémicos o neuro-oftalmológicos que debo resolver en su favor; revisión y modificación de trabajos clínicos de *fellows* y estudiantes; la situación de la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas abarrotada de enfermos, con severos problemas de funcionamiento y a punto de fenecer en medio de todo este caos nacional y la ausencia de alguien que quiera recibir una herencia que sólo significa trabajo con quienes nada tienen. Así, que no veas el retraso como desdén o descortesía de mi parte, únicamente como la necesidad de tomarme un lapso para digerir y asimilar los conceptos que allí viertes y con los cuales estoy de acuerdo y ofrecerte algunos puntos de vista.

Quisiera esta vez referirme a uno de los dos polos de la figura profesor-alumno: El Maestro. En nuestro caso, no a aquellos meritorios maestros de escuela de nuestros años infantiles y de la mocedad, cuyo recuerdo agradecido nos impregna, sino de esos otros que más tarde llegarían en la Universidad y en el Hospital, marcándonos con su sabiduría y más aún, mostrándonos al desnudo y ante nuestros atónitos ojos, su actitud y proceder ante la vida, la profesión y particularmente el amor por los pacientes. En mi caso les admiré con devoción, muchas veces a lo lejos, desde el asiento de una repleta aula de clases; otras, conviviendo con el dolor y el sufrimiento de los enfermos en las salas hospitalarias donde tanto tiempo transcurrimos viendo sus maneras de decir, de hacer y de proceder; y posteriormente, nosotros mismos en su rol, llevando la antorcha encendida de su ejemplo, calcando sus pensares y haceres, modificándolos de acuerdo a nuestro sentir y dándoles una perspectiva personal para que con la misma pasión, nuestros sucesores sean capaces de transmitirlo a otros.

Viendo el asunto de esta forma, quizá tenga yo un concepto de Maestro más romántico y más personal que el tuyo, el que considero mucho más pragmático y académico. Una necesidad personal, diría yo, que arranca desde el hogar con mis padres, mis primeros maestros; un hogar humilde, multitudinario en hijos, donde la rectitud, el trabajo sostenido y sin pausa, la aceptación de los retos de la vida, la honestidad, la bondad y el ingente deseo de que los hijos superaran con creces lo que sus padres, poco cultivados, no tuvieron, pues su tiempo y circunstancia no les dio otras herramientas que sus manos y un corazón bondadoso; pero aún así, muy curiosos y generosos nos legaron amor, coraje, compromiso, una brújula y un sextante...

He tenido de esos discípulos generacionales como tú los llamas a los cuales aún me empeño en llamar alumnos a pesar de tus precisiones. Todos han estado conmigo viéndome hacer con los pacientes, bien en la sala de hospitalización de medicina interna, bien en la consulta ambulatoria diaria que imbrica lo que para algunos es aceite y agua: oftalmología con neurología, bien en mis cursos anuales de fondo del ojo en la enfermedad sistémica (30 temas en 15 semanas) que he dictado puntualmente los días jueves de 7.00 AM a 9.00 AM por más de 30 años. Como el aprendiz que aprende viendo al artesano, calcando, repitiendo y modificando a la medida de sus necesidades lo que aprendió, intercalando frases inspiradoras de autores y filósofos famosos, así trato de que aprendan mis alumnos. No puedo contar numéricamente los que han pasado "por mis manos", pues grupos de 4 ó 5 jóvenes por períodos de mes y medio, provenientes de cinco postgrados de oftalmología, y otros de neurología y neuropediatría, por cerca de treinta años, han comulgado conmigo y los pacientes el duro pan de sus penas en un reducido espacio. Yo les descubro, ante sus ojos invidentes, verdades escondidas que a mi vista son aparentes por la fuerza del *sapere vedere* del sin par Leonardo, el saber ver que desplaza la *fata morgana*, ilusión o espejismo de conocimiento; desde el diagnóstico *d'embleé* en el paciente espalditendido de la sala de hospitalización o de la sala de espera, donde en un parpadeo mientras paso hacia el consultorio, se me revela en los que esperan, la fisonomía y la impronta cierta de la enfermedad, una acromegalia, una enfermedad de Cushing, una oftalmoplejía externa progresiva... ; los "paréntesis casuales" en medio del diálogo diagnóstico donde la enfermedad habla por boca del dolido y muestra todos sus secretos al oído entrenado, aquél que oye entre líneas, en medio de la hojarasca de su discurso; hasta el signo clínico revelador de que hablara el clínico de filigrana, Doctor Joseph Bell de Edimburgo, preceptor de Arthur Conan Doyle y el hijo de ficción de éste último, donde el autor volcara las enseñanzas, destrezas y los métodos de su maestro: El detective aficionado Sherlock Holmes, "Desde hace muchos años tengo un axioma y es que las cosas infinitamente pequeñas, son las más importantes" (Aventuras de Sherlock Holmes, Un caso de identidad, 1891), ¿No es lo que tú haces frente a un microscopio o un dermatólogo frente a la piel de un enfermo? ¿No se asombran emocionados tus alumnos al ver lo que tus ojos entrenados reconocen "*at first glance*"?

El Maestro suele y debe tener una personalidad magnética que brinde identidad; debe haber dejado en pos de sí una obra trascendente; debe poseer una elevada carga de pasión que impregne todo lo que dice o hace para concurrir al logro de su objetivo: enseñar con el ejemplo, al tiempo que contagia y aporta directrices e ideas; debe suscitar respeto y admiración e incitar a la emulación de los valores y modelos que su ejemplo brinda; debe transmitir conocimientos y experiencias a las nuevas generaciones de manera que forme seguidores animados a reconocerlo como Maestro y continúen su obra; debe constituirse en un abridor o señalador de caminos que propendan a la mejor realización del alumno-hombre, de su comunidad, de su universidad, del área de su experticia en la disciplina que haya sido su quehacer...

Pero, pasemos por un instante a la figura del Mentor, algo así como su sinónimo, otro punto que me cautiva y me parece fascinante...

François de Salignac de la Mothe-Fénelon, arzobispo de Cambrai, escribió en 1699 sus "Aventuras de Telémaco". Siendo el tutor de Luís, quien fue duque de Burgundy, nieto de Luis XIV y sucesor al trono de Francia, el arzobispo creó una secuencia particular a La Odisea en la cual el joven Telémaco sale en la búsqueda de su padre, Ulises, quien había estado impedido de retornar al reino de Ítaca después de la Guerra de Troya. El joven Telémaco no estaba solo en sus peligros; viajaba con Mentor, un venerable sabio que en realidad era la transfiguración de la diosa Minerva (Palas Atenea), hija de Zeus, a quien igualaba en sabiduría, como también con Métis, personificación de la astucia y a quien se atribuía la invención de la ciencia, el arte y la agricultura. Mentor le garantizaría protección sobrenatural y sabios consejos. Bajo su guía, Telémaco creció y alcanzó la madurez hasta que se transformó en un rey justo y poderoso. Poco después que Telémaco encontrara a su padre, Mentor sintió que su trabajo había terminado. Antes de despedirse, Minerva se reveló a sí misma y le dijo, "Te dejo, hijo de Ulises, pero mi sabiduría estará contigo por tanto tiempo como la necesites. Ha llegado el momento en que continúes solo y por ti mismo".

Es con base a esta emocionada y deliciosa narración mitológica, que me cautiva el concepto de Mentor, palabra proveniente del latín *'mens'* como significado de mente, alma o mente divina. De acuerdo a la definición de la Biblia, un mentor es un *dador feliz*; aquel bondadoso que mucho da y más da, sin esperar nada a cambio; un maestro que no regurgita el conocimiento; uno cuyas acciones constituyen un modelo para su pupilo permitiéndole su desarrollo personal al tiempo que estimula su crecimiento independiente, humano, espiritual y científico. Durante este proceso, tantas veces doloroso -¡pregúntame!- el mentor guiará a su pupilo hasta que su propósito se haya cumplido; en ese momento lo dejará de su cuenta para que crezca y florezca lozano con fuerza de primavera. Sin embargo, luego de la partida y desde lo lejos en la distancia, observará a sus pupilos con ojos paternales, atentos y siempre dispuestos a aceptar un nuevo llamado, una nueva guía. Así, permanecerá alerta por si su ayuda o consejo es requerido. Su sabiduría permeará en la vida de su pupilo quien a su vez podrá convertirse él mismo en un mentor, aún de mayor estatura que el calco introyectado. Los principios básicos de educación, civilidad, ciudadanía, honestidad, ética, disciplina y respeto por los demás, promoverán en sus alumnos crecimiento personal y más aún, perpetuarán su figura de Mentor en futuras generaciones.

Creo que con estos párrafos contesto a tu amable atención.

Rafael



Promoción de Médicos Cirujanos, UCV, 1961

**Palabras de bienvenida de la Academia Nacional de Medicina a
sus integrantes**

En memoria de nuestro padrino,

Doctor Manuel Morillo Atencio (1918-1967)

Dr. Rafael Muci-Mendoza¹³²

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Señores Individuos de Número y Miembros Correspondientes

Señores Invitados de Cortesía

¹³² Individuo de Número Sillón IV. Sesión Extraordinaria del jueves 22 de septiembre de 2011

Queridos compañeros

Señoras, señores

Debemos comenzar por dar gracias a la Divina Providencia por el privilegio de ser médicos y encontrarnos reunidos todos aquí hoy. Un lugar preeminente de agradecimiento para nuestras familias, para nuestros padres y su aliento insuflador de empeños, sus vigiliass acompañando nuestras vigiliass de lectura y meditación fatigante. A nuestros compinches de ruta: nuestras esposas o esposos, magníficos seres tras telones, apoyando nuestro desempeño, tolerando nuestras faltas, aceptando nuestra(o) nueva(o) compañera(o), la medicina –siempre tan celosa y exigente pues nos demanda total dedicación-. Además, a nuestros amantísimos hijos y también a nuestros adorados nietos, fuentes de regocijo e inspiración. No olvidaremos a aquellos compañeros de curso que en infausta fecha y para siempre, nos abandonaron en el camino. A nuestros maestros, unos más lejos, otros más cerca, un recuerdo agradecido al continuar iluminándonos el camino cierto. A nuestros alumnos que nos han retroalimentado con su cercanía y sus ideas. Y a nuestros pacientes, porque al través de sus dolores hemos adquirido más sabiduría cuando hicimos nuestras sus irredimibles penas, aprendiendo más, acerca de la condición humana, y por tanto mucho más, de nosotros mismos...

Podría asentarse quizá, que fuimos una promoción huérfana por la temprana desaparición de nuestro padrino en un infausto accidente aéreo ocurrido seis años después de nuestra graduación; de no haber sido así, y si Átropos lo hubiera permitido, contaría hoy día 93 años y estaríamos festejando juntos esta fecha memorable. Pero la muerte, esa esencial vocación humana y al decir de Martí Ibáñez, "esa novia pálida", es el lógico reverso de la medalla de la vida... Hagamos pues honra a su memoria e imaginémosle hoy sentado en la Academia Nacional de Medicina y en la mesa académica ocupando una silla a la vera de nuestro Presidente.

En la Costa del Lago de Maracaibo, en la Concepción de la Cañada de Urdaneta, Distrito Urdaneta del Estado Zulia, nace nuestro epónimo en junio de 1918. Fueron sus padres, Don Manuel Morillo Boscán y Doña Margarita Atencio. En Maracaibo, Estado Zulia, atendió sus estudios primarios en el Colegio de Nuestra Señora de la Chiquinquirá y su secundaria en el Liceo Baralt. Viajó a la ciudad de Mérida y en la Universidad de Los Andes realizó sus estudios médicos ganando por concurso durante cinco años consecutivos el cargo de Preparador de Histología; culminaron sus esfuerzos con la obtención de su título de Doctor en Ciencias Médicas en 1946 como parte de la Promoción Vargas. Fue interno y externo por concurso en el Hospital Los Andes y ayudante de las cátedras de Traumatología, Ortopedia y Cirugía por tres años.

Su espíritu inquieto le aventó a Norteamérica donde siguió estudios de física especial, radiodiagnóstico, radio y radium-terapia. A su regreso se estableció en Maracaibo alcanzando el adjuntazgo de la Cátedra de Electrorradiología de la Universidad del Zulia

luego de haber sido jefe de los departamentos de radiología de los hospitales Urquinaona, Adolfo D'Empaire y Psiquiátrico. En 1955 se traslada a Caracas para constituir parte de la Cátedra de Electrorradiología de la Universidad Central de Venezuela siendo Profesor Titular en 1958 y además, adjunto al Departamento de Radiología del Centro Médico de Caracas dirigido por el Dr. Francisco Banchs. Perteneció a más de 18 instituciones científicas. En 1960 fue designado Profesor de la Cátedra de Anatomía y organizó el Departamento de Anatomía Radiológica del Instituto Anatómico; allí conocimos su trato afable y bebimos de su ciencia, y en 1961 se transformó en el epónimo de nuestra promoción.

Siendo piloto por afición, una tarde gris alzó vuelo en compañía de su esposa y tres hijos menores; amenazadores nubarrones hacia Petare clamaban por un retorno táctico, pero llámelas Parcas, las hijas de Zeus y La Noche, llámelas Moiras o llámelas Nornas, mujeres de severo aspecto, viejas feas ataviadas con sayas negras, portando sus instrumentos de trabajo: el huso, la vara de medir y las tijeras, personificación del destino de los hombres, metafóricas controladoras del hilo de la vida de cada mortal, siempre atentas, concediendo a los mortales, cuando nacen, la posesión del bien y del mal y persiguiendo los delitos de hombres y dioses. Cuando nació, las tres allí estuvieron para asignarle su cuota de vida, de felicidad y de tristeza, de triunfos y derrotas. Cloto, la hilandera, hiló el hilo de su vida desde la rueca al huso; Láquesis, la echadora de suertes, con su vara de medir mensuró el hilo de su vida, y Átropos, la inflexible, eligió su forma de morir llevándole directo a la turbulencia desestabilizadora, titubeó el avión y se fue en barrena, y Átropos, la inevitable, cortó la hebra vital de él y la de sus familiares con detestables tijeras. Privó así a la patria de un hombre bueno, afable y de temperamento tranquilo, de un buen ciudadano y mejor médico, a su esposa de un amante compañero, a sus hijos de un padre y un futuro y a nosotros sus ahijados, de un padrino guiador, comprensivo y oidor de cuitas.

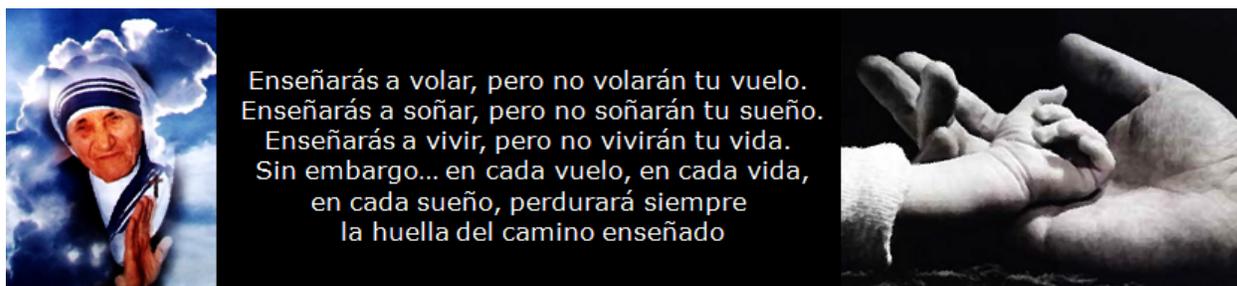
Mi memoria vuela rauda hacia la amarillez de mareados tiempos, época preñada de añoranzas, algunas muy felices, otras muy llenas de ansiedades y sobresaltos, otras muy penosas y dolorosas, no otra cosa que la vida de un estudiante de medicina aprendiendo como se forja un compromiso, un oficio para toda la vida, como se aprende a ser médico...

Un cinco de septiembre de 1961, bajo la Nubes Acústicas de Alexander Calder e imbuidos de legítimo orgullo, escuchábamos retumbar nuestros nombres y recibíamos jubilosos nuestros títulos de Médicos Cirujanos, en presencia del Rector, doctor Francisco De Venanzi y de los doctores Jesús María Bianco, Rafael José Neri y nuestro padrino. Y así, algunos echamos ancla en Caracas y otros se esparcieron por el territorio nacional. Muchos integrantes de nuestra promoción, ya en la provincia, ya en la Capital han dejado, hemos dejado impronta, habiéndonos preparado mejor para ser mejores, dejándonos enseñar, para mejor enseñar, modelar actitudes y mostrar caminos, para tratar de dar al paciente un cuidado humano sin agregar una pizca de dolor a aquel que ya trae, para regar cimiento, fundar escuela modificando viejos

patrones del hacer médico y recoger los frutos de nuestros alumnos; sin ustedes, sin nosotros, nuestra medicina actual no sería ahora tan diferente como es.

En tiempos en que se nos ofende, se nos vilipendia, donde el que cree saber cierra las puertas de su mente con falsas ideas para que el saber efectivo no pueda penetrar, y de esa forma, intenta desdeñarnos, disminuirnos... pero, podemos mostrar con hechos e historia que hemos sido parte positiva de la gesta médica nuestra; desde nuestros diferentes campos hemos construido y enseñado a construir, hemos hecho patria. Para construir hace falta inteligencia, conocimiento, entrega y verdadero amor por la humanidad y por el país. No hemos sido timoratos o mezquinos, no nos hemos vendido a un mejor postor, no nos hemos rendido a la enseñanza foránea retrógrada y aniquiladora de nuestro pasado, ese pasado legado por nuestros maestros y los maestros de nuestros maestros. Enseñamos a aquellos que iniciaban los pasos que nosotros, un cierto día, iniciamos titubeantes; muchos nos recordarán pues aprendieron con nuestros errores y con nuestros aciertos; principalmente con los errores, esos, que siempre nos acechan a la vera de la práctica y que esperamos no repetir y que ellos no repitan.

Haremos nuestra la hermosa frase de la Madre Teresa de Calcuta (1910-1997):



Algunos hemos sido golpeados duramente por la saña de la enfermedad, otros aporreados por los años, pero a pesar de todo muchos más hemos continuado en el quehacer diario. No sabemos hacer otra cosa que aliviar el dolor ajeno. Pienso que la jubilación no planificada, sin actividad constructiva alguna, significa lamentablemente, la muerte biográfica; aún más dolorosa que la muerte biológica. Comenzamos por no ir más al Hospital o al ambulatorio, disminuimos el ejercicio privado, nos encerramos en la casa, fastidiamos –los hombres- a la mujer –“¿Qué estás cocinando? ¿Será que le pusiste mucha sal?”- en una jodienda inacabable que termina por hacernos detestables. Iniciamos pues ruta cierta hacia la enfermedad seria, comenzamos a deprimirnos, a consumir medicamentos y con sus efectos colaterales –no reconocidos como tales-, nos enfermamos aún más. Con otros, considero que el ejercicio físico es vital para el ser humano al mejorar el desempeño del corazón y los pulmones, mantener el sistema muscular activo, y con ello evitar las caídas y las fracturas; pero además, es una de las

tácticas para modificación de enfermedades que evita la demencia y el deterioro cognitivo leve, además de que modifica favorablemente estos procesos una vez que se han desarrollado. ¡Que los ángeles digan amén...!

Si con no disimulada pedantería decimos que aprendimos más medicina que nuestros maestros, no es porque hayamos sido más despiertos o más inteligentes: Al filósofo neoplatónico, erudito y administrador del siglo XII Bernardo de Chartres, su discípulo Juan de Salisbury en su obra *Metalogicon* de 1159, le atribuye una cita que luego se asignó erróneamente a Isaac Newton... Escribió: "*Somos como enanos a los hombros de gigantes. Podemos ver más, y más lejos que ellos, no por alguna distinción física nuestra, sino porque somos levantados por su gran altura*". ¿A cuántos de estos gigantes que sin mezquindades nos elevaron debemos agradecer? ¿Y en qué forma podemos retribuirles su bondad y su desinterés? Para ellos nuestro emocionado recuerdo.

Y llegó más de una década oscura, tiempos amenazantes, intransigentes y difíciles para unos; paradójicamente y presenciando la destrucción del país, bienvenidos para otros; la patria se polarizó en dos toletes; nos dividimos como si fuéramos enemigos viviendo bajo un mismo sol, bajo una misma historia, bajo una misma bandera; pero parecemos ignorar que los opuestos son lo mismo, difiriendo sólo en grado y que los pares opuestos pueden ser reconciliados; aunque el amor y el odio son considerados antagónicos, situados en antípodas, el uno al otro enteramente diferente e irreconciliable, en la realidad no lo son. Ambos son designaciones aplicadas a los dos polos de una misma cosa. Solamente odiamos lo que amamos o hemos amado y nunca podremos odiar lo que nunca hemos amado. En una escala donde amor y odio antagonizan, en cualquier punto donde comencemos encontraremos más amor, o menos odio, conforme ascendemos la escala; y más odio o menos amor conforme descendemos. Soy optimista, fusionaremos la bulla que nos aliena, la calma renacerá y reconstruiremos un mejor país con el auxilio de la mucha fuerza que aún nos queda, la de nuestros hijos y la esperanza de nuestros nietos.

Los antecedentes históricos de la medicina venezolana establecen cuatro etapas de evolutivas que incluyen, su *fundación, reforma, transformación y modernización*; pero me he permitido adicionar dos etapas más, una que llamo de *involución de la medicina pública (con un correlato de avance en la medicina privada)*, y la etapa actual – incomprensible- que he calificado de *entrega a una nación extranjera*.

La primera etapa, correspondiente a la *fundación*, se inicia en 1763, años antes de la existencia de la Capitanía General de Venezuela que se decreta en 1777, con la creación de la Cátedra de Medicina en la Universidad Real y Pontificia de Caracas; y luego con la institución del Protomedicato, ambas debidas al empeño y decisión del ilustre médico mallorquín, Lorenzo Campins y Ballester.

La segunda etapa, correspondiente a la llamada *reforma*, es liderada por José María Vargas, quien en 1827 se convierte en el primer rector seglar de la republicana

Universidad Central de Venezuela. Vargas se erigiría en el reformador de los estudios médicos. Con él se inicia la medicina científica, y quedan echados los cimientos para su ulterior desarrollo.

La tercera etapa es la de *transformación*. Comienza en 1891 y está determinada por tres hechos fundamentales, a saber, la inauguración del Hospital Vargas de Caracas ese mismo año; la fundación de las cátedras experimentales de Fisiología, Histología y Microbiología; y la creación del Internado y Externado hospitalarios. Siete visionarios colman esta etapa: Elías Rodríguez, rector de la UCV para la fecha; Luis Razetti alma y motor indiscutible de esa transformación; José Gregorio Hernández, fundador, regente y sostenedor de esas tres cátedras a los largo de 28 años; y cuatro grandes clínicos y maestros venezolanos de todos los tiempos, propulsores de las clínicas madre, Francisco Antonio Rísquez, Pablo Acosta Ortiz, Aníbal Santos Dominici y Miguel Ruíz.

La cuarta etapa es una de *modernización* iniciada en 1936, cuando se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, cuyo primer titular fue el doctor Enrique Tejera Guevara. Se produce la transformación de la Junta de Beneficencia Pública de Caracas; se crean las cátedras clínicas de todas las especialidades médicas; y se funda el Consejo Venezolano del Niño. Se trata de una época de fecunda ebullición y gestación, de anhelo de reformas y mejoras que llevan a la ciencia médica venezolana a la altura de las naciones más avanzadas.

La quinta etapa la he llamado, la *Involución de la medicina pública y Evolución de la medicina privada*. Para el momento del inicio de nuestros estudios médicos, el Hospital Vargas de Caracas era el centro de referencia nacional para pacientes de todo el país, que venían en la búsqueda de comprensión para sus quejas y cura para sus dolores. Allí se formaron las grandes escuelas de clínica médica y cirugía. Médicos privados enviaban sus pacientes tras la pista de un diagnóstico acertado, o para la realización de exámenes complementarios que no se hacía fuera de su perímetro, o para alguna complicada intervención quirúrgica. Muchos de nuestros profesores hablaban fluidamente dos o tres lenguas, tenían estudios de postgrado en el exterior y habían regresado a esparcir su semilla en ese terreno abonado que fuimos nosotros. Eran momentos en que la atención médica se percibía como un acto de beneficencia y no como un derecho humano como luego con pertenencia lo fue.

Se habían fundados hospitales a todo lo largo y ancho de la geografía nacional y allá se fueron post-graduados a modificar viejas maneras de hacer, retoñando por doquier el verdor del progreso médico. El Hospital Universitario de Caracas amenazó con el cierre del Hospital Vargas. Visionarios no lo permitieron, y sobre su muerte cierta como ave Fénix se alzó la Escuela de Medicina José María Vargas.

Con el paso del tiempo, las políticas de salud fueron cambiando sin que se trazara un plan para garantizar su continuidad. La politiquería inició el deterioro de los servicios públicos de salud; buenos planes eran rechazados por provenir de otra tolda política. Los hospitales públicos, a un coste elevadísimo, devinieron en receptáculos de toda

injusticia, depósitos de enfermos con problemas médicos y quirúrgicos no resueltos, morideros de gente, bien por falta de mantenimiento, bien por migración del personal hacia la práctica privada ante los paupérrimos salarios, falta de insumos, ausencia de protección para el médico y el paciente, períodos de estada elevadísimos... en fin, todo lo que implica una mala medicina a un impresionante coste. Entre tanto, fueron formándose policlínicas privadas del más alto nivel, limpias y funcionales, bien dotadas de insumos y con los últimos adelantos tecnológicos; con personal altamente solvente, competente y bien preparado, que a un coste elevado serviría a la ínfima parte de la población que pudiera cancelar sus servicios. Muy poca solidaridad mostró en sus comienzos estas instituciones hacia quienes no tenían posibilidades, y, con mucha frecuencia, los profesionales, copiando estándares extranjeros ordenaban y ordenan en forma desconsiderada, exámenes costosos cuando procedimientos más económicos podían conducir a un diagnóstico.

Iniciamos nuestras prácticas en este período, muchos compañeros y yo, compartíamos la práctica entre docencia y asistencia matutina y práctica privada en la tarde. No había la posibilidad de conciliar las dos propuestas. El Complejo Asistencial Docente Vargas – sueño de hombres y mujeres de valía- quedó como vergonzosa historia no concluida, o la autogestión promovida en años pasados por ilustres vargasianos, jamás pudo ser llevada a buen puerto por este proceso involutivo que nos agobia, donde no hay consuelo para las penas del niño que vive en la calle o aquél otro ahogado en su dolor, mendigando salud en Miraflores, atestado de papelitos peticionarios y de promesas incumplidas, cuando la dádiva política a otros países está a la orden del día.

La sexta etapa en este declive hacia el precipicio y la destrucción, la he denominado *La Entrega*. En 1999, una decena de años atrás, con la llamada Tragedia de Vargas, cuando los venezolanos nos aprestábamos a votar en el referéndum para la aprobación de una nueva Constitución –lo que ocurriría al siguiente día-, las precipitaciones en el Litoral Central continuaron sin amainar, determinando que el cuerpo de bomberos local sugiriera decretar un Estado de Emergencia en la zona, advertencia que el Gobierno nacional no escuchó. Esa voz desoída por mezquinos intereses condujo tal vez, a la desinformación de la población litoralense y a la muerte de cerca de cincuenta mil conciudadanos. En ese infausto momento, el gobierno venezolano permite el ingreso de 500 “médicos” cubanos a la costa varguense. Y aquellos médicos venezolanos que nos desplazamos a brindar ayuda en las áreas de necesidad, se nos fue negado el acceso. No me quedan dudas de que había un plan, un plan perverso, concebido en Cuba y puesto a punto, para que en caso de alguna circunstancia imprevista se procediera a un acceso masivo de “cooperantes”. Y así fue, el deslave de Vargas brindó oportunidad para comenzar a vender la patria al peor postor. Medio millar de médicos cubanos que nunca se devolverían sino que crecería en número hasta alcanzar los treinta mil. Esta vergonzosa entrega aupada por muchos de nuestros colegas, significó la vulneración de las leyes de la República y la pérdida de la soberanía de la salud que ahora está en manos cubanas. Difícil de comprender cómo se involucraron médicos venezolanos, algunos queridos amigos y otros conocidos, en esta venta infamante, en esta traición a

la medicina venezolana. Se permitió el ejercicio ilegal de la medicina por extranjeros sin haber cumplido los extremos de la ley a la cual nosotros y generaciones posteriores estábamos obligados por la Constitución de la República y la Ley del Ejercicio de la Medicina.

Los venezolanos poseídos de inmenso desinterés y cobardía miramos a otro lado mientras ha ocurrido una invasión silenciosa del país por una nación ajena a nuestro gentilicio, sin oponer resistencia alguna, sin que se disparara un solo tiro. Es bien conocida la existencia de un ministerio cubano en la sombra, paralelo al Ministerio de Salud y Desarrollo Social amparado por quienes han pisoteado los principios éticos y morales de nuestro oficio, y ante la indiferencia del conglomerado médico. De estos médicos esclavos del régimen cubano se sabe que muchos han desertado. Desde 2007 se puso en marcha guiado tal vez por una buena intención, la Misión Barrio Adentro, un plan político e ideológico presentado como misión humanitaria, entregado a la Misión Cubana pero que en sus normas, regulaciones y administración no funciona integrado al Ministerio de Salud de Venezuela, desconociendo las leyes de la república y las ideas y propuestas del Maestro José Ignacio Baldó. Todo ello puso de manifiesto la debilidad de la Federación Médica Venezolana y los Colegios de Médicos, y otros organismos de la sociedad civil para enfrentar con inteligencia y decisión una lucha frontal contra los invasores.

Por otra parte, la premeditada asfixia económica a las universidades nacionales buscando su quiebra y cierre consiguiente, beneficiando a aquellas bajo la tutela del Estado, la creación inconsulta de una carrera de medicina con estudios paralelos de faltoso pensum, que otorgarán el título universitario de Médico Integral Comunitario (MIC), a diferencia de nuestro título de Médico Cirujano, que reciben una beca de 400 BsF., contrastando con las ocasionales becas de trabajo con máximo de 200 BsF. de nuestros alumnos regulares, y que ofrece formar y "capacitar" veinticuatro mil ochocientos quince nuevos "médicos" bajo el concepto del empleo de realidad virtual como única herramienta docente en ausencia de la enseñanza clásica que todos conocimos y aprendimos y enseñamos a la cabecera del enfermo, y en ignorancia acerca del cómo hacer una historia clínica y sin contacto con los pacientes. La idea que alienta la formación de estos supuestos médicos, puede verse, tiene más una intención política, de forja de activistas del régimen. En diversas publicaciones de prensa, entrevistas radiales y televisivas y una carta abierta, he hecho constar mi rechazo y descontento, incluyendo la petición de mi jubilación de la UCV como manera de protesta ante las autoridades de la Facultad de Medicina por el envío de 8.900 estudiantes del MIC a los hospitales de las facultades tradicionales, no existiendo espacio ni posibilidades docentes para atender esta ola de cursantes y cuya escasa formación salta a la vista. La destrucción de los hospitales públicos ha sido intencional, las listas de Tascón y Maisanta guardan toda su vigencia para los jóvenes egresados de universidades tradicionales que quieran servir a su patria, y ellas, con la vorágine que nos asesina, han servido para que muchos consideren irse el país porque aquí no se les quiere. Pecado mayor de lesa patria, no podría concebirse.

Se nos ha dicho que no hay motivos para celebrar. No compartimos para nada esa opinión, tal vez expresión de una profunda tristeza personal. Quizá muchos de nosotros estemos cansados de tanta brega, de tanto insomnio acumulado que nos invita a la trampa del reposo del guerrero, a la calma chicha, a quedarnos atascados en el mar de los sargazos, dimensión donde van las cosas perdidas. Las sirenas de terrible y hechizante canto siguen canturriando hermosamente para atraernos hacia la perdición, para que al seguirlas nos devoren sin clemencia. Hagamos como en la Odisea se dice que hizo Ulises: amarrado con cadenas al palo mayor de su nave para no ir tras ellas, cuando sus compañeros se ponían cera en los oídos.

El país habrá de cambiar para bien y debe encontrarnos activos, lúcidos, cargados de ideas para reiniciar la ruta perdida y ahíos de deseos, pues si hay reflexión, hay esperanza.

Señoras, señores.

Muchas gracias por su atención

- **Carta abierta**

A mis compañeros de Cátedra y del Hospital Vargas de Caracas; a las autoridades y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y en particular de la Escuela de Medicina "José María Vargas"; a otros miembros de la comunidad universitaria; a mis alumnos de pregrado y cursantes de postgrados de medicina interna, de oftalmología de los Hospitales Vargas, Rísquez, Domingo Luciani y Militar, al postgrado de neuro-pediatría del Hospital Pérez Carreño y postgrado de neurología de la Universidad de los Andes.

El 18 de junio de 2010, conjuntamente con otros destacados médicos venezolanos¹³³, suscribí un documento intitulado "Consideraciones sobre la incorporación de 8.581 estudiantes de la carrera de Médicos Integrales Comunitarios a los hospitales públicos", un problema que ya fuera planteado

¹³³ Blas Bruni Celli, Vicente Lecuna Torres, Luis López Grillo, Carlos A. Moros Gherzi, Rafael Muci-Mendoza, José Félix Oletta López, Ángel Rafael Orihuela, Antonio París P., Pablo Pulido M., Carlos Walter Valecillos.

en cartas y comunicados desde julio del 2007 y del que extraigo textualmente algunos párrafos "El documento señaló de forma terminante que el diseño curricular de las carreras de Médicos Integrales Comunitarios resultaba ser prácticamente el pensum de carreras similares que se cursan en Cuba, con un alto contenido ideológico que *"pareciera ser un objetivo esencial en su diseño, lo cual está en contra de los principios fundamentales de la educación y especialmente de la educación universitaria, basada en que el alumno pueda ejercer libremente el análisis y la discusión de todas las ideologías, libertad que es atributo fundamental de las universidades..."* Como afirmamos en el Manifiesto de julio de 2007 al cual hemos hecho referencia, *"no se les ha brindado la posibilidad que nuestras facultades de medicina ofrecen a sus estudiantes: una carrera con un pensum acreditado, garantía de la obtención de grados y otorgamiento de títulos de indiscutible solvencia académica y profesional"*. Por su parte y en relación con los cursantes, el documento finalizaba diciendo, "asegurar que la práctica que llevará a cabo este personal esté enmarcada en los estándares internacionales para la educación médica de pregrado, que exige alto compromiso en la formación del médico, en la que deben combinarse, la excelencia en la atención de la salud de la persona, de servicio a la comunidad, de sensibilidad humana y equidad en todos los estratos sociales".

Pues bien, en la mañana del pasado lunes 24 de enero de 2011, luego de atender, como es mi ancestral costumbre, a mis pacientes de la Unidad de Neuro-Oftalmología del Hospital Vargas de Caracas, me dirigí a las 9:30 A.M a la Sala 3 con la finalidad de participar en el ritual de la revista médica de sala por tantos años acostumbrado; fue grande mi sorpresa cuando se me comunicó que estarían presentes tres cursantes del programa de Medicina Integral Comunitaria que propicia el estado venezolano en connivencia con la misión cubana. Según se me informó, constituía una "colaboración" pedida por el Director del Hospital para recibir a seis pasantes divididos en 2 grupos, uno para la Sala 3 y otro para la Sala 2. Me presentaron a tres mujeres superando la treintena y en gesto de elemental cortesía les ofrecí mi mano. De acuerdo a lo comunicado, serían "invitados de palo", es decir, que "no molestarían, no hablarían, sólo escucharían y sólo tomarían notas", como en efecto ocurrió...

Antes de proseguir, debo significar que he permanecido en el Hospital Vargas de Caracas desde 1957, cuando iniciara mi paso por las clínicas en tercer año de medicina; allí recibí información, pero más que todo, formación médica, ética y humanitaria. Me gradué el 5 de septiembre de 1961 y desde entonces mi vida ha permanecido atada al Hospital Vargas de Caracas -53 años; ¡más de medio siglo!-. Solamente durante mi Internado y Residencia en Medicina Interna, recibí mis emolumentos a través del Hospital (Bs. 1.500,00 de entonces). Luego, ingresé al escalafón universitario ascendiendo

progresivamente hasta profesor titular; todos mis trabajos de ascenso fueron laureados y se recomendó su publicación. Desde entonces y hasta el presente, he permanecido como Profesor Titular universitario activo de Clínica Médica, a medio tiempo de contratación, en la Cátedra de Clínica y Terapéutica B de la Escuela José María Vargas de la Facultad de Medicina de la UCV, a la cual ingresé oficialmente el 1º de febrero de 1965 manteniéndome en mi puesto hasta el día de hoy, es decir, exactamente 46 años y una semana de intensa actividad asistencial y académica; ininterrumpida con excepción del período comprendido entre julio de 1978 y julio de 1980 cuando permanecí en el Centro Médico de la Universidad de California, San Francisco donde realicé un entrenamiento en neuro-oftalmología, superespecialidad hasta entonces desconocida en mi país. Debo manifestar que nunca tomé un tiempo completo por temor a no poder cumplirlo, aunque mi lapso de trabajo se extendió habitualmente entre las 7.00 A.M. y las 11.30 A.M.

Es por ello que mi sueldo actual, me avergüenza decirlo, es de tan sólo Bs.F. 1.331,00 que con las deducciones, termina siendo de Bs.F. 829,36. Se pensará que sólo un imbécil trabajaría por un sueldo tal, pero a decir verdad, nunca laboré por un sueldo sino por amor a mis pacientes –los más desposeídos-, a la memoria de mis profesores, al Hospital al que tanto quiero y debo, a la docencia universitaria a la que he dedicado tiempo, desvelos y puntillosa escrupulosidad, y a mis centenares de alumnos de pre y postgrado, solazándome henchido de orgullo al verlos de mis manos aprender y ser mejores ciudadanos y triunfar en nuestro medio y allende los mares.

En mis charlas dictadas y en artículos médicos publicados en el país o en el extranjero, siempre y con orgullo me he identificado como "Médico del Hospital Vargas de Caracas", nunca mencionando la institución médica privada a la cual pertenezco. En algún momento y en forma anónima mi supuesta auto designación de "Médico del Hospital Vargas" con que suscribí muchos artículos de prensa en su defensa, me valió críticas por "identificarme como tal sin serlo".

He compartido mis actividades de Cátedra con la dirección de la Unidad de Neuro-oftalmología, fundada por mí, única en el país y dependiente económicamente de mi persona y de los Cursos de Fondo del Ojo en la Enfermedad Sistémica que anualmente dicto por más de 40 años; nunca he pedido ni recibido ayuda de mi Escuela ni de la Dirección del Hospital, tampoco se me ha ofrecido. Nunca cobramos un céntimo a nuestros pacientes, considerando nuestro trabajo como una ofrenda y como una obligación. La Unidad fue designada con mi nombre el 18 de julio de 2003 a pedido de mis propios compañeros de Cátedra y aprobado por el Consejo de la Escuela de Medicina "José María Vargas" en su sesión # 783 de fecha 15

de mayo de 2003, fundada a mi regreso del Norte en julio de 1980 con material e instrumentos adquiridos de mi propio peculio y a la cual asisto entre las 7.30 A.M. y las 9.30 A.M. viendo una docena de enfermos diarios, intentando solucionar o aliviar sus problemas y de paso, enseñando a los médicos internistas y oftalmólogos que me acompañan lo que considero el arte de la medicina al través de ser un hombre que trata de estar enterado en su oficio, cabal, respetuoso y bondadoso para con mis pacientes y para con mis alumnos.

Tan sólo eso ha sido mi vida hospitalaria...

Volviendo al tema que me ocupará en adelante, tal vez por algún descuido involuntario, no fui informado que estos cursantes asistirían a las revistas de sala, ni que supiera, se hubiera convocado a todos los miembros de la Escuela, del Departamento Médico, de la Cátedra y del Servicio para discutirlo, decidirlo y aceptarlo o improbarlo. Era pues ese lunes, el día en que se consumaba de un hecho cumplido. En razón de ello debo hacer algunas precisiones.

El 8 de julio de 2006 escribí en la sección de Opinión del Diario El Universal de Caracas, 2:9, el siguiente artículo:

"Oferta fraudulenta..."

Rafael Muci-Mendoza

La medicina es profesión de elevada actividad intelectual; nuestro padre Hipócrates, 2500 años atrás trocó el empirismo en medicina que se explicaba el mundo en términos de razón, surgiendo así la medicina científico-natural, disciplina en constante evolución y perfeccionamiento. La medicina constituye parte neural de la cultura de una época y de un país. La situación no deja de ser al menos triste... Mil quinientos jóvenes bolivianos, adolescentes ilusionados e incautos, masa proclive al engaño, enlabiada y traída a 'estudiar medicina' mediante un plan manipulado y contrahecho: 2500 años de progreso continuado reducidos a un año de estudios limítrofes y 5 de práctica, tiempo apenas suficiente para producir un rutinero. Retrocedemos en medio del empirismo revolucionario. Un sistema engañanecios en el que nunca podrán competir con sus pares académicamente formados del primer mundo porque estarán privados de la universalidad del conocimiento, entrampados en estudios superficiales planificados en función política y no científica, resentidos dentro de su propia marginalidad, mesas de tres patas...

Todos los médicos cometemos errores porque la medicina es la ciencia más inexacta de cuantas existen, por tanto insistimos en formarnos

bien y brindar adecuada formación a nuestros alumnos suministrándoles las herramientas necesarias para comprender al humano enfermo en todas sus aristas, desde anatomía hasta humanismo y humanitarismo. Les enseñamos a desconfiar de propias destrezas, a temer a la falsa seguridad de una formación deficiente o fronteriza, no les queremos médicos del montón, les queremos ágiles en el pensar, claros en el diagnosticar, solidarios con el necesitado y ponderados en la indicación terapéutica.

¿Desearían los gestores de este bodrio tener para sus hijos enfermos, empíricos del diagnóstico y la terapéutica...?

rafaelmuci@gmail.com

A lo largo de doce años del llamado gobierno revolucionario, los médicos venezolanos hemos sido segregados, insultados, desmerecidos, se nos ha endilgado toda clase de penosos adjetivos, se ha favorecido y forzado una diáspora de más de seis mil médicos jóvenes, nuestros mejores cerebros, nuestra generación de relevo, para implantar dizque una nueva forma de aprender y hacer medicina con "médicos" que por su formación, tristemente nunca lo serán. Una verdadera falsificación de los estudios médicos, una verdadera estafa. A este respecto, he tenido una posición crítica y clara, y siendo así, sería una incongruencia con mi conciencia, con mis principios y con mis ideas, coherencia con mi presencia en la que ha sido mi Facultad, mi Escuela y mi Hospital una manera aberrante de enseñar medicina.

¿Conocemos a fondo el pensum de los estudios de estos cursantes? Fuera del tinte ideológico de sus estudios y el empleo de una computadora, ¿Tenemos alguna idea acerca de qué les han enseñado sobre medicina y cuáles son sus destrezas y sus aptitudes? ¿Han conversado estos jóvenes alguna vez con algún humano enfermo y aprendido las bases de la medicina clínica: el diálogo diagnóstico-terapéutico, la nosología y la semiología y el arte de tratar al enfermo que no a la enfermedad? ¿Por qué estos pasantes, que no estudiantes formales, no son enseñados en alguno de los 500 Centros de Diagnóstico Integral, instituciones hacedoras de exámenes complementarios sin rumbo en ausencia de una historia clínica –herramienta principalísima desconocida por sus ductores-, conducidos por ensalzados médicos cubanos? Yo no sé que saben, ignoro sus planes de estudio, no me siento culpable del producto final que estamos presenciando, no soy responsable de que se les haya engañado, y no pueden pedirme ahora, que participe yo mismo del engaño, de la farsa, dejándolos permanecer de pie frente a mí, como "invitados de palo" -designación que además considero peyorativa e inhumana-, tomando insulsas notas para continuar el sainete que han montado entre los cubanos, el mandón y médicos traidores a su esencia

venezolana. ¿Dónde quedan el esfuerzo y los desvelos de nuestros verdaderos estudiantes para aprobar sus materias? ¿Vamos a juzgar a estos otros de manera diferente? Aunque siento dolor y pena por los engañados, no me prestaré a esta engañifa, pues no deja de parecerme una traición hacia nuestra condición de docentes universitarios, de ucevistas, de ciudadanos de un país al que consideraba soberano.

No quiero ser un títere del autócrata ni de las autoridades universitarias que nos impusieron aceptarlos a través de la Dirección del Hospital y ahora hasta nos piden que los evaluemos, no quiero ser un colaboracionista en esta imposición enmascarada de "colaboración" después que nuestros mejores hospitales docentes han sido destruidos intencionalmente y con saña, nuestros médicos minados en su mística, nuestros postgrados desmejorados y desmembrados, todo para hacer prevalecer los dictados de un programa paralelo conducido por la Misión Cubana, para conculcar la soberanía de la enseñanza médica instituida desde José María Vargas por invasores extranjeros que han clavado su pendón en estas tierras generosas sin encontrar oposición alguna, pues ni un tiro han echado durante la invasión, que venden a nuestros jóvenes una dolosa quimera. Sé que me tildarán de egoísta, de escuálido, y quién sabe cuáles otros epítetos me pondrán a cuestras, pero no ha sido ni será por mí que este caballo de Troya portador del empirismo más redomado haya entrado como ya ha entrado en mi universidad, en mi hospital, en nuestras vidas. Mientras asfixian nuestra Universidad negándole recursos, colaboramos con nuestros enemigos. Y véase, les llamo "enemigos" tal y como sienten los médicos cubanos a los médicos venezolanos. Ilusos e invidentes funcionales no hemos comprendido la saña de nuestros invasores, de nuestros enemigos.

He tenido una posición clara y crítica con este régimen involutivo, ahora dictatorial; sería una incongruencia con mis principios transformarme ahora en un colaboracionista, en un tonto útil, que seré borrado como mis compañeros en cuanto ya no les sirva más a sus propósitos.

Con todo respeto y consideración, elevo ante las autoridades de mi Universidad, de mi Facultad, de mi Escuela y a los integrantes de mi Cátedra y Servicio, a mis queridos compañeros de tantos años, mi enconada protesta por la conducta de aquellos que han dado muestras de flaqueza y timidez, que quiere ser también un llamado a meditar las consecuencias de este acto de cobarde entrega.

Debo irme... Me separaré temporalmente de mi cargo universitario, he pedido un permiso no remunerado mientras arreglo asuntos concernientes a **mi** Unidad, a **mis** pacientes y a **mis** alumnos a los cuales no abandonaré. Hoy introduje los documentos para mi jubilación ante el Decano de la Facultad de

Medicina. Hasta ahora nadie ha querido como herencia una Unidad donde sólo hay obligación, trabajo y responsabilidad sin mediar ningún estipendio, por tanto, aunque jubilado, seguiré trabajando desligado del Hospital aunque no de mi Universidad. Permítaseme esta, mi forma de protesta...

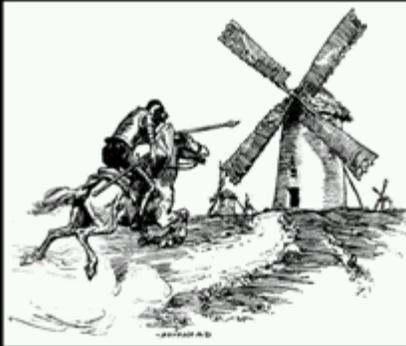
Con toda honestidad sé que con esta, mi decisión irrevocable, perderé mi querencia de medio siglo, mis compañeros de tantos años, mis pacientes, mis alumnos, sustancia con la que está hecha mi vida... Pero ha llegado el momento de decir basta a la imposición velada de quienes parecen no darse cuenta que están siendo también llevados a destruir nuestro hospital, nuestra escuela, nuestra facultad y nuestra universidad haciéndola más venal y tolerante con sus enemigos.

Con Umberto Eco debo decir, "Este es el motivo por el que a veces hay que decir que no aunque, con pesimismo, se sepa que no servirá para nada". Y con José Martí, con la frente en alto y la voz clara, debo también decir que, "Prefiero morir de pie, que vivir de rodillas..."

Caracas, jueves 17 de febrero de 2011

**UN RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL PARA UN TENAZ Y EFICAZ
DEFENSOR PERMANENTE DEL HOSPITAL VARGAS, DE LA UNIVERSIDAD,
DE LOS PACIENTES Y DE LOS MÉDICOS**

Dr. Rafael Muci Mendoza

Cual Quijote moderno de los siglos XX y XXI

Figura. Diapositiva enviada el 16.06.2010 por mi dilecto amigo, el Doctor José Francisco, pediatra, universitario y académico.



Colofón.

- **Mi padre o el valor de la palabra empeñada...**¹³⁴



Jose Muci Abraham
Jose Muci Abraham

**Figura. Mi padre, Don José Muci Abraham
(1890-1978)**

¹³⁴ Vitoria de la Hoz, J. Loricá, una colonia árabe a orillas del Río Sinú. Cuadernos de Historia Económica y Empresarial. 2003 Publicación del Banco de la República – Sucursal Cartagena-Colombia



Francisca Mendoza Laya de Muci Abraham

Figura. Mi madre, Misia Panchita Mendoza de Muci (1907-1998).

Cuando me apresto a escribir este aparte, me solazo y mis ojos se llenan de lágrimas oyendo la sinfonía más conocida de Antonín Dvořák, la *n.º 9 en mi menor, Op. 95* (1893), llamada Sinfonía desde el Nuevo Mundo, o Sinfonía del Nuevo Mundo¹³⁵. Con sus acordes, imagino al joven que era mi padre admirado con ojos desorbitados ante aquella nueva realidad exuberante que se desplegaba ante sus ojos inocentes al entrar hacia Guayabal por entre la vegetación feraz de la tierra guariqueña que le acogió con todo y el bagaje ancestral que traía a cuestas.

En las postrimerías del tercer milenio antes de Cristo, el pueblo fenicio se estableció a orillas del litoral Mediterráneo en una región montañosa célebre por sus cedros, en un área algo superior a la de nuestro Estado Miranda, 10.000 metros cuadrados. Se designó como Líbano (“montaña de los perfumes” o “montaña blanca”). La fama de ciudades fenicias como Biblos, Sidón, Tiro, Trípoli y Beirut ha sido notoria. Al norte del Líbano surgió la población fenicia de Ugarit. ¡Nada menos... allí nació nuestro alfabeto habla de la inteligencia de mis ancestros! Ese, que luego de ser simplificado por los arameos, fue tomado por los griegos para difundirlo por toda Europa. Los fenicios fueron grandes comerciantes y navegantes. Sus aventuras marítimas y su poderío naval fue causa a la vez de gran admiración y fuerte envidia entre sus contemporáneos. Bajo el poder del azote otomano permanecerían Siria, Líbano y Palestina desde principios del siglo XVI hasta el final de la Primera Guerra Mundial. La dominación otomana fue tal vez la razón más poderosa que tuvieron los jóvenes árabe-cristianos para emigrar hacia el continente americano. Había entonces en el Líbano mucha hambre y muy pocas posibilidades de surgir. Era además, una forma de eludir el servicio militar obligatorio instaurado desde 1908. Los jóvenes cristianos eran reclutados y enviados al frente de batalla: “En esa época cuando un joven era reclutado, sus parientes lloraban por él,

¹³⁵ Aunque no hay pruebas fehacientes del por qué del nombre prefiero aceptar la versión según la cual Dvorak tituló su 9ª sinfonía como "Del Nuevo Mundo" como agradecimiento a América, de lo cual no hay mayores pruebas.

como si muriera. El servicio no tenía límite de tiempo y además era cruel”¹³⁶. Para evitar el reclutamiento de sus hijos, las familias debían pagar en dinero o en especie a las autoridades otomanas: madera de olivo o de cedro, con gran valor comercial. Cuando carecían de medios, la única salida era la emigración... Aventar a sus hijos hacia lejanos rumbos... enviarlos fuera del lar paterno en la búsqueda de oportunidades; la aventura de América que se ofrecía como un desahogo familiar y al mismo tiempo, por la posibilidad de mejoría económica en los años por venir. “Era gente hogareña, de severos principios morales, sin más protección que las de sus propios recursos, sus primeros representantes no tardaron en superar las más duras dificultades... Los nativos los molestaban aplicándoles el apodo genérico de *musiús –musiuses-*”¹³⁷

Mi padre, libanés por nacimiento, nació en Ramajh, pequeña población del Estado Ackar ubicado sobre una colina sobre el río grande Najar El Kabir, el sábado 12 de noviembre de 1890. Contaba con treinta y cinco casas despobladas por la emigración de sus habitantes. Sus padres, analfabetas, fueron Abraham Náder y Gileni Salomón Náder y procedía de un hogar de 12 hijos de los cuales dos habían fallecido. Su madre y sus hermanas tejían alfombras de lana para vender. Él debía ayudar en la labranza de la tierra con una yunta de bueyes, segando trigo en la época de cosecha y cargando los dos camellos de la familia. Al final de la jornada, cuando el cansancio llamaba al reposo, era enseñado a leer por su impaciente hermano Nicolás. “Con oraciones de un libro manuscrito de mi abuelo, llamado “el sabio Salomón”, con el cual aprendí a ensalmar desde mi casa para espantar a los zorros y cuidar el maíz amarillo”

A inicios del Siglo XX, habiendo nacido en 1890, en junio de 1910 marchó a América por mar desde Trípoli, escondido, burlando la vigilancia de la recluta lo que le impidió despedirse de sus padres y pedirle las bendiciones, carencia que siempre le causó inmensa pena. Igualmente, le despidieron llorosas en el puerto sus hermanas Yamili y Nillme a quien nunca más vio porque fallecieron de gripe española al igual que su padre y otro hermano. El barco llegó a Marsella y desde allí debía continuar hacia Trinidad pero el Cónsul Inglés le pidió un depósito con el cual no contaba, por lo que tuvo que cambiar su destino a la Isla de Martinica: Con lágrimas reprimidas en sus ojos me contaba cuánto trabajo pasó allí. Desconocía el idioma y las costumbres de aquel pueblo que se le antojaba muy extraño lleno de “carbón y negros” a quienes nunca había visto. Elías, un paisano al cual recurrió en búsqueda de ayuda, le alojó para dormir en el suelo y le suministró una cajita con bisutería y estampitas religiosas de santos, y le enseñó como decir en francés el coste respectivo. Así, que en medio del ardiente sol iba tocando puertas de casa en casa, siendo que a menudo era rechazada su presencia, pero hasta le regalaban o vendían 1 ó 2 cambures lo que constituía su comida de un día, cuando no los sobrados de la casa que se lo daban a los perros. Luego, con el magro ingreso obtenido de la larga y ardiente jornada, se iba a al mercado y “buscaba el pan, pero del más viejo para que me dieran más cantidad...” Transcurridos cuatro largos meses de privaciones al fin se embarcó de nuevo con rumbo a Santa Lucía donde fue alojado por un palestino quien lo trató “como miembro

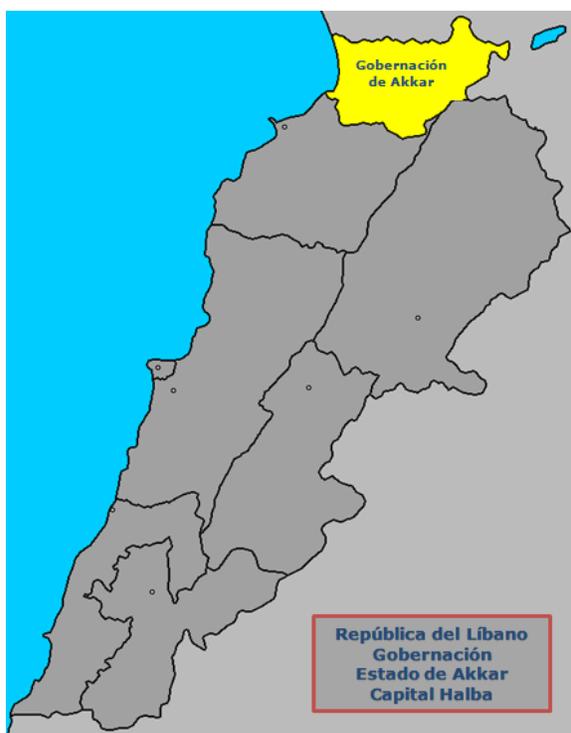
¹³⁶ Gladys Behaine, “La migración libanesa a Colombia”, Departamento de Historia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 1989, s.p.

¹³⁷ Ramón Díaz Sánchez, “Líbano, una historia de hombres y de pueblos. Los libaneses en Venezuela. Caracas. Corporación Universo Ltda. 1969

de su familia"; de allí se marchó a Trinidad. "Ese señor tan generoso me acompañó al puerto y me regaló una cesta de comida".

Con el dinero ahorrado con su trabajo se hizo dos trajes y luego de varios días se embarcó en un barco venezolano, "El Delta" navegando río Orinoco arriba hasta llegar a Ciudad Bolívar donde iría a buscar al Señor Alfonso Quiroz amigo de su hermano Nicolás. Como no pudo hallarlo, esa noche debió dormir en el suelo de cemento del Paseo La Alameda (hoy día Paseo Orinoco). Allí luego de encontrarlo le pidió a una paisana mercancía para vender mientras llegaba el vapor para irse a San Fernando de Apure porque "quería trabajar y mantenerse". Cuando fue a sacar su equipaje de la aduana, un saco de henequén amarrado con una cabulla donde traía ropa y una bolsa de *shanchish*¹³⁸, fue arrestado porque se le había extraviado el pasaporte. Una fianza de veinte mil bolívares prestado por el Señor Quiroz le liberó. Continuó trabajando hasta que un sábado se embarcó en el Vapor Alianza navegando río arriba el Río Apure.

Poco antes de cumplir los 20 años, en septiembre de 1910 al fin arribó a San Fernando el 10 de octubre. Los 14 K que separan a esta ciudad del pueblo de San Jerónimo de Guayabal, establecida a finales del siglo XVIII a orillas del Río Guárico, donde fijaría su residencia, los recorrió sobre las ancas de un burro. Se encontraría con Nicolás, su hermano mayor y primogénito, un hombre de recio carácter quien había llegado 5 años antes. Procedían de un hogar muy pobre pero imbuido de una profunda y poderosa razón moral y ética y de una sabiduría innata, tal vez heredada de astutos navegantes fenicios.



Jose Muci Abraham

Memoria que dedico con mucho cariño y amor a mis nueve hijos.

El día de Noviembre, día Sabado de 1890 nací en el pueblo Ramajh Estado de Akkar, norte de la República Libanesa, ese pueblo está ubicado en una colina sobre el río grande "Najar El Kabeh" cuenta con treinta o treinta cinco casas, casi la mayor de sus habitantes emigrados a las Americas. Mis padres Muci Abraham Nader y Gileni Salomón Nader El Kurz. Mis padres eran pobres sencillos y con diez hijos vivos, porque fueron 12 de ellos murieron 2, a mi me criaron en el trabajo sudoroso, con Junta de Obreros y pagando el tiempo en la época de cosecha, esto lo hacían ayudando a mi hermano Nicolás y en la noche tenía que aprender a leer en lugar de dormir cansado del trabajo, el que me enseñaba mi hermano Nicolás, tanto papa como mamá no sabían leer ni escribir, y por eso se esforzaron a enseñarnos a saber aunque sea firmar, eso lo decía papa, mamá era muy pendiente de nosotros que debemos estudiar, en particular con miyo porque no tenía tiempo sino en la noche y nunca logre entrar a una escuela. El año 1905 se marchó a Venezuela mi hermano

¹³⁸ Son bolitas de queso de penetrante olor con un sabor y textura únicos muy utilizados y constitutivos de la dieta del libanés.

Figura. "Memoria que dedico con mucho cariño y amor a mis nueve hijos..."
Conmovedor testimonio escrito de puño y letra de mi padre

A menudo nos decía que ésta, "su Venezuela", era una tierra privilegiada, una tierra de gracia, donde la fertilidad se expresaba a borbotones; bastaba por ejemplo, arrojar una semilla de mango y de inmediato, sin cuidado alguno, germinaría imparable hasta hacerse árbol, y bondadoso derramar frutos. En "su tierra" –como con orgullo la llamaba-, para cultivar unos cuantos sacos de trigo, había que luchar mucho, había que faenar sin fatiga para hacer que la tierra yerma devolviera menguados favores. Sin embargo, en medio de tanta carencia y humildad, sus padres sentaron en él, los cimientos de la honradez, dignidad, el fervor por el trabajo digno, la necesidad de compartir con el que menos tenía y la reciedumbre de un carácter indoblegable. A menudo los árabes eran objeto de burlas por su dificultad idiomática y en el caso de mi padre lo fue aún más, pues era portador de un estrabismo consecuencia de una infección tracomatosa a temprana edad que dejó uno de sus ojos ambliope¹³⁹, inservible y desplazado hacia adentro. Sólo cuando alcanzó los 27 años y tuvo posibilidades de hacerlo, le fue parcialmente corregida la desviación por el doctor Jesús Rhode, eminente oftalmólogo venezolano de la época.

Eran tiempos de gran atraso, revoluciones, montoneras, abigeato, paludismo, diarreas infantiles y la tuberculosis medraba a sus anchas en esos campos olvidados. El comercio, el trueque y el pacto de buena fe, eran los sustitutos de la guerra, el saqueo y la rapiña. Aquellos hombres, hombres de una sola costura, hacían negocios colocando de por medio, su palabra empeñada. De sus faltriqueras deformes y embuchadas pagaban y eran pagados en monedas de oro contantes y muy sonantes. No existían documentos y si acaso, para no dejar todo a la flaqueza de la memoria, en una pequeña libreta de anotaciones se detallaban las mercancías o el ganado vendido y se asentaban los abonos. Se entregaba lo propio y se confiaba que el otro, en un tiempo acordado respondería y cumpliría. Era una forma de pagaré moral.

-**“! Mi palabra es un documento...!”** -solía mi padre decir frente a nosotros sus hijos, remarcando las sílabas y con una mirada grave en su rostro, y no había duda de que así era.

-“Yo no necesito firmar ningún documento que me obligue, pues pongo como garantía mi honor, que para mí es suficiente y más que obligante. Nunca pongan su credibilidad en peligro, hagan siempre lo que corresponda y nunca empeñen su palabra si no tienen la certeza de cumplirla. Ello implicará saber decir que NO cuando la circunstancia así lo exija. Es de mal nacidos el no saber reconocer los derechos del otro y de bien nacidos reconocerlos cuando sea necesario”... Palabras sabias, palabras del corazón para quien no había tenido ni instrucción primaria...

En sus palabras nos decía, “Tracen una línea vertical como aguja de bitácora para toda la vida, ajusten el rumbo y la velocidad defendiendo sus derechos sin mancillar los de otros y así, llegarán adonde quieran llegar”.

¹³⁹ La ambliopía, también llamada ojo perezoso u ojo vago, se define como una disminución de la agudeza visual sin que exista ninguna lesión orgánica que la justifique. Generalmente el compromiso es unilateral y se produce como consecuencia de falta de estimulación visual adecuada durante el período crítico de desarrollo visual, lo que afecta a los mecanismos neuronales encargados de la visión. En el caso de mi padre, la produjo el estrabismo.

Muchos libaneses como mi padre, tendían a buscar mujer en "su tierra". A su pedido, aún sin conocerlas y si acaso una foto descolorida de por medio, éstas les eran enviadas por sus familiares quienes las escogían en razón a sencillas virtudes de honestidad familiar y personal y a su dedicación al trabajo casero. Quizá una manera de buscar protección en lo conocido y fortalecer alianzas económicas. Mi padre por lo contrario, se mezcló con una silvestre y altiva flor de bora crecida a la vera del Río Guayabal del Guárico, Francisca Mendoza Laya, o simplemente Misia Panchita. Inyectó pues, savia nueva a su tronco social tan carcomido por la endogamia, pues los matrimonios entre primos hermanos eran entonces la regla. Por tanto, pienso que mis hermanos y yo somos el producto de un encuentro entre dos lejanos mundos, el Oriente Medio y el norte de Sur América. Digo así de voz en cuello que soy hijo legítimo del *kibbe* con *tabule*, del arroz con lentejas y la caraota negra con carne mechada y tajadas. Los de su raza eran gente sana, industriosos, inteligentes, duros y dispuestos para el trabajo sin pausa y la vida austera, que venían al país sin un centavo en el bolsillo pero con cinco mil años de ventaja en el arte del comercio, un legado de antiguos fenicios navegantes y pronto eclipsaban a los nativos. Su vocación de trabajo y sus vidas austeras permitió a esos inmigrantes ahorrar y financiar, no sólo los estudios de sus hijos, sino los de sus sobrinos que habían quedado en "su tierra" y de innumerables ahijados que adquirieron mi mamá y él, entre sus paisanos, inmigrantes europeos y nativos, a quienes dieron y mucho, sin ser requerido. De suerte que en menos de una generación ascendieron socialmente en forma vertiginosa y sus hijos tuvieron edad suficiente para comenzar a estudiar, para tener lo que ellos no pudieron tener en su país de origen. Mi padre nos decía que éramos Muci, que éramos los mejores y como imperativo, que debíamos llegar adonde nadie se atrevió a llegar antes... En nuestro caso, el sueño de nuestro padre era que todos los hermanos abrazáramos profesiones de prestigio como derecho, medicina u odontología... pero no sólo eso, siempre nos presionaba para que además, fuésemos profesionales destacados. -"¡Usted es un Muci, y nadie puede ser mejor que usted!", nos decía con inquebrantable convicción.



Figura. Mis padres en su mocedad, la cara serena y angelical de mi mamá, nuestra "flor de bora" llanera, y la postura firme, elegante y decidida de mi papá. "musiu José"...

Mi hermano José, -Youssef como a veces le llamaba-, primogénito varón, llenó con creces ese deseo ingente de mi padre. Dotado de gran inteligencia y amor por el estudio infatigable que conduce a la excelencia, dejó una estela inigualable durante sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio del Sagrado Corazón de Jesús de los Hermanos de La Salle en Valencia y luego en la Universidad Central de Venezuela donde se graduó en Ciencias Políticas con máximas calificaciones y grado de *summa cum laude*. Más tarde se marcharía a Madrid donde su tesis doctoral fue premiada; bebió conocimientos en Londres, y más tarde sería profesor de Derecho Internacional Privado y Decano de la Facultad de Derecho, Secretario de la Universidad Central de Venezuela, Contralor General de la República destacándose por su honestidad y fortaleza ante las presiones de partidos políticos, articulista destacado del Diario El Nacional y a la final, Individuo de Número y Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Políticas y Sociales.

Pero además de todas esas virtudes que adornaban a los libaneses, aunque tenían fama de avaros, por lo contrario, eran también muy caritativos. Lo que muchos ignoran es que venían de una cultura de carencias en la que aprendían a guardar un equilibrio entre la abundancia y la escasez: Durante la cosecha se consumía lo necesario y se guardaba el excedente. Era la cultura de pueblos semíticos como árabes, judíos y fenicios. Allí adquirieron un alto sentido del ahorro, que como dijimos era visto como avaricia, sin llegar a comprender que su sistema metódico en el aspecto económico obedecía más a la necesidad de mantener un respaldo monetario en un país desconocido, que no de un afán puro de lucro. Contaba con amargura que un día, caminando frente a la Catedral de Valencia, se encontraba Monseñor Gregorio Adam frente de la curía, y respondió con cinismo al saludo de mi padre diciéndole, "Señor Muci, siempre acumulando riquezas..." Mi padre no le contestó. El sacerdote no conocía que la mayor riqueza de mi padre era su bondad, el compartir con los pobres, no con los poderosos que ya tenían de más...

A pesar de la holgura económica que se inició a inicios de la década cincuenta, nuestra educación fue muy estricta, exigente y sin ningún exceso. Estaría yo en quinto grado de primaria cuando luego de un recreo fui llamado a la Dirección del Colegio. Me recibió el Hermano Heraclio a quien por supuesto, me acerqué muy temeroso. Introdujo su mano en su profundo bolsillo y sacó un papel doblado en 4 partes. Lo abrió, me lo mostró y me preguntó si era mío. Asentí que efectivamente era de mi propiedad. Me lo dio diciéndome,

-¡Caramba Muci, su casa es un cuartel...!

El papel en cuestión, no era otra cosa que una distribución, por horas, de lo que debía hacer durante el día, desde despertar a las 6.00 A.M. cuando pasaba revista a una cajita cuadrada donde cada uno tenía cepillo y pasta de dientes, un peine, un jabón y Moroline® o petrolato como fijador del cabello, pasando por las tres comidas y la hora de estudiar y dormir. Al final, debía ser firmado con la sentencia previa de que su incumplimiento acarrearía la pérdida de la mesada –entonces "real y medio y cuartillo"- para asistir los sábados a la matiné del Teatro Imperio.

Mi padre escribía a máquina con dos dedos muy rápidamente. Nos dijo que nosotros teníamos que hacerlo mejor, así que recibimos clases de mecanografía usando las dos manos y sin ver al teclado. Adquirió para nosotros una completísima Enciclopedia Espasa-Calpe (Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana) contentiva de 82 tomos para los cuales y los suplementos que se publicaban cada año mando a hacer una biblioteca de madera con puertas de vidrio. No teníamos pues ninguna excusa para no ser los mejores. Los sábados, día de distribución de boletas, el hermano director iba de aula en aula para repartirlas y hacerlas firmar por nuestros padres. Mi hermano

Franco que me antecedió, había perdido un año, así que estábamos juntos y siempre nos disputábamos el primero y segundo puesto, ambos acreedores a una medalla que debíamos lucir en nuestra camisa y devolver el lunes con la boleta. Cuando mi padre veía las notas, 19 y 20 alternando entre uno y otro a lo largo de semanas, por único reconocimiento nos decía parco,

-¡Ese es su deber...!

Mi padre conoció también de excesos: Adquirió un Rolls-Royce negro que había pertenecido al Embajador de Gran Bretaña y más tarde adquirió otro de color blanco con teléfono incorporado –en un país donde no había cómo conectarse desde el automóvil-. En algún momento, este último me lo ofreció en regalo. Yo me excusé argumentando que no tenía donde guardarlo ni largueza económica para asegurarlo y mantenerlo; además, me parecía de muy mal gusto aceptarlo, vender el regalo y quedarme con el usufructo. Pues bien, él me dijo que así que no lo quería, se lo donaría a Don Luis Blanco Gásperi, a la sazón buen amigo y Presidente del Comité Ejecutivo de la Cruz Roja Venezolana en Carabobo para que lo rifara y utilizara el dinero recogido en obras de caridad. Al mismo sitio fue también a parar el otro Rolls negro... Mi caso creo es único, alguien que rechazó el regalo de un Rolls-Royce...

Como buen libanés, mi padre gustaba de las joyas, así que tenía joyeros amigos que le llevaban prendas para la compra. Mi mamá era la depositaria; tenía innumerables y costosas joyas las cuales nunca usó; pienso que no era su temperamento, era una mujer muy humilde, conocía en fibra propia de la pobreza y de privaciones infantiles y nunca se envaneció con la posición que mi padre le brindó... A la final y en vida, las distribuyó mediante sorteo entre mis tres hermanas y algunas entre sus nietas. Pero no sólo fue mi madre, también mis hermanas y hermanos recibimos un reloj Rolex de oro con numerales de brillantes y un brillante engarzado en platino. Luego me regaló su brillante personal que tampoco nunca usé. No creí merecerlo ni mucho menos poder comprarlo. En algún momento el producto de su venta fue usado para una causa noble.



Figura . Bodas de Plata matrimoniales de don José Muci Abraham y su esposa misia Panchita Mendoza de Muci con sus nueve hijos (21.06.1946). Todos lucíamos felices y contentos en el amplio jardín de nuestra casa de habitación de Camoruco en Valencia. Sobreviven 2 hembras y 3 varones.

Muchos libaneses abrigaban la idea de regresar con el dinero ahorrado y establecer en su país un negocio rentable y luego escoger mujer o compañera. Primero se castellanizó su nombre y así, de *Youssef* pasó a llamarse, *Joseph*, y “musiú” José respectivamente, y *Moussi* pasó a ser Muci. Mi padre fue rico en bienes de fortuna; Dios premió en demasía su don de comerciante, trabajador honesto y sus desvelos. No fue esclavo de su dinero como muchos, antes bien, fue su amo y señor y en vez de ser su siervo... Se sirvió de él para hacer el bien a su familia, a su país de origen, a su país de adopción y a todo aquel que se acercara a su mano bondadosa. En Líbano y específicamente, en Líbano del Norte, en su pueblo *Remmah* en *Akkar*, edificó una escuela de educación primaria a un coste de 455 napoleones de oro equivalentes a 2140 libras esterlinas de aquel entonces; pagó de su bolsillo y por cerca de 7 años sostuvo la escuela y un maestro de planta –mi tío Fadel- beneficiando a sus sobrinos, familiares y a muchos otros niños de poblados cercanos (Mendjese, Kfarnoun, Nahrié y Cheklar) que iban a estudiar y aprender lo que él no pudo; por cierto, mi madre quien permaneció durante un año en el Líbano, fue alumna del colegio, aprendió el idioma y

orgullosa, disfrutaba mucho hablándolo con la familia o amigos de mi padre. Además, sobre ruinas de una antigua capilla en la aldea de Aidamún, vecina a su pueblo, como buen cristiano ortodoxo griego que fue, mi padre hizo construir también una iglesia en honor a San Jorge (San Domatius) a un coste de 515 napoleones equivalente a 2430 libras esterlinas de entonces. Ambas, escuela e iglesia, aún sirven a la comunidad. De su peculio también el pueblo obtuvo su primera **planta eléctrica y su primer acueducto**.



Figura. Noche Buena de Año Nuevo 1958. Los "chicos", Rafael, Miguel Gómez -esposo de Gileni-, Luis, Papá y Fideas (faltan José y Franco). Las "chicas", Gileni, Josefina, Mamá y Rosa, ¡qué hermosas todas..!

Mi querido amigo de la infancia, el Dr. Enrique Mandry Llanos, Presidente de la Sociedad de Historia del Estado Carabobo, me contaba que cuando compró su casa, mi papá quiso visitarlo y así lo hizo. Subió los 13 peldaños que conducen al lobby y alabó su adquisición, sintiéndose muy feliz de que con su presencia le diera un espaldarazo al amigo. Entre otras conversaciones, aquél le comentó acerca de alguien conocido por ambos. Mi padre le dijo "ese es un mal hombre"; sí, un hombre malo le espetó mi amigo. No mijo, le digo que es un "mal hombre", no un "hombre malo". Era el encargado de la sucursal de una firma comercial en Puerto Cabello a quien yo visitaba periódicamente. Una vez le dije que con toda la experiencia adquirida, porqué no se abría por su cuenta y fundaba su propio negocio.

Por respuesta recibió, "Yo no soy tan rico como usted Don José, por tanto no tengo capital suficiente para independizarme".

Mi padre le inquirió, -¿Y de cuánto dinero estamos hablando?

-Bueno... unos diez mil bolívares...

Bien –replicó mi padre- Vamos a hacer lo siguiente, yo se los doy, usted inicia su negocio y me paga después.

-No Don José, yo no puedo aceptarlo pues no sé si podría pagárselo.

–Pues no tiene que hacerlo ahora, sólo págume "cuando sea millonario". Mi padre duplicó el monto del dinero y le dio un cheque por veinte mil bolívares.

El sujeto no fundó un nuevo negocio, no pensó en su familia y se gastó el dinero en mujeres y apostando a la baraja. Hizo circular la noticia de que se había ganado la lotería. Siempre se escondía para no ver a mi papa. Mi padre nunca se lo reclamó, pero por eso decía que era un "mal hombre", moralmente contrahecho.



Figura. Izquierda. Frente a la "Muciera" de izquierda a derecha, mis hijos Rafael Guillermo y Gustavo Adolfo Muci Facchin, mi padre y mi tío Antonio Mendoza Laya. Centro. Mi padre flanqueado por mi tío Arquímedes Araujo, maestro ebanista y mi persona. Derecha. Iglesia de San Gerónimo de Guayabal

Y así, con mi tío Nicolás, el primero de los Muci Abraham que se establecieron en Guayabal del Estado Guárico; con el tiempo adquirieron una casa amplia que hacía esquina a la cual los lugareños llamaron "La Muciera", era vivienda y negocio, una especie de miscelánea donde de todo se vendía, mercancías secas, alimentos, medicinas y hasta balas para revólveres. Habiéndose marchado mi tío al Líbano en 1914 mi padre quedó sólo y sin crédito alguno. "Resistiéndome a quedarme con las manos cerradas procedí a comprar mercancías y a hacer negocios. Un día le escribí a la firma Blohm y Cia. de Ciudad Bolívar pidiéndoles un crédito de Bs. 12 mil. Me fue concedido en mercancías que vendí y pagué de contado en un término de tres meses". Prosperó su negocio, compró ganado y fundó un hato, compró terrenos de invernadero y una quesera. No recibió correspondencia de la familia hasta finalizar la I Guerra Mundial en 1918. Se enteró entonces que su padre y 3 hermanos habían muerto de la Gripe Española. Cambió en nombre de su firma que era José Muci Abraham en el cual figuraba su hermano Salomón, por Hermanos Muci Abraham dividiendo su capital en 4 partes iguales para además asociar a sus hermanos ausentes, Abraham –sordomudo- y Aziz. En 1925 decidió liquidar sus propiedades las cuales vendió al Señor Camilo Glauco, y en marzo de 1926 alquiló un automóvil y se fue rumbo a Caracas donde estuvo pocos días. Quería conocer a Valencia y alojándose en el Gran Hotel Colotto, mi hermana Gileni que hasta ese momento no le gustaba ninguno de los sitios donde habían estado, dijo -"Esta es mi casa, aquí me gusta"

En dos ocasiones visité Guayabal con mi padre. En una ocasión durante mis vacaciones universitarias, me manifestó que su muerte estaba próxima y quería ir a su tierra y me pidió le acompañara. Y así nos fuimos en 1969. Luego del largo recorrido recogimos a mi tío Arquímedes Araujo, muy respetado hombre de bien en San Juan de Los Morros donde era propietario de una ebanistería. Nos alojamos en el Hotel Latorraca de San Fernando de Apure, y al día siguiente partimos hacia el pueblo de mi madre. Mi padre se había proveído de no sé cuantos billetes de diez bolívares que llevaba en todos sus bolsillos. Al llegar, se sintió muy contento porque le estaban esperando y aquello fue toda una fiesta patronal. Todos querían tocarlo, saludarlo y

abrazarlo y los billetes escapaban de sus bolsillos. El párroco de la Iglesia le sacó para la pintura del templo y un multígrafo. Él estaba feliz.

Pues bien, pasó el tiempo y mi papá no se murió. Así que unos 5 años más tarde, siguió con la misma función de su muerte. Volvimos por segunda vez, esta vez me hice acompañar de mis dos hijos, Rafael Guillermo y Gustavo Adolfo, para que de propia experiencia conocieran al lado humilde de su familia, pero sólo conseguimos a mi tío Antonio; un campesino con las piernas encorvadas de tanto caballo montado (Figura). Se repitió la misma escena de la vez anterior, y sí que esta sería la última vez que mi padre visitara su "otra tierra" y se sintiese muy triste de que la casa que fue de su propiedad y había regalado a mis tíos, se encontrara en estado tan deplorable. En varias ocasiones les había enviado dinero para que la refaccionaran y la pintaran, pero mis tíos habían sido "muy indolentes" y por ello recibieron una reprimenda...

Siempre quiso mi padre a Guayabal como nido propio. Las plagas que infectaban esos campos olvidados del llano venezolano, le hicieron viajar al centro del país, donde tendría más oportunidades de desarrollo para su ya creciente descendencia. Por azar fijó su residencia en Valencia. Luego de un largo y agotador viaje llegaron a esa Ciudad. Mi hermana Gileni, la mayor, dijo, "¡Aquí me gusta...!", lo que tomó Don José como un imperativo. Él y mi tío Salomón compraron el Hotel Colotto donde se habían alojado y le cambiaron el nombre, "Gran Hotel –Antiguo Colotto-" Desde allí iniciaron operaciones en lo que sabían y conocían. El comercio de mercancías secas al detal y al mayor. Nacieron así sobre la Calle Páez en lógica secuencia, "Mi Tesoro", "La Mariposa", "La Fortuna" y "La Popular"; todas muy cerca una de otras, así que si a un cliente no lo agarraba el chingo, lo agarraba el sin nariz. Mi padre tenía dos agentes viajeros que iban por el país, también él lo hacía con su chofer Nemesio Narváez quien había sido criado por libaneses y hablaba el árabe. Había tenido previamente otro a quien apodaban Lindberg, era un hombre delgado y catire, medio trastornado. Fue despedido un día en que viajando por una carretera desolada vio a una burra. Detuvo el automóvil y besó la burra en la boca...

Feliz el hombre que al final de una larga vida (91 años) no le queda sino lo que ha dado a los demás; realmente mi papá no murió de verdad, porque dejó en muchos el recuerdo de su vida fértil; cierto que con el olvido sobrevendrá su muerte real y yo no quiero que eso suceda... No le hizo daño a nadie, levantó, formó y acarició una extensa familia honesta y aún después de muerto, siguió favoreciendo a sus hijos de su trabajo, y sus ayudas a otros fueron mantenidas hasta que los ayudados desaparecieron.

Mi padre falleció dulcemente si se quiere, el sábado 15 de julio de 1978 a las 10.00 AM. Regresaba de su tienda, y como era su costumbre almorzaba muy temprano. Mi hermano José y primogénito y favorito, había llegado de Caracas y en ese momento le acompañaba. De repente pareció ahogarse. Mi madre le dijo a mi hermano, no te preocupes que a veces se ahoga, golpéalo por la espalda. Se vino hacia adelante y ya estaba muerto...

Sábado 3 de julio de 2004. El Universal. Opinión

"Musiú José"...

Rafael Muci-Mendoza

- Luego de dolorosas vicisitudes, por el Canal Grande remontando río arriba el altivo Orinoco para recalar en San Fernando de Apure, llegó con sólo un atado de magras pertenencias y un deseo incontenible de vida y de progreso. En el Guayabal guariqueño que adolescente le acunó, aprendió de la mano de Don Félix Abraham a leer y escribir el árabe, y Don Juan Clímaco Mirabal, un denso filósofo

pueblerino, le enseñó el español y tantas cosas de la vida trazando con bondad una senda que luego repletó de virtudes ciudadanas. ¡Cómo les agradeció toda su vida su bondad infinita! Trabajó tan duro como peón y con rectitud, frugalidad, honestidad y decencia; inició la construcción de su familia con una siempreviva llamada Panchita que le dadivó el llano venezolano. Y vinieron muchos hijos, trabajó para que fueran ciudadanos ejemplares, a todos les dió estudio y les estimuló a ser los mejores y a nunca ser lo que no eran. Adquirió el lenguaje del llanero con el cual se consustanció y nunca dejó de reconocer al pueblito y al corazón del llanero común que le acogió. Se hizo venezolano de tanto agradecimiento acumulado y pagó con creces el amparo bondadoso. Hablaba de sus dos ‘tierras’, aquella, la de sus padres y ésta, la de sus querencias, su mujer, sus hijos y su familia... Venezolano integral como el que más, se fue a los 91 años pletórico y orgulloso. No hubiera podido comprender ese cúmulo de envidia, pequeñez espiritual, odio e intemperancia atosigados en una alma torva que pide el revocamiento de la nacionalidad a quienes piensan diferente. Dime niña agriada, mezquina y díscola ¿Cómo entraste al mundo adulto tan ignorante y resentida? ¿De qué inicua fibra estás hecha? ¿Tan poco amor te ha dado la vida, ese que le sobró a “musiú José” y que repartió en desmesura? ¿Cuántos “musiués” de tantas otras nacionalidades hicieron y hacen tanto por nuestro país que tú no has hecho? “Musiú José”, ese noble inmigrante libanés, fue nuestro amado padre...

rafael@muci.com

Mi madre, extraordinaria mujer, humilde por procedencia y por carácter, de infancia muy triste y dolorosa al quedar en la orfandad a corta edad, teniendo que cuidar de sus cuatro hermanos menores. En mi desaparecida columna Primum Non Nocere del Diario El Universal de Caracas, con el encabezamiento de, “El retorno de la tisis”, Parte II, del sábado 24 de noviembre de 1990, escribí¹⁴⁰,

- “Con la mirada húmeda y extraviada en lontananza de mareados tiempos, mi vieja Panchita, mi dulce vieja, me relataba sus cuitas de cómo a la edad de 12 años, en medio del reverberante sol de un mediodía llanero había quedado en la más absoluta orfandad cuando su padre, de apenas 36 años, muriera en su sano juicio, aconsejándola y prodigándole bendiciones a ella y a sus hermanos menores. Una tuberculosis pulmonar de reinfección, dio al traste con su vida y sus ilusiones - “¡Razón tenía aquel sabio dicho llanero –me decía- de que el tísico muere hablando y el ajito¹⁴¹ cagando...!” Dos años antes su madre, Columba, en sus frescos 28 años había corrido similar suerte, víctima de una tisis galopante que en tres meses de fiebre y sudores la consumió y se la llevó de este mundo injusto... A tan tiernas edades, ella y sus hermanitos presintieron con horror, que seguirían muy pronto aquel triste destino. Mas escrito estaba que no sería así. Ellos, por razones incomprensibles del destino, no fueron pasto de Minotauro moderno de Razetti y vivieron mucho para contarlos. El paludismo, la tuberculosis y la

¹⁴⁰ La crónica fue también recogida en mi libro, “Primum non nocere, Primero no hacer daño. Vivencias de un médico del Hospital Vargas de Caracas”. 2004. Edición, Sociedad Médica Santiago Salcedo Bastardo. Clínica El Ávia. Página 183.

¹⁴¹ El termino ajito era de uso frecuente en mi casa para expresar diarrea. Núñez R, Pérez FJ. Diccionario del Habla Actual de Venezuela. 1994. Publicaciones de la UCAB. Adj.1 *Llan coloq.* Aplicado a una persona que tiene cólicos a causa de una indigestión. /Adj. 2 *Llan coloq.* Aplicado a una persona que tiene diarrea..

anquilostomiasis campeaban a sus anchas por aquellas llanuras olvidadas, succionando energía y sueños, diezmando gente, desolando el campo y clausurando pueblos enteros. Todo, todo ello parecía haberse quedado atrás en sus recuerdos... como una pesadilla que le laceraba el alma. Mas, como la resurrección de un Lázaro espantoso ocurre que en las postrimerías del siglo XX no encontramos de nuevo en los umbrales de tiempos de tristeza y calentura. ¡Qué patético el subdesarrollo con riqueza —exclamaba con ojos desorbitados y veraces el loquito del pueblo- la riqueza que se marcha y el pobre más subdesarrollado que se queda! Para la vieja Panchita era tan familiar el término hemoptisis... como que tantas veces había presenciado a su "taita" toser la sangre ¿Sus nietos? De cuño reciente ¡Nada que ver con el término! La tos, debilitante en extremo se presentaba en accesos llamados quintas, adoptando diversas modalidades que los médicos de entonces inermes e impotentes ante el flagelo más se ocupaban de su descripción que de su tratamiento..." Y por allí seguía...

Pero el destino quiso darles una madrastra de excelencia, su padre, Luis Felipe Mendoza, desposó a Doña Leonarda Solórzano quien al enviudar los prodigó de amor y cuidados y de quien mi madre siempre se expresó en términos de legítimo reconocimiento y amor... Rita su hermana, había fallecido también de tuberculosis, le sobrevivieron mi mamá que era la mayor, Antonio, Luís y Narciso. Mi padre trató de incorporar a mis tíos a la vida citadina de Valencia e incorporarlos en la tienda, pero el llamado del llano fue mayor y no logró que se acostumbraran a la rígida disciplina que quería inculcarles —al fin, eran alcaravanes libres de un inmenso llano-, a calzar zapatos ni al ajetreo de la vida citadina. Total, todos se fueron para retomar su vida estrecha, pobre y austera. No obstante, él no les olvidó, les enviaba mensualmente ayuda económica para cada uno y estaba pendiente de sus dificultades. Creo que esa situación de sus hermanos tan carentes y a ella, a quien todo le sobraba y no había nada que padre le negara, siempre mantuvo en sus ojos silenciosas lágrimas...

Los recuerdos más precoces de mi madre los tengo a una tierna edad donde me veo en su regazo en una mecedora de lona, con su característico y monótono "ruqui-ruqui" que invitaba al sueño dándome un tetero, chato por cierto, y puedo recordar el reloj de pared frente a mí. Luego otro en que me veo arrodillado frente a ella quien está sentada en un pequeño sofá de "paletas" para niños, enseñándome las letras en un libro de Mantilla.

Como buena llanera de trato llano y sonrisa bien dispuesta solía reírse a carcajadas —nunca frente a mi padre-, y seguro estoy que el fondo agradecía muchísimo no haber seguido el destino de sus hermanos ahora llena de los secos mimos de mi padre y el verse querida y llena de joyas que este le prodigaba y que ella se resistía a usar. No sé porqué me gustaba oírle decir, -" El burro es un animal muy sufrido..."

En homenaje a mis ancestros durante el año 2011, lleno de legítimo orgullo, obtuve mi pasaporte libanés, en el consta mi nuevo nombre, Rafael de Jesús Youssef Muci Ibrahim. Así que como mi padre, comparto dos nacionalidades, una de mi patria Venezuela y otra de la patria de mi padre, Líbano...

El egoísmo a ultranza y el provecho propio es uno de los signos de nuestro tiempo, no importa cuántas personas perjudiques o cuántos, indirectamente mueran por tu causa. La mentira, el robo, la prevaricación y la traición estarán siempre a la mano de figuras públicas de gran coturno, trayendo a la mente el retruécano de Ugo Fóscolo (1778-1827):



En tiempos de las bárbaras naciones,
colgaban de las cruces los ladrones.
Mas ahora, en el Siglo de las Luces,
del pecho del ladrón cuelgan las cruces

Figura . Ugo Fóscolo

