

# **PENSAR LA CLÍNICA MÉDICA**

**Prof. Dr. Efraín Salvioli**

**Cátedra "A" de Clínica Médica**

**Universidad Nacional de La Plata**

## **Efraín Salvioli**

*Especialista Jerarquizado en Clínica Médica*

*Prof. Adjunto de la Cátedra "A" de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Argentina.*

*Instructor de Residentes de Clínica Médica del Hospital de Gonnet. La Plata. (2008/2018).*

*Médico de la Unidad de Clínica Ambulatoria y de la Unidad de Medicina Ambulatoria Atendida por Residentes. Hospital "San Roque" de Gonnet. La Plata. Argentina.*

*Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de La Plata. (2012/2014)*

*Ex Jefe de Residentes de Clínica Médica. HIGA "San Martín" de La Plata.*

*Ex Residente de Endocrinología y Metabolismo. Hospital de Clínicas "Gral San Martín" UBA*

*Ex docente rentado de la Cátedra IV de Medicina Interna de la UBA (2000/2003)*

*Especializado en Diabetes. Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Diabetes.*

*Prosecretario Académico del Ciclo Clínico (2018/2021)*

*Referente Disciplinar de las Residencias de Clínica Médica de la Prov. de Bs.As.*

## **Pensar la Clínica Médica**

- I. Revolución Francesa, madre de la Clínica Médica***
- II. Cuando fuimos Clínica Interna***
- III. Las conferencias de Clínica Médica de Louis Ramond***
- IV. Palabras Preliminares***
- V. Clínica no es el Harrison***
- VI. Mirada y Ojo Clínico***
- VII. De la Naturaleza Soberana de la Clínica***
- VIII. Olvidar Epónimos para recordar la historia***
- IX. Nietzsche, Foucault y el estetoscopio de Laennec***

## **Revolución Francesa, Madre de la Clínica Médica**

### **Capítulos del Ensayo:**

***La mirada Clínica***

***Todo, o casi todo, estaba con Hipócrates***

***Padua hacia 1700: La chispa en la pradera***

***Sydenham y Boerhaave: Despertadores Fallidos.***

***Morgagni: El despertador***

***Libertad, Fraternidad, Igualdad, Percusión y Auscultación***

***14 Frimario del año III***

***Las Sociedades Médicas “contrarrevolucionarias”***

***Enseñar al lado del enfermo como política de estado***

***Corvirsart y Laennec.***

***Clínica Médica: La historia de una pregunta***

## **Revolución Francesa: Madre de la Clínica Médica**

*Luis XVI pregunta: ¿Es una Revuelta?,*

*No señor, es una Revolución.*

*“No creo en la medicina, pero si en Corvisart”*

*Napoléon Bonaparte*

### **La mirada Clínica**

La historia de la Clínica Médica, es la historia de la construcción de una mirada, una mirada que nace y se desarrolla acorde con la evolución de las ideas en torno a la enfermedad y al cuerpo humano como medio y como fin. La historia de la Clínica no es una sucesión de biografías, ni de escuelas, ni de descubrimientos, más bien pertenece a la historia de las ideas del ser humano. Cada crisis de la humanidad dio paso a una época, cada época tuvo su filosofía, y a cada momento filosófico le correspondió una forma de pensar y ejercer la medicina. La Edad Antigua se correspondió al pensamiento mágico, la Media al religioso, la moderna al racional y la contemporánea gestó al método científico. Hipócrates, buscando simetrías en sus observaciones, sostuvo un pensamiento “moderno” en plena edad antigua, esa la muestra cabal de su genialidad y de su persistencia en la historia de las ideas vinculadas al desarrollo del pensamiento médico.

La Clínica Médica en su devenir desde el nacimiento de la medicina, y como eje por el que transitó el desarrollo de las especialidades, es el resultado de la confluencia de ideas fundamentales para el ser humano, que crecieron durante la modernidad y que maduraron durante el inicio de la era contemporánea. La Revolución Francesa, como hecho transformador clave del mundo occidental, fue el cimiento político, ideológico, filosófico sobre el que se erigió la Clínica Médica como ciencia, Clínica que Hipócrates ya había

fundado como arte y ética pero sin condiciones epocales para hallar el sustrato científico que distinguió a la clínica en su refundación moderna: el método anátomo clínico. Sustrato imposible de extraer de la definición, y principalmente, de la práctica de la Clínica Médica, método que se halla como identidad fundacional. Hipócrates fue el creador del “Kliné”, nos puso al lado del enfermo, nos dio una ética y una razón, nos dio el acercamiento al cuerpo con espíritu interrogativo, pero las consecuencias políticas y sociales de la Revolución Francesa, les dio a la clínica su “tecnica”, reveló un método que centraba por primera vez en un órgano enfermo el origen del síntoma y que lograba generar signos, ya no para describir, sino para explicar al cuadro y señalar a un órgano enfermo de una entidad que era caracterizada y a su vez clasificada, todos hechos que aisladamente durante la edad moderna ya habían sido claramente planteados, pero que no se hallaban las condiciones sociales, políticas ni filosóficas para que prosperaran hacia una nueva hegemonía científica que delinearan al ser clínico. Fue la Revolución Francesa la que dio esas condiciones necesarias.

*Hipócrates se constituye así en el padre de la Medicina al igual que del arte y la actitud propia de la Clínica Médica. La Revolución Francesa, con sus consecuencias políticas y filosóficas, hace posible el nacimiento del método anátomo clínico y, de manera necesaria, a la Clínica Médica como ciencia.*

### **Todo, o casi todo, estaba con Hipócrates**

La cultura helénica buscó sortear los pensamientos mágicos y religiosos vinculados con la medicina y dio el primer y fundamental paso, inició la búsqueda de leyes naturales que sirvan para interpretar lo que sus ojos estaban viendo. Este fue el camino que transitó Hipócrates, junto con los filósofos de la época que permitieron darle a esta búsqueda una sistematización y racionalidad de la que hoy en día aún somos beneficiados.

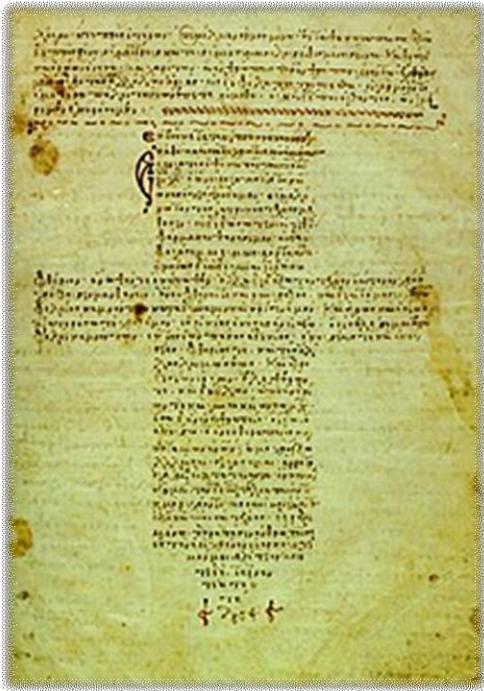
.Los médicos griegos pre hipocráticos (600 a.C. aprox) elaboraron también su arte y su técnica médica, estudiaron de manera sistemática a los enfermos, observaron síntomas y signos, describieron cuadros y formas evolutivas de

enfermar, dieron las bases de la Semiología y de la Clínica Médica en General que luego se expandió a los territorios de habla latina y árabe.

Tales de Mileto fue el primero en señalar que las enfermedades son de causa natural, concepto básico pero hasta ese momento, 600 años AC , no considerado.

Alcmeón de Crotona (500 a.C.), consideró a la enfermedad como la alteración de un equilibrio.

Empédocles de Agrigento (450 a.C) introduce el “humoralismo”, abriendo la puerta a una terapéutica orientada a equilibrarlos.



Pero a pesar de estos antecedentes históricos, no estaban aún dadas las condiciones para que surgiera la medicina como un arte específico del ser humano. El pensamiento mágico y religioso en plena edad antigua era el hegemónico. Asirios, babilonios, hindús, los primitivos, fijan invariablemente la mirada en dioses, demonios y espíritus. Hipócrates pudo madurar sus ideas y percepciones, logrando sacar la mirada religiosa puesta en lo sobrenatural y centrarla en el cuerpo humano gracias a la situación de creciente florecimiento

intelectual de su época. Sócrates, Platón, Demócrito, Sófocles, Eurípides, Anexágoras y otros grandes pensadores, fueron contemporáneos de Hipócrates influyendo decididamente en sus teorías y fundamentos.

La idea del “desequilibrio natural de humores que hay que equilibrar para curar” fue la que toma Hipócrates para pensar a sus enfermos, alejándose de la idea de una fuerza por fuera del ser humano y centrando su mirada sobre el cuerpo del enfermo.

Y un hecho fundacional: En Atenas no se podía ejercer la medicina si no se presentaba el nombre del maestro del cual se había aprendido. Resaltar la importancia de la escuela, la forma en la que se aprendió la medicina fue determinante para el desarrollo de la clínica médica especialmente.

La mirada de Hipócrates identificaba una dolencia general, que ataca al ser humano y que se expresa de manera distinta en cada caso. Pero lo importante para él era esa generalidad, ese humor o el síntoma. La idea síntoma/signo/órgano enfermo se adivinaba a sus ojos pero no podía identificarlo del todo. Mas que en el diagnóstico, Hipócrates se centró en el pronóstico de la enfermedad y en su tratamiento pasivo, de contemplación. Hipócrates enseñó al lado del paciente, escribió desde su experiencia, buscó tratamientos generales a la dolencia general, buscó simetrías y repeticiones en las presentaciones clínicas, desarrolló métodos y formas de exploración física, es decir en su mirada estaba todo lo que la clínica médica necesitaba para nacer y desarrollarse.

El Corpus Hippocraticum contiene 54 libros de los cuales 20 están dedicados exclusivamente a enfermedades clínicas.

El examen del cuerpo llega a ser lo principal, al servicio del cual todos los sentidos se aplican y dirigen. Con la vista se ve si el enfermo está acostado o sentado, si tiembla, si hace movimientos “como si palpara copos”, el aspecto de las deposiciones, de la orina, sangre, fluidez, esputos, secreción de heridas. El tacto se aplica al pecho del paciente, se valora la temperatura, la sensibilidad a la presión, el tamaño y características de un órgano aumentado de tamaño. Se detecta el aliento a cetona, se prueba la orina. Toda la atención se fija en el cuerpo enfermo. Este hecho representó una revolución epocal en plena edad antigua. Pero su preocupación teleológica era ver el estado del enfermo, no la causa de su estado, pregunta que la historia de las ideas en medicina y en la propia Clínica, incorporará a su eje identitario unos dos mil años después.

Entre sus aforismos se puede ver la intuición hipocrática del método anátomo Clínico, a pesar de no poder pensar al órgano enfermo con total claridad ya

que los conocimientos de anatomía y fisiología eran lisa y llanamente errados, estando prohibidas las disecciones cadavéricas en la Grecia antigua.

Hipócrates no conoció hospitales ni se benefició de hallazgos de autopsias ni de disección de cadáveres. Sin embargo en algunos de sus aforismos se trasluce la idea de la enfermedad “orgánica”, “focalizada” la que yace en un solo sector del cuerpo:

***“En aquella parte del cuerpo donde se manifiestan el calor o el frío, allí está la enfermedad”***

***“Allí donde está el sudor se indica donde la enfermedad reside”***

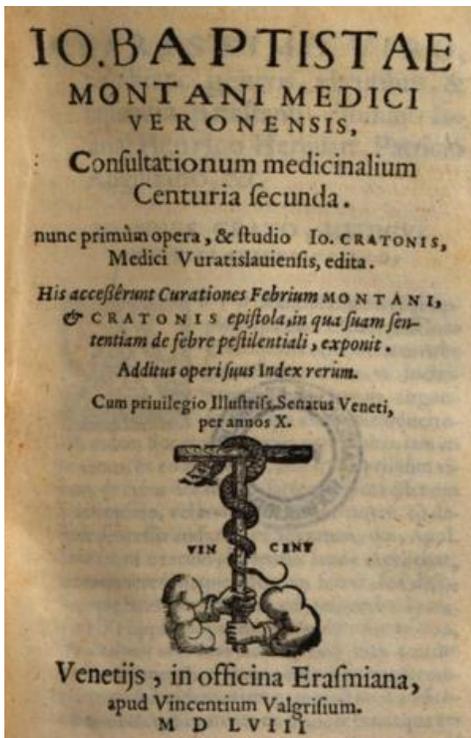
Pero lejos estaba el padre de la medicina de darle sustancia y profundidad a esta idea, la teoría de los humores se lo impediría, una estructura social y política aún no preparada para ello tampoco lo favorecería.

Hipócrates fue el “padre” de la Medicina y en ella dio lo fundamental del sendero hacia la Clínica. Vió e intuyó hacia donde iba la medicina, inició el camino y formó discípulos que continuaron sus modos y formas de ejercerla y verla, desarrollando de manera completa al arte clínico.

Hasta aquí, se afianza la medicina como ciencia y se empieza a percibir a la clínica como disciplina. Esta etapa preclínica se ratrasa y tarda en madurar a consecuencia del oscurantismo religioso católico que retrasó 1500 años dicho progreso.

### **Padua hacia 1600: la chispa en la pradera**

Giambattista Da Monte (1498-1553) también llamado Montanus, fue el primero en sumar a los programas y currículas de las cátedras de medicina en el ámbito universitario, a “la enseñanza al lado del lecho del enfermo”, llevando a sus alumnos a las salas del Hospital “San Francesco” con la intención de enseñar y mostrar cuadros patológicos y formas de enfermar. Da Monte explica el cuadro clínico lo discute con sus alumnos y lo hace presenciar autopsias e interpretar sus hallazgos. Da Monte introduce por primera vez esta secuencia teórico práctica en la enseñanza de la clínica médica.



Vemos aquí una secuencia que volveremos a ver al lo largo de la práctica de la clínica y de su enseñanza.

Escribe el libro “Consultationes medicae” que representa la primera aproximación a la educación y didáctica médica formal. Alumnos holandeses llevaron a la Universidad de Leiden estas experiencias y nutrieron de ideas y prácticas a lo que luego se constituyó en la Escuela Holandesa de clínica médica, allí brillaría Hermann Boerhaave, el “Hipócrates Holandés”, quien también sería el depositario de las ideas “anatomoclínicas” de Sydenham, como veremos.

### **Sydenham y Boerhaave: Despertadores Fallidos.**

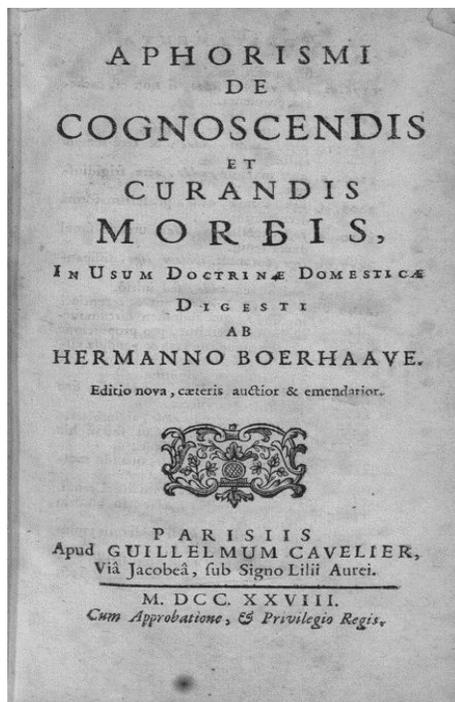
Luego de Hipócrates, un ejercicio clínico y docente ,al que luego identificaremos con la esencia actual del ser clínico y de educar en Clínica Médica, lo reencontramos en Inglaterra y Holanda. Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés y Herman Boerhaave “el Hipócrates Moderno” el “Maestro de Europa” (1668-1738. Desde 1714 Catedrático de Medicina Clínica de la Unversidad de Leiden) fueron los exponentes de un modo de ver los problemas clínicos de una manera anticipatoria a lo que luego se impondría como identitario de la clínica médica. Sus escuelas llegaron a los albores de las grandes revoluciones sociales con admirable lucidez. Pero, cual despertadores fallidos, no alcanzaron a imponerse ni a transformar el modo contemporáneo y hegemónico de ver, ejercer y enseñar la medicina. Fueron *aves raris* en la maraña de sistemas exóticos y tratamientos ilógicos: los vitalistas, dinamistas,irritabilistas mecanicistas y demás médicos de los cuales Molière supo retratar y criticar en su obra “*El enfermo imaginario*” hacia 1673.

Todas formas de entender al todo. Sistemas que explicaban de manera general lo particular, que a su vez no era visto como importante.

Boerhaave alcanzó a quejarse sobre este punto...” **...los enfermos se ahogan en en el mar de los conceptos, las teorías y las hipótesis...”**

Se aleja así de las grandilocuentes teorías, ( *el mejor sistema es no tener ninguno, diría*) y se acerca a la experiencia. Escribe un texto de aforismos médicos sencillos, el **“Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis”** obra fundamental que se centra en el tratamiento lógico de enfermedades específicas por órganos o síntomas. Escrita en latín, recorrió Europa de la mano de los discípulos de Boerhaave, siendo leído hasta entrado el siglo XIX.

Mientras, todos estos sistemas de interpretación, confusos y aventureros, coexistían y dominaban el pensamiento médico. Claramente no alcanzan los grandes maestros ni las escuelas famosas para imponer un nuevo paradigma, es necesario una sociedad dispuesta a dar el gran salto del cambio cultural. Ellos vieron la enfermedad como una unidad síntoma/signo/órgano enfermo, así ejercieron la medicina y la enseñaron, eso los llevó a los hospitales y a las mesas de disección.

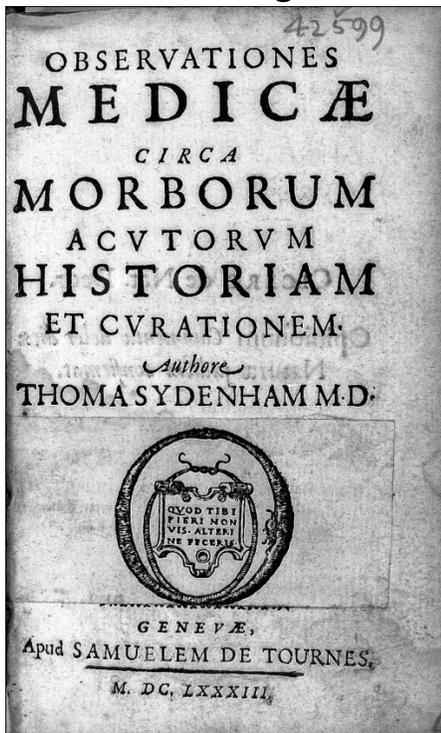


Un médico de la época resumía su experiencia con Boerhaave:

**“Yo conduzco a mis estudiantes de la mano, los inicio en la práctica médica sirviéndome de un método que he conocido en Leyden (la escuela del célebre clínico Boerhaave) ....que consiste en llevarlos diariamente a visitar los hospitales. En sus pabellones les expongo los síntomas de la enfermedad; les hago entender las quejas de los pacientes; les pido que me den su opinión sobre las causas y sobre el tratamiento de cada caso particular y las razones que tuvieran para proponerlos. Los estudiantes aprecian en esta forma los felices resultados del tratamiento médico cuando Dios ha confiado a nuestro cuidado la curación del enfermo; y asisten, además, a la autopsia del cuerpo cuando el paciente ha pagado el inevitable tributo a la muerte” (Françoise Le Boe)**

Pero anterior a este “Hipócrates moderno” estuvo el “Hipócrates Inglés”, Sydenham, del cual Boherhaave era su admirador y seguidor.

**Thomas Sydenham** (1624-1689 Universidad de Oxford) abobinó de los sistemas generales, veía a la enfermedad como la lucha individual del hombre frente a algo que lo daña, y yendo mas lejos que Hipócrates, veía grupos de enfermedades con delimitaciones específicas. Quería diagnosticarlas de manera especial y tratarlas de igual manera. Identifica a la enfermedad como hecho aislado y , por ende, procura estudiar a los enfermos. Así saca a los médicos de sus gabinetes ( se atendía en bares y pasillos) y los lleva a las salas



de hospital, obligándolos a hacer observaciones en vez de teorías. Glisson, discípulo de Sydenham, describe así, al raquitismo, de igual forma se hicieron las primeras descripciones anatómicas de la tuberculosis, cardiopatías y otras entidades, que mostraban el acercamiento al método clínico propio de la disciplina. Sydenham entiende que deber dar un método para observar lo que el veía diariamente en sus pacientes y que con los sistemas de la época no podía ni diagnosticar ni tratar. Propone así una manera de ver el caso clínico, sistematiza la labor del clínico.

**“Observationes medicae”** es el nombre del libro de Sydenham destinado a “..la descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible...”, pero lo mas importante fue que brindó un método para el análisis o el descubrimiento de los cuadros clínicos. Propone tres pasos simples y revolucionarios a la vez: 1) “ordenar los casos de la experiencia clínica en especies “con el mismo cuidado con que lo hacen los botánicos”. Invitaba a describir las “especies morbosas”. 2) Prescindir de “prejuicios teóricos” al observar a los enfermos, atendiendo solo a lo observado en ellos. 3) Identificar signos/síntomas principales y diferenciarlos de “los no tan importantes”. Síntomas que van a definir a las enfermedades como una “especie morbosa” específica.

Aparecía aquí, un método clínico, una forma de empezar a conformar y constituir un “corpus” disciplinario específico, así Sydenham ofreció las primeras descripciones de la gota, la histeria y otras entidades, fue el mismo quien dio a conocer este método de análisis, pero fundamentalmente Boerhaave fue quien lo difundió por toda Europa.

La vigencia de este programa a lo largo del siglo XVIII estimuló el desarrollo de la observación clínica y condujo a la descripción de un amplio abanico de enfermedades hasta ese momento de límites nosológicos no claros o directamente desconocidas.

Sydenham vivió tiempos agitados en Inglaterra, la guerra civil lo encontró con una posición antimonárquica que concluye con el triunfo republicano que terminó y ejecutó a Carlos I. Harvey su maestro e inspirador fue fiel al rey hasta su final.

Diremos, que ni el “Hipócrates Inglés” ni el “Hipócrates Holandés” lograron, por sus prácticas y escritos, salir de la etapa preclínica, harían falta mayores cambios sociales y nuevos paradigmas científico médicos mas asimilables a la sociedad donde se plantean.

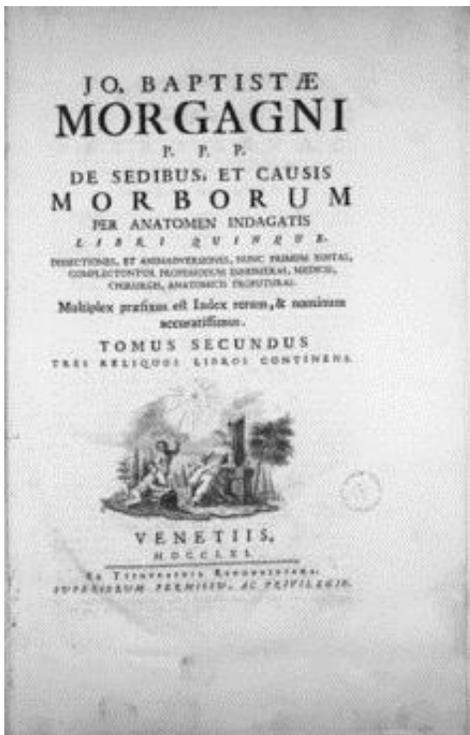
### **Morgagni: El despertador**

En Padua, norte de Italia, Giovanni Battista Morgagni ( 1682-1771) anatomista ( discípulo de Valsalva) clínico y patólogo de renombre, se dio a la tarea de correlacionar los síntomas de los enfermos con los hallazgos en la mesa de autopsias. Por primera vez se sistematiza la idea de unir el síntoma al órgano afectado. Estas experiencias , volcadas en su libro “ ***De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis***” (“El asiento o lugar y las causas de las enfermedades mediante estudios anatómicos”), título que lo dice todo en tanto intención y necesidad histórica de la medicina ,fue publicado al fin de su vida, en 1761, casi con 79 años y da el fundamento y el marco epistemológico para la concepción de una Clínica Médica de base científica, y fundamentalmente reafirma el paradigma del pensamiento clínico en que a cada síntoma y cada hallazgo de la exploración física le corresponde una lesión

específica orgánica sobre la cual se constituye una enfermedad o una forma de ella.

El libro, inspirador de los próximos fundadores de la clínica médica contemporánea, se basa en la recopilación de 500 historias clínicas, el detalle de los signos y síntomas de cada enfermo, el informe de la autopsia junto con comentarios del autor. Son 5 tomos dedicados a las enfermedades de la cabeza, el tórax, el abdomen, las afecciones quirúrgicas y la patología general.

En sus páginas se describen por primera vez las correlaciones entre los subjetivo del paciente, lo objetivo del clínico y el resultado de la autopsia, cuya palabra final se articula en la voz del patólogo. Secuencia lógica que se repetirá a lo largo de los años bajo distintas formas asistenciales y académicas.



Así, Morgagni describe cientos de situaciones clínico patológicas: aneurismas, endocarditis, la hemorragia cerebral, neumonía, supuraciones cerebrales, la cirrosis hepática, la miocardiopatía isquémica, la esteatosis hepática. Ejemplo del fruto de su sistema de observación, fue el fundacional y revelador descubrimiento de que la lesión cerebral derecha se expresa clínicamente con una hemiplejía contralateral.

No era ingénuo la frase que podía leerse en las paredes de su sala de disección: *“Ic luccus est ubi mors gaudet succurrere vitae”* (“Este es el lugar donde la muerte disfruta ayudando a la vida”).

Todo estaba preparado para el descubrir oficialmente al “método anatomoclínico”, cambio paradigmático radicalmente revolucionario, que dio lugar al núcleo central del razonamiento clínico, tal cual como aún hoy se ejerce y se enseña.

## **Libertad, Fraternidad, Igualdad, Percusión y Auscultación**

A lo largo del siglo XVIII, los movimientos y tendencias que se iniciaron desde el Renacimiento fueron consolidándose de manera progresiva, de tal manera que culminaría con una crisis de todo orden establecido al igual que de las concepciones filosóficas y políticas que lo sostenían, arrastrando lógicamente a todos los valores dominantes, y sus definiciones culturales, éticas y científicas. Se abría paso no solo el capitalismo como sistema de vida hegemónico, sino a un cambio de todas las vertientes de expresión y de poder sobre la naturaleza, donde el maquinismo industrial impone su lógica y la trasvasa en todos los aspectos, tanto en lo relacionado a los medios de producción como también a todos los sistemas y subsistemas sociales. La salud y el ejercicio médico no fueron ajenos a ello.

La independencia de los Estados Unidos, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial fueron imbricados y coexistentes hechos que hicieron del fin del siglo XVIII, el inicio de una nueva época. Estos tres hitos fundamentales de occidente trastocaron de manera definitiva a las ciencias y particularmente a la medicina.

Este período revolucionario en Francia se extendió desde el año 1789 hasta 1799, momento en que luego del 18 Brumario, Napoleón inicia la etapa de expansión Imperial. Fueron 10 años en los que se sucedieron distintas formas de gobierno con expresiones diferentes del pensamiento ilustrado y antimonárquico, pero con el mismo clima de agitación interna y guerras externas por la defensa de la revolución, donde la burguesía (unida tácticamente al campesinado mas pobre) se consolida como clase dominante. Los médicos pertenecían a ella, siendo su prototipo el de un pequeño burgués ilustrado, con sentimientos y acciones de simpatía y ayuda hacia los campesinos pobres que se hallaban mayormente internados en hospitales de caridad donde predominaba la presencia religiosa por sobre la médica.

El alma, el infinito, lo espiritual del período renacentista es corrido del eje central del acción cultural y científica humana, dando su lugar a la “Diosa Razón”.

Razón que se constituyó en el “alma mater” de la revolución francesa. Montesquieu, Rousseau y Voltarire “padres filosóficos” de esa etapa de la historia universal dieron, con sus pensamientos, el marco teórico necesario para una revolución donde la gran ganadora fue la burquesía y la aristocracia “enciclopedista”, acabando de manera definitiva con el antiguo régimen monárquico.

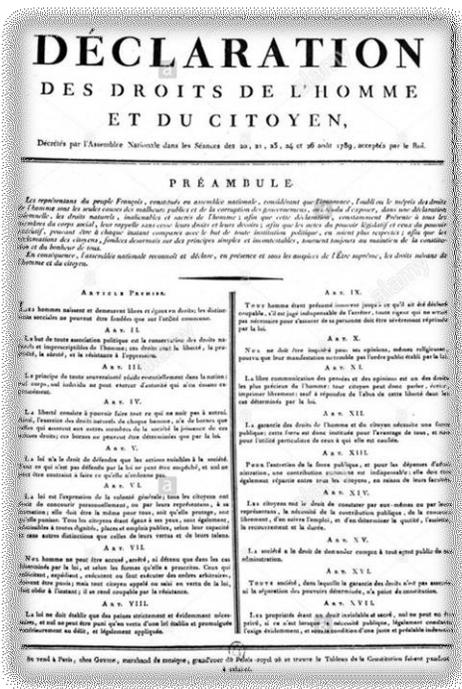
lustración fue el nombre dado a esta forma de entenderlo todo, siendo el positivismo su esencia lógica dando lugar al racionalismo y al liberalismo en todos sus aspectos.

Esta nueva intelectualidad atacaba y debilitaba fundamentalmente tres aspectos propios del mundo feudal: la fe en los derechos del feudo, la autoridad eclesiástica y el derecho divino de los reyes. Nada podía seguir siendo igual luego de tal acción demoledora.

Los “ilustrados” del siglo XVIII estaban en contra del orden establecido (el sistema señorial y la monarquía absoluta), al igual que de la superstición, los fetiches, los falsos rangos y los desiguales derechos, porque todo aquello era falso, injusto y, principalmente, irracional. Estaban comprometidos con un mundo nuevo, a favor de la naturaleza, de la razón, la libertad y el sano juicio. Sus principios: Igualdad, Fraternidad y Libertad calarían hondo en el “sentido común” del pueblo y las clases bajas principalmente, que vivían ya una desesperante situación socioeconómica, cuyas consecuencias políticas la monarquía no podría ya contener. Estas concepciones se verán a trasluz de las medidas tomadas por la Convención en relación al ejercicio de la medicina y la enseñanza de la Clínica en particular, ya en tiempos de la República.

La sociedad francesa se hallaba organizada en “tres estados”. El primer estado se correspondía con el clero, no pagaba impuestos y recibía el diezmo de todos los trabajadores, el segundo estado eran los nobles, dueños de toda tierra a

los que los campesinos debían vender su producción, tampoco pagaban impuestos, y el tercero se correspondía con los comunes, desde la pequeña burguesía hasta el campesinado mas pobre .El tercer estado representaba al 97 % de la población francesa, pagaba impuestos y sostenía a los otros dos estamentos sociales minoritarios. Los médicos, junto con los abogados,comerciantes,artesanos pertenecían a esa pequeña burguesía que, aliados a las clases populares y formando parte del tercer estado, se verían directamente beneficiados y transformados en sus relaciones sociales por la revolución.



La Revolución Francesa abre con violencia el camino de la racionalidad y de la ilustración. Las ideas pasan a ser el tamiz y el origen de todos los cambios. Todo iba a ser transformado. La razón y la ciencia cuestionan el orden dado en un París que se constituye en el centro filosófico y científico de Europa. Allí ,entre el humo y la agitación, se consolida una nueva forma de concebir a la clínica médica que determina de manera decisiva su ejercicio y su enseñanza. Los bloques de piedra de la Bastilla fueron repartidos como objetos de memoria del viejo régimen, simbólicamente aún hoy convivimos con ellos. Francia tendrá su carta magna

nacional , la monarquía será constitucional y parlamentaria, los poderes estarán divididos en ejecutivo,legislativo y judicial,la libertad será tanto política como económica y la soberanía residirá en la asamblea y no en el rey.

Casi de inmediato se promulga un escrito: **“Los derechos del hombre y del ciudadano”**

Esta proclama,de Agosto de 1789, firmada por la Asamblea Nacional Constituyente y dirigida al pueblo francés, no hace mención al derecho a la salud de manera directa, mas bien, nombra como derechos naturales a la

libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión. Sin embargo, todos ellos alteraban sustancialmente la relación entre los ciudadanos y las estructuras de poder. La relación entre la persona enferma y el médico, al igual que con las instituciones de salud o caridad, también se vieron influenciadas de manera progresiva y radical.

Por otro lado, casi inmediatamente después de la toma de la Bastilla, en las primeras sesiones de la Asamblea Constituyente, surge la Ley *Le Chapelier* y otros decretos que suspendían de manera definitiva a las facultades de medicina, y disponían el cierre de asociaciones gremiales y escuelas.

Poco después, estas medidas se complementan con los decretos del 15 de septiembre de 1793, ya en funcionamiento la Convención Nacional, en los que se establece la plena libertad de enseñanza, una decisión de corte liberal que alterará gravemente la salud pública y el ejercicio de la medicina, decisión muy acorde con los cambios que se instrumentaban simultáneamente en materia económica: La propiedad se configura como un premio a los hombres inteligentes y voluntariosos, el mérito empieza a ser un valor social. El liberalismo económico generaría un nuevo tipo de pobre, sobre el cual los nuevos ricos de esa burguesía triunfante, compensarían con caridad y oportunidades. A partir de la crisis del antiguo régimen, las características de la vida política, social y económica iban a cambiar: libertad e igualdad, en el plano jurídico, con seguridad y protección para la propiedad privada, la ley ya no será expresión de la arbitrariedad del rey, sino de un orden permanente mas fuerte y con mayor radicalidad en sus intenciones. La burguesía derribaba al antiguo orden, tomaba de manera concreta el poder y establecía un ordenamiento acorde a sus propios intereses, siendo el resultado de varios siglos de concientización de una clase subalterna a la monarquía, pero que atraviesa todo el Renacimiento ubicándose en el pensamiento de los "enciclopedistas" parisinos, y expresada en los movimientos revolucionarios de Inglaterra, las intentonas políticas en Holanda y el secesionismo norteamericano.

El cierre de las universidades, de los centros de formación médica, sumada a la libertad de enseñar y aprender sin una tutela del estado, no hizo mas que generar confusión y desorden en torno a la formación de los médicos, al igual que impactar negativamente en la salud pública, en tanto que la calidad de la atención médica declinaba estrepitosamente, siendo la salud materia de discusión política en todos los ámbitos de la sociedad, donde el descontento social en relación a la salud pública se unía al descrédito de la medicina que aún pugnaba por ser una ciencia aceptada académica y socialmente.

Se produce un abuso del “ejercicio de la medicina”, dando lugar a la aparición de falsos médicos o sin una preparación adecuada, ya que la ejercían tanto aquellos que habían iniciado sus estudios sin concluirlos, como los que se habían formado de manera libre con un maestro o los que habían participado simplemente de un servicio de salud en el ejército. Toda Francia era atendida en su salud por estos particulares y peligrosos personajes. La Convención Nacional toma este tema durante su sesión del 14 Frimario del año III, abriendo a una discusión sobre la salud pública que se sostiene por muchos años, cambiando el ejercicio y la enseñanza médica, particularmente de la Clínica Médica.

### **14 Frimario del año III**

A lo largo de varias sesiones de la Convención Nacional durante el año III de la revolución , e inclusive 3 a 4 años después, se debatieron aspectos vinculados a la salud pública. En esas sesiones se criticaba la práctica de la medicina en Francia, fundamentalmente en París. Práctica llena de charlatanes, empíricos y falsos médicos, en los que la terapéutica en general agravaba los cuadros constituyéndose en un verdadero peligro para la salud de la población. Las críticas iban dirigidas tanto a los médicos que no tenían ningún título ni legitimidad para ejercer la profesión, como hacia las universidades que no llevaban adelante una tarea claramente científica. El objetivo fue diseñar una política pública que incluyera la reformulación del objetivo de los hospitales, la creación de universidades vinculadas a ellos, e inclusive se fue mas allá en las

intenciones: se formularon directivas concretas para la enseñanza de la Clínica Médica.

Se fundaron tres Escuelas de Salud, en París, Estrasburgo y Montpellier, con el objetivo de:

*«...organizar una enseñanza completa del arte de curar, es el de formar oficiales de salud para los Ejércitos y para los departamentos de la República; garantizar a los ciudadanos de los peligrosos efectos del charlatanismo y de la impericia, y regenerar y perfeccionar las ciencias de primera necesidad, conduciéndolas a su verdadero objeto, **la observación y la experiencia**»,*

La formación sin validez académica era la regla, respaldo que le será conferida tres años mas tarde, por una Orden del 24 de noviembre de 1797, que autoriza los títulos provisionales obtenidos en estas Escuelas, tras aprobar varios exámenes de medicina y ciencias afines.

En dicha fundacional sesión del *14 Frimario del año III*, bajo la forma de un decreto, se afirmaban conceptos que mucho tuvieron que ver con el marco político en el que se iba a gestar el espíritu y el lenguaje de la medicina, la clínica médica y su enseñanza.

Se puede leer en dicho decreto:

*“¿Se pondrá la medicina en contacto con toda una serie de problemas y de imperativos prácticos , poniendo al día la solidaridad del ser humano con las condiciones materiales existentes?”*

*“Se puede conservar durante mucho tiempo una existencia tan libre de males como esta pretendido esperar a los hombres” y manifestar “el punto de contacto por el cual el arte de curar entra en el orden civil”*

*“Se insiste en la “necesidad de vincular al saber particular a una totalidad enciclopédica”*

El estado estaba solicitándole a la medicina y sus prácticos, un servicio social humanitario y fundamentalmente científico.

Pero también, de manera clara y directa, una forma de enseñar y aprender clínica médica:

En el decreto se exigía de las escuelas de medicina una forma que implique *“poco leer, mucho ver y mucho hacer”*

A la creación de 3 escuelas de medicina , se suma la construcción de tres hospitales en tres años, (L´humanité, L´ Unité y el hospital de L´ Ecole) ,que pasaron a ser centros de enseñanza,con médicos a los cuales se les empezó a pagar para enseñar en las salas de hospital.

Se diseña el plan de estudios de las carreras de medicina,de tres años de duración.

En la Facultad de Medicina de París el primer año es destinado a los *“principiantes”* en el que se dictan, a lo largo de dos semestres,: fisiología, química médica,materia médica,botánica y física, En el segundo y tercer año se dictan: anatomía, fisiología, química, farmacia, medicina operatoria,materia médica, patología interna y patología externa. Pero mas allá de las materias, que ,ya por sí mismas, constituían un salto cualitativo importante en relación a las otras universidades donde aún se estudiaba el corpus hipocrático, los innumerables libros Galeno y los escritos de Avicena, lo de mayor importancia es que los *“principiantes”* iniciaban su formación en hospitales *“para tomar la costumbre de ver pacientes y como se curan”*, tal cual dicta el decreto. Y los *“Iniciados y avanzados”* continúan en las salas de hospital siendo *“empleados al servicio de los enfermos”*, mostrando el espíritu general que este dictado de la Convención en relación al rol del alumno en los hospitales.

Pero el decreto del 14 Frimario va mas allá, siendo aún mas específico en sus intenciones, se distinguen dos tipos de actividades docentes: una, en el ámbito hospitalario al lado de la cama del paciente, la otra: las del *“anfiteatro”*, aula destinada a la enseñanza y a la discusión del caso clínico o , frecuentemente, de los resultados de las autopsias :

En el Hospital “.. el profesor se detendrá el tiempo necesario para interrogarlo debidamente , exáminando convenientemente, hará observar a los alumnos los signos y síntomas mas importantes de la enfermedad”

En el anfiteatro “..el profesor continuará la historia general de los enfermos observados en las salas del hospital señalando causas conocidas, probables y ocultas..” e “..indicará medidas vitales ,..curativas o...paliativas..”

A pesar de que las intenciones fueron claras, lejos estuvieron estas medidas de solucionar los problemas, las discusiones continuaron en el directorio, en las que se profundizaron los aspectos vinculados a la enseñanza de la medicina y de la clínica específicamente, pero también se incorporaron temáticas y problemas afines, especialmente la regulación del trabajo médico.

Un Mensaje del Directorio al Consejo de los Quinientos de 13 de enero de 1798 es bien demostrativo al respecto: «El pueblo es víctima de una multitud de individuos poco instruidos que, con una sola autoridad, se han erigido en maestros del arte, distribuyen remedios al azar y comprometen la existencia de miles de ciudadanos»

J.F. Baraillón durante una sesión del año IV exponía esta abierta crítica a la manera en que marchaban las cosas luego de los decretos del 14 Frimario:

*“...se circula rápidamente por una sala, se dicen dos palabras al terminar... se sale enseguida y a eso se le llama la enseñanza de la clínica interna!..”*

Se exigen exámenes que garanticen una formación médica adecuada, nacen los concursos docentes y hospitalarios:

*“...El candidato médico expondrá al pié del lecho del enfermo el carácter de la especie de la enfermedad y su tratamiento” ( Proyecto de Vites)*

Hecho de primerísima importancia para entender la manera en que la medicina y la clínica médica fueron influenciadas por la revolución francesa, ya que por este decreto el ejercicio médico se ordena y disciplina **desde** la clínica médica tal cual se concebía en ese momento histórico.

Se derime, así, el sentido de la medicina, y la clínica médica es el escenario de esa tensión.

Pocos años después, se legisla sobre el tema nuevamente, a través de la Ley del 19 Ventoso del año XI, (10 de marzo de 1803), que establece los títulos de Doctor en Medicina y Cirugía —obtenido en seis Escuelas Especiales.

*“Los doctores pasarán después 4 exámenes (anatomía, fisiología, patología y nosología, materia médica e higiene), una prueba de clínica interna o externa según se desea ser médico o cirujano” (Cabanís)*

La Ley preveía la legalización de las situaciones anómalas fruto de la Revolución:

*“... para los médicos y cirujanos establecidos después de la libertad de enseñanza sin haber sufrido los exámenes correspondientes a la conclusión de sus estudios, un examen en las Escuelas; para los individuos establecidos en los pueblos sin titulación alguna, la posibilidad de ser Oficiales de Salud tras exámenes ante los Tribunales Departamentales o presentación de certificados expedidos por los Subprefectos, mostrando haber ejercido mas de tres años. En tanto que los Doctores en Medicina y Cirugía quedaban facultados para ejercer ambas actividades en todo el país, los Oficiales de Salud no podían establecerse mas que en los departamentos donde fuesen examinados por el Tribunal, no pudiendo practicar las grandes operaciones quirúrgicas mas que bajo la vigilancia y la inspección de un Doctor, en los lugares donde ésto fuese establecido,,,” (Teulón)*

### **Las Sociedades Médicas “contrarrevolucionarias”**

En 1792 volvieron a constituirse las sociedades médicas, expresión de la ideología , en general , del viejo régimen, forma de ejercicio médico al que la revolución iba a convocar para regular el trabajo médico y estimular el cientificismo médico.

Así, la Sociedad de Salud, las de Lyon, Nancy, Grenoble comienzan a organizarse y sesionar. En el 5 del Mesidor se celebra una reunión a la que

asisten Bichat , Pinel y Dupuytren, tres egregios médicos miembros de la primera escuela francesa de Clínica Médica.

Así se expresaban: *“... a la primera señal de la Revolución, el santuario de la medicina, como el templo de Jano, se vio abierto a dos batientes y la multitud no tuvo mas que precipitarse en el..”*

Sin embargo, se coincidía en la necesidad de un ejercicio científico de la medicina y en una enseñanza basada en la práctica:

*“...No basta que el alumno escuche y lea, es preciso que además vea, que toque y sobre todo se ajuste al hacer y adquiera hábitos..”*

Los médicos de las sociedades científicas, iban a ser convocados para ocupar lugares de importancia en los nuevos hospitales y universidades.

En los decretos y medidas del Directorio, en los años siguientes (VI y XI), se explicita una diferenciación entre los médicos que incluía una visión que articulaba una idea de la profesión según el sitio y la clase social a la que se atendía:

La división planteada en Doctores por un lado, y Oficiales de la Salud , por el otro, tienen aristas que valen la pena remarcar: los doctores se inician en las clínicas, están mejor preparados y son reservorios del saber científico. Los Oficiales de la Salud tendrán que atender al “pueblo industrial”, no se necesitaría ser “sabio ni profundo” sino que es mas bien un “empírico “trabaja con los pacientes del campo que tienen en general “accidentes primitivos” o “simples indisposiciones”.

El oficial de salud basa su saber en años de práctica, el doctor completa lo teórico con práctica, existe una distinción en el ejercicio y el origen del saber. En el hospital se curan los pobres y en la clínica se forman los doctores, es lo que puede leerse de esa directiva y de esa realidad del ejercicio de la medicina en la Francia postrevolucionaria.

J.J.Menuret (Médico contrarevolucionario, exiliado. París 1791) escribe a propósito de la enseñanza de la Clínica : *“...penetrando en los asilos donde*

*languidecen la miseria y la enfermedad reunidas, sentirá estas emociones dolorosas, esta conmiseración activa, este deseo ardiente de llevar el alivio y la consolación, este placer íntimo que nace del triunfo y que el espectáculo de la felicidad extendida aumenta. Es allí donde aprenderá a ser religioso, humano, compasivo....”*

Brutalmente, J. Aikin (Médico inglés, cuyas obras tuvieron gran influencia en Francia. 1777) decía : *“...un médico en lo privado, debe cuidar su reputación, su camino será siempre, si no el de la certidumbre, el de la seguridad. En el hospital está al abrigo de semejante traba y su genio puede ejercerse de una manera nueva...los enfermos del hospital son, bajo muchos aspectos, los sujetos mas adecuados para un curso experimental..”*

Con igual claridad, Chambón de Montaux (Miembro Jacobino,París. 1787) afirma: *“...El hombre que sufre no deja de ser ciudadano.....y la historia de los sufrimientos a los cuales está reducido es necesario para sus semejantes porque ésta les enseña cuáles son los males que los amenazan....Al rehusar ofrecerse como objeto de instrucción, el enfermo, sería ingrato, porque gozaría de las ventajas que resultan de la sociabilidad sin pagar el tributo del reconocimiento...”*

La clínica médica nace así, a una tensión vinculada al lugar y ejercicio de la disciplina desde una mirada que incluye el marco social, la diferencia de clase y su influencia en el rol y la percepción de la persona enferma. Estas distinciones son el camino obligado para sostener el ejercicio de la medicina y de la Clínica Médica como profesión científica liberal, aspectos que los sucesivos decretos de la revolución francesa fueron profundizando y delimitando de una manera cada vez mas abierta y clara acorde con los principios vinculados al liberalismo económico promovidos por la floreciente burguesía europea.

### **Enseñar al lado del enfermo como política de estado**

Los Hospitales surgen en la edad media, con una clara intención caritativa. El internado prototípico era la persona pobre que en los últimos momentos de

su vida iba al hospital a morir. Pobres ,locos y prostitutas, el hospital albergaba la franja marginal de la sociedad y ejercía una mezcla de acciones de caridad, exclusión y disciplinamiento. En esas primera instituciones hospitalarias no se ejercitaba el arte de curar ni de estudiar enfermedades sino solamente se ayudaba al enfermo en sus últimos días. Quienes atendían a estos pacientes buscaban la salvación para si, a través de sus actos caritativos, sin intención de modificar el fatal destino de los enfermos, la presencia de personal religioso y la ausencia de médicos es una muestra de ello. En estos hospitales medievales ni se curaba ni se enseñaba medicina, salvo alguna excepciones, tal como sucedía en Leiden con Boerhaave, o en Padua con Da Monte, excepciones a la regla.

Así, enseñar clínica médica en los hospitales era excepcional, pero no del todo novedoso para Europa en los inicios de la revolución francesa. Sin embargo, el proceso con que se concretó ese hecho en la Francia de fines del siglo XVIII sí representó una gran transformación paradigmática de la enseñanza de la clínica, la consolidación del método anatómico-clínico y de la investigación biomédica.

Y la Clínica en este momento histórico de la medicina, tiene una gran responsabilidad: afianzar el discurso biomédico, colocar en el órgano enfermo el centro de la preocupación , convertir a la clínica y , a través de ella, a la medicina en un hecho científico, al decir de Foucault: **“la clínica obliga a la medicina a “empezar a decir la verdad”**. Todo se ordena desde y tras ella.

Para llevar adelante esa tarea necesita un escenario y protagonistas. La salas generales de los Hospitales será el lugar, el “maestro”, médico clínico investigador, “descubridor de enfermedades” será uno de los principales sujetos, el tercero es el alumno, el aprendiz, la universidad dentro de los hospitales, asistiendo, investigando y enseñando.

El Hospital representa un lenguaje en sí mismo, donde el paciente internado, portador de un órgano enfermo son la esencia del idioma que transita la clínica médica post revolucionaria, el marco general es la universidad, y de todos los

protagonistas, el actor principal es el maestro, figura que recorre la historia de la medicina desde Grecia y que aquí toma un carácter de “nuevo fundador” .

Estos hechos fundacionales los dio la Francia de inicios de la revolución francesa, no como eventos aislados tal como hemos visto que ha sucedido en la historia de la medicina, sino como política de estado, como política educativa y científica. Este hecho consolidó a la Clínica Médica moderna, tal cual hoy la seguimos interpretando en su trazo grueso esencial e identitario.

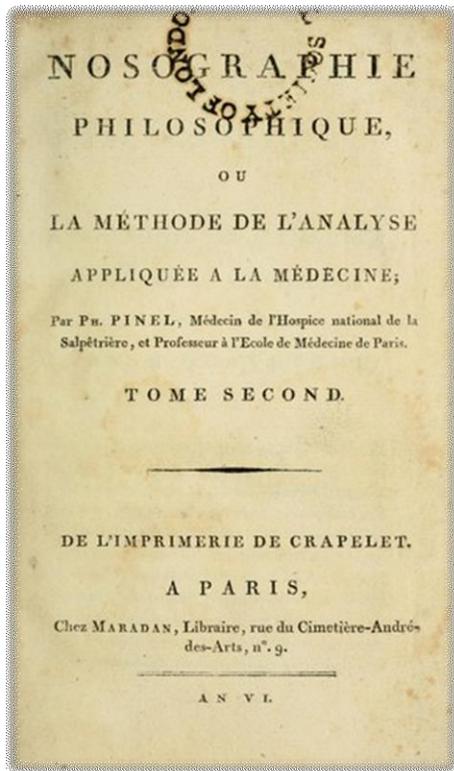
El tablero ajedrecístico sobre el que la Medicina se plantaba, fue necesariamente sacudido con inesperada fuerza. Con el rey también se decapitaba una forma de concebir el ejercicio médico pre clínico, el estado formado por tres estados pedía otra forma de ejercer y enseñar la medicina como política de salud pública.

Un breve repaso de los aspectos que se volvieron unídamente parte y esencia de la clínica médica luego de estos cambios sociales y políticos podrían ser los siguientes:

- **Se presta atención a la relación entre el médico y el enfermo**
- **Decanta y se naturaliza la idea de “Signo/Síntoma igual a órgano enfermo”**
- **El “método anátomo clínico” se convierte en la herramienta básica del ejercicio clínico.**
- **Los razonamientos médicos se vuelven lógicos y racionales.**
- **Se iniciaron las publicaciones de experiencias médicas.**
- **Se centró la atención del enfermo en Hospitales y dispensarios**
- **Se desarrolló la idea asistencial y pedagógica de la “medicina al pie de la cama del enfermo”**
- **Se enseña en las salas de los hospitales, ejercitándose la observación clínica que descubre enfermedades.**
- **Las autopsias son realizadas por los propios médicos con fines diagnósticos y docentes.**
- **Se dio relevancia a la percusión y la auscultación**
- **Se sistematizó la Exploración Física**

- Las historias clínicas fueron mejoradas, sistematizadas y obligadas a ser realizadas.
- Por ende, entran en crisis los “sistemas” que explican todo al igual las ideas hipocráticas y galénicas de enfermar vigentes por esos años.

Nada de estos cambios hubiesen sido posibles sin las transformaciones profundas generadas en una revolución radical de los principios sociales de occidente



Así, la Revolución Francesa da nacimiento a la llamada escuela anátomo clínica, área de la praxis clínica que ya contiene todos los elementos de la Clínica Médica moderna.

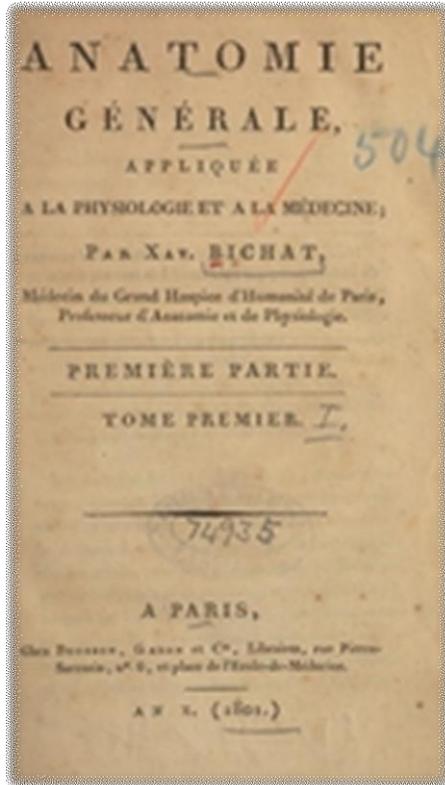
### Corvisart y Leannec

¿Que leyeron Jean Nicolás Corvisart y René Leannec en su formación como médicos? . ¿Que libros médicos los inspiraron y ayudaron a consolidar al método anatomoclínico? Y ¿ Cuales fueron sus influencias?

Por sus escritos se desprende que **Pinel** y **Bichat** fueron sus mas cercanos antecesores e inspiradores.

Phillipe Pinel, quien escribió su “**Nosographie philosophique**” , enseñaba que una enfermedad no es sino una alteración de los tejidos o de los órganos y que es necesario estudiarlos empezando por su estructura y función; ésta es la única manera de llegar al conocimiento cierto de sus alteraciones. Lo científico de la medicina consiste en detectar los síntomas, los signos de las enfermedades, y alteración morbosa de ciertos órganos. Comprende dicho "análisis científico " identifica la localización anatómica de la enfermedad. Paralelamente hace una clasificación de enfermedades e inclusive valora aspectos vinculados al exámen físico durante el desarrollo de las mismas:

*"variaciones fugaces más o menos permanentes en las funciones de la vida, manifestadas por señales exteriores con uniformidad perenne en las principales, con innumerables variedades en las accesorias"..."* alteraciones del pulso, de la temperatura, de la respiración o de las funciones intelectuales; modificaciones de las facciones del rostro, "afecciones nerviosas, espasmódicas, lesión de los apetitos naturales, etcétera"



Pinel considera que las "señales" de las enfermedades están "íntimamente enlazadas con las variaciones internas opuestas al estado de salud". Véase que en la mente de este nosógrafo, está clara la relación signo/síntoma/lesión orgánica, base del modelo anatomoclínico de la enfermedad que sirvió de fundamento a los estudios de Laennec.

Xavier Bichat (1771-1802), precursor de la histología, discípulo de Pinel, admirado por Corvisart, , huye de Lyon hacia París por las sangrientas jornadas revolucionarias en dicha ciudad,.Escribe a principios del 1800 las siguientes palabras que marcaban el lugar donde se encontraba la medicina, disciplina rechazada por

las ciencias europeas quienes se negaban a definirla como una rama científica del saber:

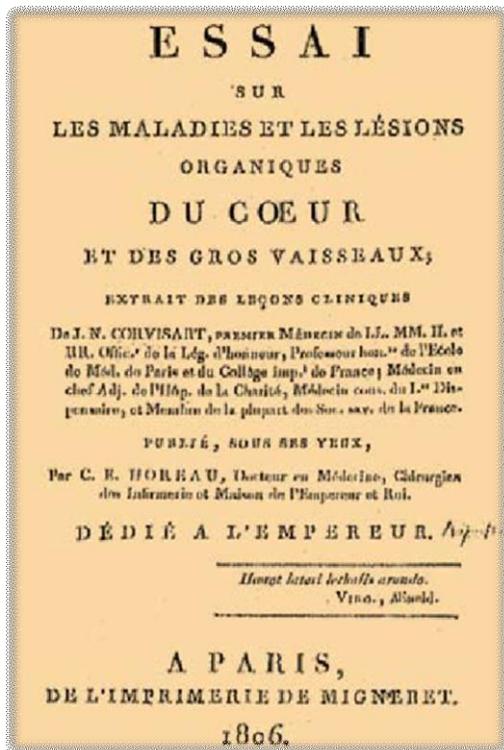
*"...La medicina ha sido rechazada del seno de las ciencias. Tendrá derecho a asociarse a ellas, por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación del enfermo se agregue el examen de las alteraciones que presentan sus órganos. ¿Qué es, en efecto, la observación clínica si se ignora dónde se asienta el mal?..."*

Logró centrar, al igual que Morgagni, el cuadro clínico a un órgano enfermo. Sentó así la base de la escuela anatomoclínica, Leannec y Corvisart fueron sus discípulos clínicos, lectores de su libro "Anatomie générale appliquée à la

physiologie et à la médecine”, fundamental para la construcción de la mirada anátomo clínica.

Un experimentado Corvisart leía y confirmaba sus pensamientos en torno a la medicina, época en que la anatomía ( estando siendo reescrita), la fisiología ( aún en ciernes), la patología ( antes de Morgagni) y la Clínica, se empezaban a enlazar.

La Medicina, la Clínica, como ciencia estaba asomando.



En este ambiente cultural científico médico ejercían y pensaban la clínica Jean Nicolás Corvisart y Theóphilo René Leannec

**Corvisart** tenía 34 años en 1789 y Leannec 8, y 5 años mas cuando la Revolución se convirtió en una máquina de terror y muerte. Por estas épocas Jean Nicolás era el médico del militar que dirigía en las fronteras la guerra contra los enemigos externos: Napoleón Bonaparte, quien de el supo decir”...No creo en la medicina, pero si en mi médico”.

Fue médico en La Charité, y profesor de clínica en la Ecole de Santé y en el College de France. Es en 1804 cuando es nombrado médico de cámara de Napoleón. En ese momento deja

todos sus cargos tanto docentes como hospitalarios para dedicarse a una tarea que Corvisart tomó siempre como uno de los grandes honores que tuvo en vida.

Se escribe que tenia una actitud paternal con sus alumnos a quienes observaba y acompañaba en su crecimiento profesional. Fue venerado por ellos, consituyéndose en un maestro clásico de la medicina.En 1806 publica su obra **“Essais sur les maladies et lésions organiques du coeuret des gross vaisseaux”**, texto clásico de la clínica cardiológica en el cual describió la

miocardiopatía dilatada (descrita como “aneurisma” o “Enfermedad de Corvisart”) y la facie que también lleva su nombre, en la insuficiencia cardíaca por estenosis mitral ( aunque en la descripción original no hace referencia a esta etiología, sino mas bien a la insuficiencia cardíaca en general).

Tomó de Bichat su programa anátomo clínico para escribir su tratado, planeó escribir un texto mas amplio que partía de los síntomas y finalizaba en la lesión anatómica que no logró concretar, pero que deja ver claramente las ideas ya afianzadas de la escuela anatomoclínica de Francia.

En 1808 toma un olvidado texto de Auenbrugger, su “Inventum Novum”, y le agrega múltiples notas y comentarios que hacen que sea un nuevo texto sobre la percusión, pasa de poco mas de 70 a casi 500 páginas con la intervención de Corvisart.

Nace, se valora e incorpora a la Clínica Médica moderna la percusión, la búsqueda de un sonido que nos hablara de un órgano enfermo y nos explique el síntoma.

He aquí un hito en la historia de la arqueología del pensamiento clínico: la instauración de la búsqueda del signo, como modo de escuchar, ver e interpretar de manera directa al órgano enfermo. Y esto si fue revolucionario.

**Leannec**, cuyo nombre completo es René Théophile Hyacinthe(1781-1826), es la máxima figura de la escuela anatomoclínica de Francia, igual que Corvisart, se inició como cirujano, fue becado como “Alumno de la Patria” ,siendo discípulo de Bichat y Corvisart en la Ecole de la Santé y en la Charité. En 1803 dicta clases de anatomía patológica, disciplina en la que Leannec tenía una sólida formación. En 1816 describe la auscultación mediata y en 1819 escribe un tratado sobre el tema. Luego de su publicación, afectado por la tuberculosis, motivo por el cual realiza un viaje terapéutico y regresa a París en 1821, siendo luego nombrado profesor en la Charité , el Collège de France y como médico de cámara de la familia real. Fue igualmente seguido y admirado por alumnos y colegas, tanto como perseguido y hostigado por los que se hallaban en una posición política opuesta a sus ideas conservadoras.

Los aportes mas ostensibles de Leannec a la clínica médica consisten en el descubrimiento de la auscultación inmediata, la invención del estetoscopio y los que devinieron de las múltiples descripciones anatómopatológicas correlacionadas con la clínica y la auscultación cardíaca y , fundamentalmente, respiratoria.

Veamos dos relatos en primera persona:

*“... En 1816 fui consultado por una joven, quien presentaba síntomas generales de enfermedad del corazón y en la cual, por su gordura, la aplicación de la mano y la percusión daban pobres resultados. [Además,] su edad y sexo dificultaban el examen. [Entonces] vino a mi memoria un fenómeno de acústica bien conocido: si se aplica la oreja al extremo de una viga, se escucha muy claramente un capirotazo que se da en el extremo opuesto. Pensé que se podía sacar ventaja de esta propiedad de los cuerpos en el caso en que me encontraba. [En consecuencia], tomé un cuaderno de papel, lo enrollé fuertemente, una de sus extremidades la apliqué sobre la región precordial y, escuchando por la otra, estuve tan sorprendido como satisfecho al oír los latidos del corazón de manera mucho más neta y distinta como jamás me había sucedido al aplicar directamente la oreja. Desde entonces, pensé que tal medio podía ser un método útil, aplicable no nada más al estudio de los latidos cardiacos, sino a todos los movimientos que pueden producir ruidos dentro de la caja torácica y, en consecuencia, a la exploración de la respiración, de la voz, del estertor y quizá hasta de la fluctuación de un líquido contenido en la pleura o el pericardio..”*

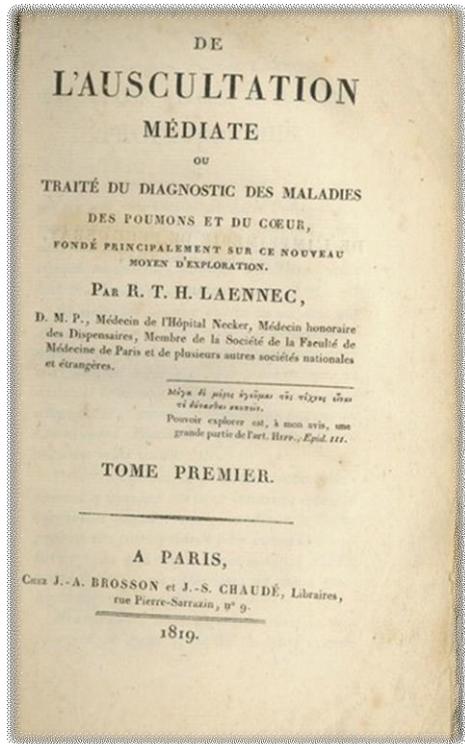
Impactante acceder al relato del encuentro del clínico con el signo, con su búsqueda, con el esfuerzo de escuchar al órgano enfermo. Aquí se oficializa la práctica, el pensamiento de la Clínica Médica post hipocrática. Finaliza así, simbólica y fácticamente, la etapa pre clínica.

Veamos ahora este segundo segmento del relato:

*“..Con esta convicción inicié sobre la marcha, en el Hospital Necker, una serie de observaciones que me han dado por resultado la identificación de nuevos*

*signos, seguros, fáciles de percibir en su mayoría y suficientes para que el diagnóstico de casi todas las enfermedades de los pulmones, de la pleura y del corazón sea más cierto y circunstanciado que los diagnósticos quirúrgicos hechos con ayuda de la sonda o de la introducción del dedo..”*

El descubrimiento lo lleva a un método de estudio, así Leannec describe yendo del paciente al cadáver todos los signos de mayor importancia de la semiología respiratoria.



El nombre que le pone su inventor es el de estetoscopio, “*stethos*” (pecho o tórax) y “*scopein*” (ver). Hace referencia a la vista, la mirada del examinador, a pesar de que lo que permite el instrumento es oír. Lo que habla más de la necesidad científica de la propia clínica médica en sus comienzos como tal. Lo que Leannec “veía” en esa auscultación, era al órgano enfermo.

Sobre este hecho edificó un cuerpo de conocimientos utilizando su estetoscopio de las patologías cardíacas y respiratorias. sostenido en un sinnúmero de observaciones surgidas de los sonidos retenidos en su memoria y expresados en las historias clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó una autopsia. Las descripciones aún persisten en los textos y la práctica clínica cotidiana. En esos tiempos nacieron términos tales como estertor crepitante, roncus, sibilancias, soplo anfórico, tintineo metálico, el ruido del frote pleural, broncofonía, pectoriloquia áfona. Soplos diastólicos y sistólicos. Términos que representan al idioma actual de la Clínica Médica y su semiología.

Su “*Traité de l'auscultation médiate et des maladies des pumons et du coeur*”, cuyas descripciones semiológicas habla de un hombre culto y de gran imaginación, representa una permanente intención de “hacer hablar” al

órgano enfermo y encontrar “su idioma” para, luego, categorizarlo en distintas formas de enfermar de ese mismo órgano:

*“El estertor crepitante húmedo se le puede comparar al de la sal que se hace crepitar a un calor suave en un vaso o al de una vejiga seca que se insufla o al que deja oír el tejido de un pulmón sano que se aprieta entre los dedos”*

*“A veces el sonido es el del canto de una tórtola que en ocasiones es tan real que podríamos creer que hay uno de estos pájaros bajo la cama de nuestro enfermo...”*

Opinando sobre un “adversario” intelectual, “irritabilista”, muestra así su posición en relación al ejercicio clínico y las bases sobre donde debe asentarse:

*«M.B. prefiere elevarse a la investigación de las causas primeras de la enfermedad (causes prochaines) ; menosprecia los detalles minuciosos de la observación, la distinción de los casos, e implícitamente hasta la seguridad del diagnóstico; porque él razona siempre sobre la hipótesis de que es inútil distinguir unos de otros todos los casos a que atribuye una causa semejante; y atribuye la mayor parte de las enfermedades a una sola causa : la irritación.»*  
( Leannec 1826)

Los principios de la Revolución lo encontró a Jean Nicolás de su lado, tanto por ser médico de un general de la causa como por sus posturas anticlericales y antimonárquicas. René, sin embargo, era católico, promonárquico y con razones personales para estar en contra de la revolución: su tío médico fue separado de su cargo por la Asamblea revolucionaria y , por otro lado, al crecer frente a una plaza designada para ser el lugar de las ejecuciones, fue testigo de cientos de decapitaciones lo que lo eyectó a una posición contraria a las prácticas de esa etapa de la revolución.

Ambos coincidieron en su mirada clínica.Mirada moldeada al calor de la revolución francesa y que fue el gesto inicial de un arte y una ciencia que ,aún hoy, exige transformarse manteniéndose atenta a los cambios sociales y filosóficos que propone nuestro tiempo.

## **Clínica Médica: la historia de una pregunta**

La aparición de la Clínica Médica ,representa un acontecimiento en la historia de las ideas del ser humano, una idea que viene desde el fondo de los tiempos y que de manera persistente, como una pregunta que no puede salir del pensamiento de un hombre, recurrió insistentemente para crecer, transformarse y aliarse con otras ideas, hasta constituir el cuerpo de conocimientos y prácticas que la particulariza hoy. Como todo acontecimiento histórico se construye con la confluencia de muchas historias que parecen haber nacido separadas, pero que de tanto encontrarse en el devenir histórico , toman cuerpo en única historia que parece ser contada por una sola voz.

¿Cuál es el verdadero camino para entender que le sucede a alguien que enferma?,pregunta que parece recorrer todo lo que el ser humano hizo con el idea de enfermedad, desde que se encontró frente al misterio de otro ser humano acechado por una muerte provocada por la naturaleza y sus incógnitas.

Así, las preguntas se sucedieron : ¿A que dioses orar para que alguien sane? o ¿Que espíritus malignos exorcizar?, ¿Qué sistemas explican que pasa y que hacer?¿ Los humores?, ¿el vitalismo ,el mecanicismo o algún otro que profesa algún médico de renombre? Si el problema está en el cuerpo, ¿en que parte?y ¿como enferma esa parte y como escuchar a ese órgano?¿Cuáles son los límites de nuestros sentidos para entender un proceso de la naturaleza?¿Cómo liberar al cuerpo de esa extraña presencia?....

Cada pregunta era el cuestionamiento posible para cada momento histórico, cada respuesta podía caer en el olvido o arraigarse transformado la idea de medicina y de Clínica Médica, según si las condiciones filosóficas y políticas de la época lo permitían. De igual manera, el oscurantismo religioso silenció, a sangre y fuego, toda pregunta cuya respuesta cayera por fuera de los textos inspirados por una divinidad.

La aparición de la escritura en las primeras etapas de la edad antigua, las condiciones filosóficas de la Grecia de la antigüedad, el movimiento filosófico,

político y cultural del renacimiento, la revolución francesa junto con la revolución industrial fueron todos acontecimientos históricos que permitieron que ciertas ideas se constituyeran en parte permanente, indivisible y constitutiva de la idea de ejercicio de medicina y de la clínica médica.

Así, Hipócrates dejó de preguntarle a los dioses y centró su mirada en el cuerpo, Da Monte en Padua, *“enseñó a enseñar”* Clínica Médica e ir de la sala de internados a la mesa de disección, sus discípulos holandeses sembraron estas ideas que, junto con las de Sydenham constituyeron la escuela de Boerhaave que se propuso escuchar a los pacientes, examinarlos y enseñar al lado de su cama en el hospital. Morgagni, también en Padua, pudo mostrar en sus disecciones lo que estos otros clínicos también encontraban en las autopsias de sus pacientes y señaló la sede de la enfermedad. Todas estas concepciones y prácticas coexistían con una infinidad de teorías sostenidas por falsos médicos y charlatanes, que representaban una amenaza para la salud pública, hecho que fue tomado por la asamblea y el directorio desde los inicios de la República convirtiendo en política de estado la formación médica, los hospitales asociados a las universidades, la necesidad de una exploración física que explique lo que le pasa al paciente. En este ambiente, la clínica se consolida como ciencia y nacen las primeras escuelas francesas, y se consolidan las alemanas, holandesas e inglesas, en las que su práctica se sostiene en la idea de que a cada síntoma, le corresponde un órgano enfermo, afectado de un tipo de manera de enfermar a la que se puede acceder con la búsqueda de un signo, hechos cotidianos y casi inconscientes para nuestra práctica hoy, pero que hace 200 años representaron el resultado de cientos o miles de años de recorrido de una idea sola idea, de una sola pregunta.

La Imagen de Hipócrates, influenciado por las corrientes filosóficas de la Grecia antigua, enseñando a sus discípulos a dejar de pensar en dioses y en magia, y empezar a mirar al cuerpo tal como lo venían predicando muchos sanadores antes que el , escuchando las quejas y los síntomas, llamando a acercarse a ese cuerpo para revisarlo, explorarlo , educando los sentidos, viendo también allí un hecho humano y ético, que llamó con una palabra griega que habla del lecho, la cama donde yace la persona enferma, constituyeron un

acontecimiento histórico que dio nacimiento a la medicina como ciencia y **a la clínica médica como arte médico.**

De similar manera Leannec, en la Francia postrevolucionaria, buscando en sus bolsillos un instrumento que le permita entender ,desde su propia experiencia sensorial, lo que le sucedía a una ,muyer internada en un hospital universitario donde se enseñaba y aprendía clínica médica, y así escuchar con ese instrumento el cuerpo de esa persona , buscando oír un ruido que hable de un órgano enfermo, que el mismo va a verificar en las autopsias, hechos todos con los que el método anátomo clínico termina de afianzarse en el camino de razonamiento hegemónico de la medicina moderna. Estas imágenes representan un retrato poderoso de lo que significa para la historia de una idea, un acontecimiento histórico.En este caso, un acontecimiento que marcaba el nacimiento de **la Clínica Médica como ciencia.**

### **Selección de la Bibliografía consultada:**

“El Impacto de la Revolución Francesa” Historia Universal. Tomo 16.Salvat Editores 2005.

“Las Grandes Revoluciones de la Historia” de William H.Chamberlain.1967

“Estudio de la Historia” de Arnold J. Toynbee. Alianza Editorial.7ma.ed. 1970

“La Era de la Revolución de 1789 a 1848” de Eric Hobsbawm

“La Revolución Francesa, una breve introducción” de Peter Davies

“Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX “ artículo de Albarracín Teulón del Centro de Estudios Históricos. Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia.

“El nacimiento del concepto de «salud» como un derecho De la Revolución Francesa a las Revoluciones Europeas de 1848” por Hernán Doval

“La Medicina en tiempos de la Revolución Francesa” de Adolfo De Francisco Zeal.

“Historia sucinta de la Medicina Mundial” de Josef Lobel. 1960

“Historia de la Medicina” de Lyons/Petrucelli. Edición Argus.1980.

“Médicos Célebres”.Grandes figuras de la humanidad.Enciclopedia biográfica.

“Historia de la Clínica Médica y la Medicina Interna” de F.Morongiu.1ra.ed.2011.

“Tratados Médicos” Hipócrates. Biblioteca Clásica Gredos. 1990

“Essais sur les maladies et lésions organiques du coeur et des gross vaisseaux” de J.N.Corvisart. 1806

” Traité de l auscultation médiante et des maladies des pumons et du coeur” de R.T Laennec. 1819

“L'enseignement clinique dans les Hopitaux du Paris entre 1794 et 1848” M. Wiriote 1970

“Vida y obra de René Laennec” por Pedro Laín Entralgo

“Aequanimitas” de William Osler. Tercera Edición.1930

“Le Malade Imaginaire” de Molière. Año 1673.

“Escritos sobre la medicina” Georges Cangilhem. 1ra.ed.Buenos Aires.Amorrortu

“La relación médico-enfermo. Historia y teoría. “ de P.Laín Entralgo. 1964

“El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica” Michel Foucault. 1963

“La vida de los hombres infames” Michel Foucault

“Hermenéutica del sujeto” Michel Foucault. Conferencia publicada en 2001

“Vigilar y Castigar” Michel Foucault. 1975

“La filosofía y el barro de la historia” de J.P. Feinmann.6ta. ed. 2010.Editorial Planeta.

Diccionario de Filosofía. José Ferrater Mora.4ta.Ed. 2013

“Tratado de las Sensaciones” de Etienne Bonnot de Condillac.1754

“La Filosofía de la Edad Media” de Etienne Gilson.Segunda Edición. 1965

## **Cuando fuimos Clínica Interna**

Desde hace 35 siglos se tiene registro de que el ser humano tuvo actos que podríamos denominar como médicos. Tanto en el papiro de Ebers como el de Smith ( 1500 ac) , ambos de la antigua cultura egipcia, se hallan referencias a distintas maneras de enfermar y de los intentos de solucionar un problema personal o comunitario de salud. En los jeroglíficos del de Ebers ya se hace referencia a las patologías internas y externas, siendo casi exclusivamente dedicado a las patologías internas: oftalmológicas, ginecológicas, fiebres, con un contenido mas mágico y religioso. El de Smith se organiza alrededor de casi 50 heridos de guerra, en el que se muestran principalmente a las enfermedades “observables a simple vista”, las malformaciones, descripciones anatómicas, los traumatismos, las heridas, es decir, lo “quirúrgico”. El papiro de Smith es mas racional, mientras que el de Ebers abocado a las enfermedades “internas” mas irracional en sus interpretaciones y propuestas terapéuticas.

Desde hace 35 siglos tenemos conocimiento de la idea de la medicina externa y la interna. Una que se ocupa de lo que a simple vista surge como anormal, y otra que atiende a los orígenes misteriosos y oscuros del hecho de enfermar.

Durante los primeros 10 siglos las enfermedades internas fueron entendidas y atendidas por magos, sacerdotes, chamanes y distintos miembros de las sociedades que invocando medidas y poderes mágicos y religiosos ensayaron diferentes modos de abordarlas y tratarlas.

Hace 25 siglos Hipócrates ( 460 ac) empieza a llamar “Clínica” a la disciplina médica que atiende a la “patología interna”, eligiendo el término griego Kliné, (del griego klinikós ‘que visita al que guarda cama’, derivado de klinê ‘cama’ cuyo significado es lecho) resaltando el lugar de ese médico en relación a la persona enferma, momento también en que se erige la Semiología como herramienta de la clínica y sostén del razonamiento hipocrático. Clínica o Clínica Médica fue el nombre que se adopta coexistiendo con la idea y la

práctica de la “medicina interna” acuñada por siglos para nominar a esa área del arte de curar, y fundamentalmente, como delimitación del grupo de enfermedades de la cual se ocupa.

La palabra Medicina Interna aparece en diversos tratados del siglo XVI y XVII pero hacia fines de 1800 toma impulso y entidad sólida. En 1882 se realiza en Alemania el primer congreso en el que se trataron temas vinculados a la clínica médica y la patología interna. El congreso se denominó “de Medicina Interna”, creándose la primera sociedad Alemana de la especialidad así nominada. En 1894 la principal revista alemana de la especialidad cambia su nombre en el que se hallaba la palabra “clínica médica”, por uno que contuvo a la de “medicina interna”. Estos hechos dieron un decisivo impulso a la denominación “Medicina Interna” que influyó fuertemente en la medicina europea, principalmente los países sajones, en la inglesa y la norteamericana.

Ambos nombres e ideas coexistieron durante siglos. La clínica, el médico clínico, la clínica médica, la patología interna, la medicina interna, fueron ideas que viajaron juntas a través de los tiempos en esas centurias, atravesando idiomas, culturas, guerras, revoluciones e imperios.

Pero también, existió otra denominación que ingresó en la historia de la clínica médica de manera imperceptible, y que dura poco tiempo con inhomogénea distribución, fundamentalmente en el mundo hispanoparlante, y que desaparece de los registros históricos de igual forma: larvada y silenciosamente, fue la que llamó a esta rama de la medicina como **Clínica Interna**.

Así, clínica médica, medicina interna y clínica interna coexistieron como nominación a la misma disciplina médica, en iguales o distintos países y academias, por lo menos durante casi un siglo.

**París en 1821. Corvisart, catedrático de Clínica Interna**

En la traducción al español del libro de J.Bouillaud , *“Ensayo sobre la filosofía médica y las generalidades de la clínica médica”*, publicado en Madrid en el año 1841 en el contexto de la *“Biblioteca de Clínica y Cirujía”* se hace referencia a un discurso de Dupuytren en el que se refiere a J.N.Corvisart de la siguiente manera:

*“...Las necesidades de la guerra a que la Francia había dado principio contra toda la Europa hicieron crear las escuelas de sanidad, y es digno de recordación el cuidado con que se escogieron los maestros y los discípulos que debían componer estos célebres establecimientos. Llamáronse los hombres mas distinguidos de todos los puestos de la nación , y lo alumnos mas capaces de aprovechar las lecciones de tales catedráticos, y no era posible olvidar en la formación del Instituto de las ciencias médicas, los ventajos de los resultados que había producido la enseñanza clínica de Desbais, Desault y Corvisart. Abriéronse tres clases de clínica en la escuela de sanidad de París, una para medicina , otra para cirujía y la tercera para el perfeccionamiento del arte, quedando nombrado **Corvisart catedrático de la Clínica Interna**, establecida en el Hospital de la Caridad...”(1)*

Este fragmento se corresponde con una parte del discurso del Presidente de la Facultad de Medicina de París, M.Dupuytren, el 22 de Noviembre de 1821. Y sigue:

*“...Con semejantes recursos consiguió Corvisart elevar la reputación de la **Clínica Interna** de la Caridad a igual o mayor altura que todas las clínicas conocidas. En ella se formaron por espacio de quince años casi todos los médicos instruidos que cuenta Francia en el día, y en su seno en fina han venido a perfeccionarse muchos profesores extranjeros...”*

En su ensayo de 1841, Bouillaud, si bien habla de Corvisart como catedrático de Clínica Interna, nomina a la especialidad como Clínica Médica en la mayoría de sus referencias, probablemente el nombre original de la cátedra, tras 20 años, se haya ido apagando en su vigencia.

## **México en 1833. Cátedra de Clínica Interna.**

En 1833, con la fundación del Establecimiento de Ciencias Médicas, que más tarde, después de varios nombres, se denominó Escuela Nacional de Medicina, los planes de estudio del plantel se modificaron. El director del Establecimiento de Ciencias Médicas, de acuerdo con el decreto del 19 de octubre de 1833, el día 31 de ese mes propuso a la Dirección General de Instrucción Pública las ternas para escoger a quienes deberían servir las cátedras que comprendía el reglamento respectivo: Anatomía, Fisiología e Higiene, Patología Interna, Patología Externa, Materia Médica, **Clínica Interna**, Clínica Externa, Operaciones y Obstetricia, Medicina Legal y Farmacia. Siendo el primer Profesor titular el Dr. Rodríguez Puebla, siguiendo en 1845 Francisco Jiménez, quien fuera gloria de la medicina nacional mexicana.

La medicina mexicana se veía influenciada en esos años por el texto de John Brown publicado en 1780, *“Elementa Medicinae”* escrita en latín, corriente clínica denominada “browniana”, que fue antecesora de las influencias europeas, fundamentalmente francesas. Hasta 1833 se aprendía medicina leyendo los aforismos hipocráticos y acompañando a médicos en sus consultas

Desde la inauguración del Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833 hasta el año 1881, la clínica era dada en dos o en tres años por un solo profesor. Progresivamente la materia fue adquiriendo un mayor desarrollo y su importancia también era mayor cada día, se estableció en 1882 una nueva asignatura con otro profesor que se encargó de los alumnos de tercer año. Se crearon también las plazas de Jefe de Clínica, que vinieron a facilitar la labor del profesor y la enseñanza del alumno; estos cargos eran cubiertos por concurso de oposición.

“..En el campo de la medicina, la figura más destacada a principios del siglo XX era José Terrés, cuya tarea profesional y docente había tenido notable éxito. Profesor de clínica y patología, había demostrado excepcionales dotes de observación. Cultivando la lógica que había aprendido en la Escuela Nacional Preparatoria, en pleno auge de las doctrinas de Augusto Comte, utilizaba una dialéctica implacable. Ordenado y metódico en exceso, tanto en la exploración

de los enfermos como en sus exposiciones didácticas y académicas, utilizaba en éstas un léxico preciso, con el objeto de que no hubiera lugar a duda..” (2)

### **Madrid 1842. Llamado a concurso para profesores de Clínica Interna.**

En el Boletín Oficial de Instrucción Pública de Madrid (Título II, Capítulo I) se oficializa la organización de la “junta de jueces” y se publica el llamado a concurso para las cátedras de la facultad de medicina de París.

Se especifica la forma en que va a estar conformado el jurado para el concurso de cada cátedra:

*“...Para una cátedra de **Clínica Interna**.*

*El profesor de materia médica y terapéutica*

*El de anatomía patológica*

*El de patología y terapéutica general*

*Los dos profesores de patología interna*

*Dos de **Clínica Interna***

*Uno de Clínica externa ....”(9)*

A su vez, los profesores de **Clínica Interna** participarán de los concursos de las siguientes materias:

*“...Química Orgánica y Farmacia, ...Materia Médica y Terapéutica,...Anatomía Patológica, ...Patología Interna... Patología y Terapéutica General...Clínica Externa, ... Enfermedad de Mujeres y niños,...Clínica de Partos...” (9)*

Se realizan las siguientes especificaciones en relación a las condiciones de admisión a los concursos, con ciertas particularidades para los aspirantes a las cátedras de Clínica Interna:

*“...No podrá ser admitido a los diversos concursos de los colegios de medicina ninguno que no sea francés, que no goce de los derechos de ciudadano, que no presente un diploma de doctor de medicina o cirugía obtenido en alguno de los colegios del reino, que no sea de edad de sesenta años cumplidos cuando el concurso sea para obtener una cátedra , y de veinte y cinco cumplidos cuando tenga por objeto una plaza de agregado, a no ser que el Ministro gran maestro de la universidad le conceda la dispensa de edad conforme a las reglas prescritas por el artículo 8 del estatuto del 10 de Mayo de 1825.*

*Para las cátedras de **Clínica Interna** y Externa y para la de Clínica de Partos, los aspirantes a ella deberán justificar además seis años de doctorado o cuatro de práctica en un hospital...” (9)*

### **Chile en 1846, una Cátedra de “Patología i Clínica Interna”**

El día 7 de Julio de 1846 se publica el discurso pronunciado por Juan Miquel en el momento de la toma del cargo como profesor titular de la cátedra denominada “*Patología i **Clínica Interna***” de la Facultad de Medicina chilena.(3)

En dicho discurso se puede leer el estado de la clínica médica y su enseñanza en Latinoamérica: “...*La Medicina, esta ciencia eminentemente benéfica y humanitaria...era no ha mucho tiempo tan desconocida en la República, que solo un muy reducido número de profesores extrajeros ,en su mayor parte, la ejercían en la Capital, teniendo el resto de los habitantes de Chile entregarse en manos de charlatanes ignorantes...”*

En otra parte muestra la coexistencia de las denominaciones clínica interna y Clínica Médica, tal cual nombra a la disciplina:

*“...la instrucción en los difíciles e importantes ramos de materia médica, terapéutica, arte de recetar, patología interna, clínica médica, medicina legal y tratado de venenos...”*

Desliza la palabra “materia médica”, hallada en antiguos textos de las primeras facultades de medicina europeas, con la que se denominaba todo lo “no quirúrgico”.

Por otro lado hace referencia a la falta de textos americanos con que su predecesor contaba para enseñar la disciplina:

*“... pues privado de un texto para dar sus lecciones, tuvo que día a día consagrarse a dictar la medicina chilena, obra difícil y extensa...”*

En el siguiente fragmento: *“..me vi en la necesidad de dictar un curso de Patología General indispensable en el estudio de la Medicina o Patología Interna...”*, denota nuevamente la coexistencia temporal de las distintas nominaciones.

Se hace referencia también, a textos oriundos de España y Francia utilizados para la *“instrucción médica”*.

En la naciente universidad de Chile, con una medicina poco desarrollada, con profesores en su mayoría extranjeros y con una decisiva influencia científica española y francesa, a la clínica médica se la denominaba , también, **Clínica Interna**.

### **Perú 1856. Materia Médica y Clínica Interna**

En la revisión de los programas de la enseñanza de la Medicina en la Universidad Peruana de San Fernando se pueden ver algunos aspectos evolutivos de la nominación de la materia como su relación con las otras disciplinas.(4)

#### **1856**

En esta etapa los contenidos de clínica médica se hallaban esparcidos en distintas cátedras afines a la disciplina (Materia médica, Terapéutica General y Materia Medica).

“...Química Médica Historia Natural Médica Física Médica e Higiene Anatomía Descriptiva Anatomía General y Patológica Fisiología Patología General Nosografía Quirúrgica **Nosografía Médica Terapéutica General y Materia Médica** Farmacia Medicina Operatoria y Anatomía Topográfica Medicina Legal y Toxicología...”

### 1861/1893

Se nomina **Clínica Interna**, área que , a su vez, comprende otras áreas del conocimiento médico o científico general.

La carrera se extendía a 7 años con la siguiente distribución:

- 1) 3er. Año: **Clínica Interna:** Anatomía General Fisiología e Higiene Zoología Médica Patología General
- 2) 4to Año: **Clínica Interna:** Patología General Anatomía Patológica Nosografía Quirúrgica General
- 3) 5to año: **Clínica Interna:** Patología Interna (1ra parte) Cirugía de Regiones Terapéutica y Materia Médica
- 4) 6to Año: **Clínica Interna:** Patología Interna (2da parte) Anatomía Topográfica Medicina Operatoria Oftalmología

Las denominaciones Nosología Médica, Materia Médica y la propia Clínica Interna denotan una clara influencia europea en la organización académica de la facultad de medicina de Perú.

### México en 1888. “Programa de la CÁTEDRA DE CLÍNICA INTERNA del Tercer Año”

En 1888 para el concurso de Profesor Adjunto de la Cátedra de Clínica Interna, el Dr. José Terrés publica un programa en el que desarrolla sus ideas acerca de la enseñanza de la materia. La denominación Clínica Interna se halla en todo el texto, sin otras denominaciones, resaltando citas bibliográficas exclusivamente francesas. (5)

Algunos conceptos vertidos en el programa:

*“...si nos ocupamos del objeto de la **clínica interna** es porque estamos obligados circunscribir la extensión que al primer curso debe darse, antes de enumerar los medios que para su enseñanza se han de poner en acción...”*

*“...La **clínica** (de cama) ha sido definida de varias maneras. Del análisis de las definiciones presentadas, de la comparación de los trabajos que universalmente son calificados de clínicos, de la de estos con los que se les asemejan, debe surgir una buena definición que no adolezca ni del defecto de ser algo vaga, ni del de ser demasiado lata, ni tampoco un tanto estrecha..”*

Hace referencia también al método clínico como eje de la enseñanza:

*“..tratándose del curso de clínica, en donde el alumno va aprender observar, comparar, por lo tanto analizar, inducir deducir, con el fin de conocer el estado actual predecir el futuro de un complicado organismo, con el de modificar en el, si es necesario posible, la sucesión de los fenómenos, con el de formular leyes exactas que puedan en lo venidero servir de apoyo sus inferencias..”*

Realiza también una crítica a la idea de la teoría previa a la práctica:

*“..Con bastante frecuencia hemos oído decir que el estudio de la patología ha de preceder al de la clínica, que cuando son conocidas ya en teoría las enfermedades, es cuando se puede, con verdadero provecho, concurrir esta cátedra. Estas afirmaciones pueden ser no exactas, según la manera como se halle organizado el estudio de dicho ramo...”*

*“..Pues bien, el estudio del arte que nos procura las reglas nos ejercita en la manera de obtener el mayor número posible de síntomas, puede, sin asomo de duda, emprenderse, hallándose ignorante de los conocimientos patológicos. Tan es verdad que puede obtenerse utilidad del estudio de los enfermos, sin el previo conocimiento de la patología, que por mucho tiempo las afirmaciones de esa ciencia han sido el resultado, exclusivamente, de la más menos limitada generalización de las observaciones clínicas, que en la actualidad todavía son éstas los más ricos veneros de aquellas..”*

Y va mas allá:

*“...Tanto que Graves quería que los niños destinados la carrera de la medicina concurrieran desde su infancia los hospitales, aun cuando no fuera sino para educar sus sentidos adquirir ese cumulo de datos prácticos que sólo se adquieren la cabecera del enfermo; como el golpe de vista, la fineza de percepción, la destreza manual, la sangre fria, el hábito, en una palabra, de estudiar manejar enfermos...”*

Afirmaciones que provienen probablemente de la influencia de las escuelas francesas de clínica médica, donde la observación hipócrática era lo primero. ( La cita de Graves es de un texto de Jaccoud).

En el mismo sentido se jerarquiza a la semiología:

*“... se les debe acostumbrar explorar debidamente los enfermos, para recoger con precisión exactitud ordenar metódicamente, todos los datos que puede suministrar su estudio van ser el punto de apoyo de la conducta del médico...”*

Es de importancia ,para encuadrar las influencias científicas de la época , enumerar las citas con que este Profesor de Clínica mexicano de fines del antesiglo pasado, extrajo conceptos y acepciones para su propuesta de profesor adjunto:

*Schiitzemberger. Fragmentos de Filosofía médica. París, 1879.*

*Noel Gueneau de Mussy. Clínica Médica. París, 1878*

*Jaccoud. Clínica de la Petié. París, 1885*

*Trousseau. Clínica Médica del Hotel Dieu. París, 1877*

*Jaccoud. Clínica del Hospital Lariboisibre,*

En 1907 se crean cátedras bajo la denominación de Clínica Médica, y el propio Terrés publica su libro “Introducción a la Clínica Médica” publicado en 1917. El término Clínica Interna desaparece sin motivos explícitos y no deja rastros que sean recogidos a posteriori.

### **Colombia 1890. Cátedra de Clínica Interna**

Según el tomo II del libro “Facultad de Medicina: Su historia” de Juan Carlos Eslava Castañeda, Manuel Vega Vargas y Mario Hernández Álvarez, que retrata el nacimiento y evolución de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en su sede de Bogotá, en el año 1890 se crea la **Cátedra de Clínica Interna** quedando a cargo del doctor José María Lombana Barreneche, considerado el padre de la medicina interna en Colombia. El mismo docente estaba a cargo hasta ese momento de las cátedras de Anatomía Patológica, Patología General y Patología Terapéutica, demostrando el escaso desarrollo de la especialidades clínicas y la superposición disciplinaria de ese entonces. (6)

### **Ecuador 1933. Cátedra de Clínica Interna**

Se publica en 1933 en Quito, un ensayo sobre “Ictericia, Insuficiencia Hepática y Hepatopatías” como parte de la tarea académica del Dr. Arsenio Torre Silo como Profesor Auxiliar de la Universidad Central en la Cátedra de **Clínica Interna**.(7)

El el se pueden leer las referencias tanto a Clínica Interna como de Patología Interna:

*“...Cumpló, al mismo tiempo, con la disposición del Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Pablo Arturo Suárez, de presentar, como Profesor Auxiliar de la Universidad Central en la **Cátedra de Clínica Interna**, un trabajo, fruto de las investigaciones y estudios verificados durante el curso 1931-1932...”*

*“..Mí deseo: ser útil al lector que dedique su atención a un capítulo de tanto interés científico en Patología Interna: las Hepatopatías...”*

En la bibliografía aparecen referencias españolas, como la de Jimenez Díaz y francesas como la de Sergent.

### **Idea final**

El nombre **Clínica Interna** tuvo un fugaz pasaje por la historia de la Clínica Médica fundamentalmente en Francia, España y Latinoamérica durante casi todo el siglo XIX. Fue simultánea a los nombres Clínica Médica y Medicina Interna. Su ingreso fue tan imperceptible como su salida de la historia, pero nos deja la inquietud de un nombre que contiene la síntesis de dos conceptos que corrieron paralelos durante siglos, desiguales en su origen, iguales en su intención de fusionar tanto al arte con la ciencia, resaltando la actitud y la racionalidad humana que contiene y envuelve dialécticamente el nombre **Clínica Médica**.

### **Referencias bibliográficas**

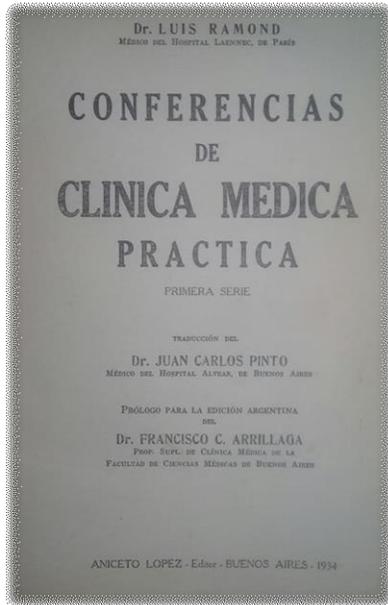
- 1) *“Ensayo sobre la filosofía médica y las generalidades de la clínica médica”*. J.Bouillaud.1841.
- 2) *“Acerca de los inicios de la clínica en México”* de Rolando Neri-Vela y Luis Vicente Sánchez-Fernández. Anales Médicos. Vol. 62, Núm. 4 Oct. - Dic. 2017 p. 302 – 308
- 3) Discurso pronunciado por Juan Miquel Profesor titular de la cátedra denominada *“Patología i **Clínica Interna**”* de la Facultad de Medicina chilena.1846.
- 4) *“Evolución Histórica de la Facultad de Medicina de San Fernando”*.Por Gustavo Delgado Matallana y Miguel Rabí Chara. Perú.1856.
- 5) *“Programa de la Cátedra de **Clínica Interna** del Tercer Año”*. Por el Dr. José Terrés. Facultad de Medicina . Universidad Nacional de México.1888.

- 6) “Facultad de Medicina: Su historia” Tomo II. Universidad de Colombia. Por Juan Carlos Eslava Castañeda, Manuel Vega Vargas y Mario Hernández Álvarez.
- 7) “Ictericia, Insuficiencia Hepática y Hepatopatias”.1933 .Dr. Arsenio Torre Silo. Prof. de la Universidad Central en la Cátedra de **Clínica Interna**. Universidad de Ecuador.Quito.
- 8) “Historia de la Clínica Médica y la Medicina Interna” Federico Morongiu. Edimed.2011.
- 9) Boletín Oficial de Instrucción Pública de Madrid (Título II, Capítulo I) 1842.

## Las conferencias de Clínica Médica de Louis Ramond

Louis Ramond, médico de Hospital Laennec de París, nació 4 de diciembre de 1879 y falleció el 27 de Octubre de año 1952, su obra central fueron las 13 series de conferencias publicadas bajo ese mismo número de libros entre 1923

y 1938. Asistimos a casi 100 años de esta obra que influyó de manera decisiva en la enseñanza de la clínica médica en toda Latinoamérica, especialmente las facultades sudamericanas y el mundo europeo franco español.



Previa a las distintas series de conferencias, Ramond escribió dos libros vinculados con el tratamiento de la tuberculosis y del “reumatismo blenorragico” tal era el nombre de la poliartrosis gonocócica.

En 1923 sale a la luz la primera serie de conferencias, bajo el nombre de “Conferences de Clinique Medicale Pratique” de casi 400 páginas y la presentación de 16 discusiones de casos clínicos generando un antes y un después en la forma y el enfoque didáctico docente de la clínica médica-.

En nuestro país el Dr. Juan Carlos Pinto, médico del Hospital Alvear de Buenos [Aires, fue el traductor de la obra de Ramond, cuya edición estuvo a cargo de la editorial Lopez y Etchegoyen de la calle Junín en Capital Federal, su maestro el Prof. Francisco Arrrillaga fue el encargado de hacer los prólogos a las ediciones argentinas de las distintas series de conferencias.

Su didáctica, heredera de los razonamientos anatómoclínicos de Laennec y de la primera escuela de clínica médica francesa, estableció una forma de enseñar, que perdura hasta nuestros días. El anfiteatro, escenario fundamental de los hospitales europeos, especialmente franceses, al igual que la figura del maestro, de palabra casi indiscutible, junto a discípulos que oían discurrir el razonamiento magistral que invariablemente culminaba en una

acierto diagnóstico, fue recreado con una concepción claramente artística por Ramond y plasmadas en estos textos.

La influencia de la escuela francesa en la argentina es notable. Abel Ayerza se formó junto a Tillaux, Jaccoud y Potain, pocos años después si discípulo Mariano Castex, se formaría al lado de Widal, en la universidad de París. Ambos Titulares de la Primera Cátedra de Clínica Médica en el Hospital. De Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.

Egidio Mazzei diría sobre este aspecto: ***“...En esos decenios (inicio del siglo XX), influía notablemente la Escuela Francesa, con sus características dominantes: la primacía de la observación, el razonamiento inductivo y deductivo, la imaginación creadora, la hipótesis inicial y su comprobación ulterior, la síntesis, la imprescindible relación médico-enfermo, el espíritu de fineza y el diagnóstico como acto de la inteligencia activa, lógica consecuencia de una disciplina que , como la clínica es la más intelectual de todas...”***

En nuestra escuela platense, Manzano, Cieza Rodriguez, Mazzei, fueron discípulos de estas conferencias, adivinando en sus formas didácticas expositivas y literarias la impronta francesa “Ramondiana”.

Estructura general de una conferencia:

Las conferencias de Louis Ramond extraídas de apuntes tomadas durante sus clases, tienen varias características propias de la magistralidad que luego encontramos en clases y disertaciones académicas de la escuela argentina. Tal es el sello de la influencia de la academia francesa en la educación médica latinoamericana en general.

Ramond dicta las conferencias de manera coloquial y cercana a sus oyentes y lectores, su cercanía se debe a las anécdotas y a las preguntas que a lo largo de la exposición va realizando y que hace fácil imaginar que existiría una respuesta de los presentes, aunque muchas veces es notoriamente retórica y sirve de impulso al próximo razonamiento clínico. La semiología, la signología y los epónimos vinculados a los, todavía, clínicos contemporáneos dan al

academicismo una pincelada erudita presente en todas las conferencias de Ramond. Los diagnósticos diferenciales y el diagnóstico final están más vinculados a disquisiciones semiológicas más que a la atención de los métodos complementarios o los estudios anatomopatológicos.

Así, podemos identificar aspectos propios de las conferencias de Ramond que las vuelven clásicas y reconocibles:

Comienza con un paciente o caso conocido por el mismo, internado en la sala de su servicio y que, en general, lo vio recientemente, dando la sensación de que aún permanece internado. A este paciente, o caso inicial, vuelve a lo largo de toda la conferencia, finalizando con su resolución diagnóstica.



Busca y propone una narrativa propia del caso clínico, lejos de los tecnicismos de las historias clínicas y las presentaciones dogmáticas.

La exposición se da de manera cercana a los oyentes, tal como lo señalábamos anteriormente, dando a entender que muchos de ellos también participaron de la vivencia.

Da cuentas de todos los signos de manera minuciosa y detallada, abundando en epónimos y referencias históricas y etimológicas.

Cita trabajos, tesis, experiencias que muestran la necesidad de salir del empirismo clínico, sin caer en el cientificismo ni abundar en aspectos no prácticos.

El diagnóstico diferencial es el eje del razonamiento de Ramond y lo funda en la mayoría de las veces en detalles y aspectos semiológicos. Las preguntas son el motor del pensamiento deductivo, planteadas de manera retórica o, en la menor de las veces, interactuar con los presentes.

Tomaremos seis conferencias para su análisis, siguiendo los aspectos antedichos:

## Plantea un coloquio cercano con los oyentes y lectores

*“...Al día siguiente de la operación la **situación es muy inquietante**, la enferma se halla sumida en una profunda adinamia...” (Enteritis perforada)*

*“...Al noveno día, las curvas del pulso y de la temperatura descienden paralelamente para alcanzar, respectivamente, 100 y 38,2°. **La partida está ganada...**”*

*“..**Acabáis de oír** cuáles son los diferentes síntomas que, asociados o aislados, permiten efectuar el diagnóstico de perforación intestinal en un tífico prostrado y sumido en la adinamia. Ninguno de esos síntomas es por si solo cierto, necesario y precoz...”*

*“..En fin, para asegurarles una ayuda quirúrgica inmediata en caso de perforación se los atenderá en una clínica o en el hospital, donde estarán cerca de la sala de operaciones...”*

*“...En ambos casos el diagnóstico etiológico de la peritonitis es imposible clínicamente: ... **¡Que importa!...**”*

*“...Y sin embargo, importa efectuar exactamente el diagnóstico de esta forma de endocarditis, porque este diagnóstico entraña, sino una terapéutica, **¡desgraciadamente impotente hasta el momento!**, por lo menos el establecimiento de un pronóstico fatal...”*

*“...el de endocarditis maligna de evolución lenta, ya lo suponéis, precisamente por el título de esta conferencia. Pero debo reproducir ante vosotros la discusión que hemos sostenido a propósito del caso de esta joven enferma, con el fin de repasar juntos el diagnóstico diferencial de esta variedad de endocarditis maligna...”*

*“...No existía, en mi opinión, ninguna duda acerca del diagnóstico de enfermedad de Osler. Y sin embargo, un hecho bastante anormal en el curso de esta afección volvía el diagnóstico discutible...”*

*“...”Yo le doy bastante de comer, pero no le aprovecha nada”-me decía la mujer de uno de mis pacientes, portador de un neoplasma pancreático, y mirando melancólicamente el recipiente casi lleno de voluminosas deyecciones, agregaba-“¿Y no es esto sorprendente? Me echa allá adentro más de lo que yo le pongo en el plato”...”*

*“...Igualmente ustedes pueden ver cánceres de la cabeza el páncreas con una pequeña vesícula, o una vesícula no accesible a la palpación que por ello crearán pequeña, por un gran hígado, o una ictericia ligera o intermitente...”*

*“...pero no queden inactivos. De las dos hipótesis elijan la más favorable, la que les podrá intervenir: Traten al paciente como si tuviese un cálculo enclavado en el colédoco...”*

*“...El solo ejemplo que yo quiero exponerles es el de uno de nuestros más reputados Maestros, muerto hace algunos años de un cáncer de cabeza de páncreas, como la autopsia ha podido constatarlo. Su observación clínica ha servido de modelo a Paul Bourget para describir la enfermedad de su héroe, Ortégue, en su libro “La significación de la muerte”.... Hablando a uno de sus asistentes, Ortegue gran cirujano, auto observador, le dice textualmente:- ¿Usted no se recuerda de ictericia? Ha sido ligera, fugaz, es intermitente. Junto con el resto me permite el error. Mi querido Marsal, lo que tengo yo es un cáncer de cabeza de páncreas!...” (A propósito de la variabilidad de la ictericia en esta enfermedad)*

*“...delante de la barrica, ¿cómo saber si está completamente vacía o contiene aún algo de líquido? Basta con sacudirla y escuchar si se siente el clapoteo revelador de la presencia de líquido y que se produce como consecuencia de los múltiples choques de las ondas así producidas en su superficie. No procederán ustedes de otra manera para revelar el hidroneumotórax, y sacudiendo al paciente de adelante a atrás o lateralmente producirán un ruido de clapoteo o de oleaje absolutamente análogo, y que se designa en medicina con el nombre de sucusión hipocrática...”*

*“...Me excuso de detenerme sobre tales síntomas en vista de su carácter excepcional, aunque yo los he oído citar a menudo sin explicación (signos clínicos infrecuentes) y no he podido resistir al deseo de exponérsles su génesis...”*

*“...Vean ustedes algunos ejemplos (de neumotórax)...un “corneta” del regimiento sufrió bruscamente un neumotórax haciendo sonar vigorosamente su instrumento, un eclesiástico insufló súbitamente su pleura en un desmedido acceso de risa, un estudiante hizo su neumotórax en el curso de una danza desenfrenada...”*

*“...Personalmente, este hombre jamás ha estado enfermo. Pero desde hace algunos meses no se sentía completamente bien y empezó a adelgazar sensiblemente. Su madre goza de excelente salud, al igual que su único hermano. No sabe lo que ha sido de su padre, verosímilmente muerto por los turcos durante la guerra...”*

*“... ¡Ustedes pueden juzgar, ahora, con que inquietud deberemos encarar el futuro de nuestro joven armenio, que presenta una tal nefritis purpúrica!...”*

*“...No obstante, he visto, bastante a menudo, a algunos de mis alumnos, y no de los menos buenos, aunque, ciertamente, poco familiarizados con la medicina infantil del hospital, tomar por petequias lo que no era más que picaduras de pulgas...el error es comprensible y excusable...”*

*“...en fin, recomendar a los sifilíticos evitar los excesos de todo género, tanto de trabajo...como de placeres...”*

### **Parte de un paciente conocido y atendido por el mismo**

*“...Hace dos años, una de mis jóvenes alumnas, afecta de fiebre tifoidea, sufrió, el 12mo día de su enfermedad una perforación intestinal... desde ese día me propuse exponeros a todos los detalles de su historia, con el fin de grabar en vuestra mente los síntomas, los elementos del diagnóstico y los principios del tratamiento de las perforaciones intestinales de la fiebre tifoidea...”*

*“...Lucette M., de 20 años , externa de los hospitales, vacunada contra las infecciones tíficas por **mis cuidados** en julio de 1924, con la vacuna calentada triple TAB del Insitutuo Pateur, comienza el 15 de marzo de 1925 a presentar una fiebre tifoidea.... Es hospitalizada en el Laennec, en el servicio del Doctor Rist, su jefe...”*

*“...Es precisamente esta endocarditis maligna de evolución lenta la que va a constituir hoy el objeto de nuestra conversación, pues acabamos de observar en la sala Rostan a una joven que la padecía...”*

*“...La señorita P..., contadora, 28 años de edad, entra en la sala Rostan el 18 de enero de 1925. Proviene del dispensario León Bourgeois, al cual había sido enviada como tuberculosis...”*

*“X...X... recaudador, de 77 años de edad, entra el 9 de febrero de 1921 a la Maison Dubois porque se encuentra amarillento desde hace unas seis semanas aproximadamente, habiendo adelgazado considerablemente y perdido sus fuerzas...”*

*“...Ahora bien: dentro de las complicaciones nerviosas de la sífilis que atacan al encéfalo, entre las mas frecuentes debemos citar a la hemiplejía a la que iremos de estudiar, hoy , en vista de que tenemos un caso de ellas en mi servicio...hace algunas semanas entraba, en la sala CRUVEILHIER, del hospital LAENNEC, un hombre de 28 años, pintor-decorador, en estado de semicoma.*

*“..El 2 de abril de 1921, la señora X..., de 47 años de edad, sin profesión, entraba a nuestro servicio con la esperanza de ser desembarazada de una intensa disnea de la cual ella sufría, sin mejoría alguna, desde hacía 8 días atrás...”*

*“...Un joven armenio de 16 años, entra en la sala Cruveilihier, el 20 de diciembre último, porque experimenta dolores en la muñeca izquierda, acompañados con quebrantamiento general y astenia...”*

**Siempre vuelve al paciente en su exposición**

*“...Nuestra joven había sido considerada como una engripada en el comienzo de su enfermedad, pero según es la regla, la evolución...no tardó en invalidar esta opinión, puesto que en la gripe la fiebre no hubiese sido tan persistente en ausencia de toda localización visceral de la infección...”*

*“...en esta joven empleada de escritorio, la existencia de una lesión cardíaca era evidente...”*

*“..En suma: en esta joven el diagnóstico positivo de endocarditis maligna de evolución lenta ha sido sostenido, como es de regla:...”*

*“...en nuestra enferma , hemos asistido a una evolución lenta, prolongada, de la enfermedad, irremediamente progresiva a pesar de los períodos de mejoría, seguidos por crisis de los accidentes infecciosos, hemos visto prologarse su enfermedad durante siete meses por lo menos, puesto que la enferma vivía aún el 8 de julio, fecha de su partida de nuestro servicio...”*



*“...Por un tiempo renace la*

*esperanza en el enfermo y este reconfortamiento moral no es ciertamente el menor de los beneficios de la operación. Bastaría el solo para justificar dicha*

*intervención...” (a propósito de la operación de un paciente con cáncer de páncreas).*

*“...Nuestra enferma presentaba esta inmovilidad y esta ampliación torácica del lado derecho. Por otra parte, tenía, lo que se observa menos frecuentemente, una rica red venosa subcutánea, mas desarrollada en la parte superior del hemitórax derecho que en la del izquierdo. No tenía, por el contrario, edema de la pared, señalado algunas veces...” (paciente con neumotórax).*

*“...Nosotros constatamos, pues, en nuestra enferma, la existencia de todos los signos clínicos de una expansión gaseosa de la cavidad pleural derecha...”*

*“...Cómo es la regla, en el caso destinado a nuestro estudio no podemos afirmar frente a qué variedad nos encontramos. La desviación del corazón y la ortopnea hablan en favor del neumotórax a válvula. Sólo una punción exploradora habría podido permitirnos afirmarlo. Muy fatigada y muy pusilánime, esta mujer, nos ha suplicado de no hacerlo. No imponiéndolo la urgencia, hemos accedido a su deseo...”*

*“...Pero tres días mas tarde, el 21 de diciembre, sobreviene un accidente muy impresionante: casi dramático. Bruscamente aparecen violentos dolores abdominales y vómitos verdosos, porráceos, cayendo el enfermo, en un estado de prostración intensa... el exámen revela una faz macilenta, sus rasgos son marcados y los ojos hundidos. En su conjunto recuerda la faz -facies-peritoneal...” (paciente con púrpura)*

### **Exposición con contenidos históricos, etimológicos**

*“...presencia de ulceraciones en las placas de Peyer...lo que justifica el nombre de dotienenteria ( del latín: botón/intestino dado por Bretonneau en la fiebre tifoidea?...”*

*“...Señalada por primera vez por Jaccoud en 1882, la endocarditis maligna de evolución lenta ha sido bien estudiada en Inglaterra desde 1885 hasta 1908 por Osler...”*

*“...Su nombre (neumotórax) le ha sido dado por Itard en 1803, aunque parece no haber sido ignorado aún mismo por los antiguos, desde que e le atribuye,, pueda ser equivocadamente, al Padre de la Medicina, la descripción de uno de sus síntomas importantes: la sucusión, llamada hoy hipocrática...su sintomatología ha sido magistralmente descripta por Laennec...”*

*“...Descritos por Hayem, Bensaude y Rivet bajo el nombre de púrpuras hemorrágicas prolongadas y por Marfán y Nanu con el de Enfermedad de Werlhof de forma crónica o púrpura infantil crónica de grandes equimosis, comprenden también, lo que Weil ha denominado la hemogenia o diátesis hemorragíaa crónica...” (historia de las púrpuras)*

### **Búsqueda de basamiento científico, sin científicismo.**

*“...Estas afecciones han sido objeto de discusiones memorables en la Societé de Chirurgie, en 1908, ya que han constituido el tema de trabajos importantes de parte de Emile Duval, Woimant, Villaret, Devicenzi, Gueullette. Tales son las fuentes de las que extraeremos los documentos que nos servirán para edificar el estudio que juntos emprenderemos ahora...”*

*“...ciertos autores han podido recoger un número importante de observaciones: Lenhartz, 16 casos, Schottmuller, 12 casos, Osler: 10 casos. Yo mismo tuve ocasión de seguir 6 casos...” ( Endocarditis)*

*“...El reumatismo cardíaco evolutivo (reumatismo maligno), bien estudiado por Ribierre y cuyo alumno Pichon tomó como tema de su hermosa tesis, se asemeja mucho a la endocarditis maligna de evolución lenta que estamos estudiando...”*

*“...una forma apirética (de la endocarditis), señalada por Jaccoud, descrita por su alumna Pineau, vuelta a encontrar por Godonéche, la cual Laubry y Bordet han referido recientemente un ejemplo...”*

*“...El pronóstico de la enfermedad de Osler es siempre fatal. La enfermedad, claramente localizada por la evidenciación del estreptococo*

*causante en la sangre, no cura jamás: tal es la opinión de Vaquez, Laubry, Lemierre, Debré etc...”*

*“...Se lo observaría en los tuberculosos de una a diez veces sobre 100 enfermos. León Bernard, de acuerdo a su estadística, estima en 1 a 2 por ciento el número de tuberculosos que hacen un neumotórax..”*

*“...Los trabajos mas modernos de **Schonlein** , Mathieu ( 1877), Du Castel (1883), Hayem y Apert, han aislado los diferentes tipos clínicos de púrpuras primitivas tal como los conocemos actualmentey tal como han sido, luego descriptos por merklen y por Thibierge, cuya clasificaciónha sido , actualmente, adoptada por todos...”*

*“...lesiones medulares importantes, sobre las cuales **Mariano Castex**, ha insistido recientemente, lesiones que consisten en esclerosis celular a nivel del “tractus intermedius lateralis, vascularización exagerada de las astas posteriores, alteraciones de los vasos del a comisura gris...” ( manifestaciones neurológicas en las púrpuras).*

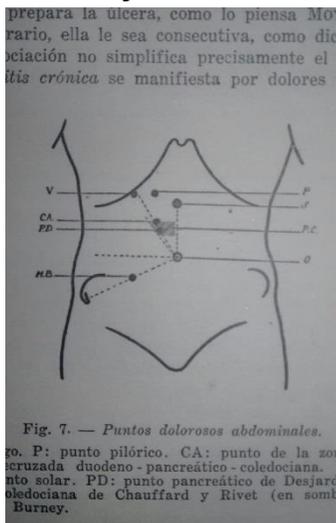
*“...En efecto, las complicaciones nerviosas de la sífilis son muy frecuentes, puesto que en la estadística de Fournier sobre 5762 casos, se encontró que la tercera parte se refería a formas nerviosas de esta infección, exactamente 1851, número superior al de las formas con manifestaciones cutáneas, que en dicha estadística suman 1620...” (hemiplejía sifilítica).*

*“...Muy recientemente, la monografía de Lamy sobre la sífilis delos centros nerviosos, y el libro de Darier sobre a arteritis sifilítica, así como los artículos de Thibierge, y el informe de Sicard sobre la sífilis nerviosa y su tratameinto, y también las publicaciones de Milian, Ravaut, Gougerot, y Sézary, cuyas enseñanzas aprovecharé ampliamente, han acabado de escribir la historia completa de la hemiplejía sifiltica..”*

**La semiología es el disparador y el centro del la reflexión clínica**

“... El pulso, estudiado como signo precoz antes que se vuelva miserable en el periodo de peritonitis confirmada, se halla a menudo acelerado de un modo súbito después de la perforación (Trousseau, Potain, Lareboullet, Dielafoy, Hartmann), pero algunas veces no lo está (Michaux, Moty , Picuqué) En vuestras apreciaciones jamás dejéis de tener en cuenta la bradicardia relativa de toda fiebre tifoidea, de tal suerte que un pulso de 110-120 es ya un pulso bastante acelerado...”

“...en efecto, existe un soplo sistólico rudo,intenso, que se oye en el segundo espacio intercostal izquierdo,propagándose hacia la clavícula izquierda y también un poco hacia la punta, y o va a acompañado de frémito catario superficial. No existen otros soplos orificiales. La punta del corazón late en el cuarto espacio intercostal por delante de la línea mamilar.El corazón no se halla, pues, hipertrofiado...”



“...Por los síntomas de la afección: comienzo insidioso y progresivo con fatiga general, palidez, crisis febriles, dolores articulares, esplenomegalia, anemia, fiebre, artropatías y erupciones cutáneas, y , sobre todo, existencia de un soplo cardíaco, ni piante ni variable...” ( por la endocarditis)

“...No existía, en mi opinión, ninguna duda acerca del diagnóstico de enfermedad de Osler. Y sin embargo, un hecho bastante anormal en el curso de esta afección volvía el diagnóstico discutible...”

“...La voz era completamente apagada y la tos, absolutamente sorda. Estas son manifestaciones frecuentes del neumotórax, pero aquí sin embargo, no dependían de el, eran verdaderamente muy acentuadas y habían aparecido anteriormente a la expansión del aire en la pleura. La expectoración era abundante, purulenta, verdosa en “puré de arvejas”. No es habitual que sea así. El neumotórax espontáneo, sin lesiones pulmonares anteriores, no provoca expectoración...”

*“...El reumatismo articular agudo es eliminado, desde que no existe más que una sola articulación tomada, y siempre la misma desde hace cuatro días, no existe sudación y el corazón se muestra absolutamente normal...”*

*“...Un nuevo fenómeno ha aparecido, y explica, como ustedes lo verán, los incidentes de la víspera y revela –¡Al Fin!, la verdadera naturaleza de la enfermedad de este adolescente. La erupción cutánea de las regiones cubitales derecha e izquierda se han vuelto netamente purúrica, hallándose constituida por placas violáceas, mezcladas con manchas redondeadas, petequiales, del mismo color, que no se borran por la presión: ni unas, ni otras...”*

*“..Reconocer la púrpura es fácil. La forma, el color de las manchas, el hecho de que éstas no se borren con la presión, su aparición espontánea, así como, igualmente, la de las hemorragias, constituyen un conjunto bastante característico para llegar a la convicción de que se trata de una púrpura...”*

### **Signología abundante y con nombres propios**

*“... el **primer signo de Brown**. Se lo investiga palpando al paciente primeramente en posición dorsal, y luego en decúbito lateral izquierdo, entonces se ve a la zona de máximo dolor desplazarse de 15 a 30 cm. a la izquierda. ( Fiebre Tifoidea Perforada).*

*“..el segundo **signo de Brown**, que está representado por la percepción auditiva de finas crepitaciones limitadas a una zona de 5 cm. de diámetro, cuando se aplica bruscamente el oído al pabellón del estetoscopio colocado a nivel de la región donde existe la perforación intestinal...”*

*“...la tez de los sujetos está pálida, descolorida, ligeramente cérica o subictérica, la cara adquiere a veces un color de café con leche (**signo de Libman**) o moreno en un período avanzado...”*

*“..según Libman, sería frecuente (en la endocarditis) observar de modo precoz la aparición de sensibilidad con la presión efectuada en la parte inferior del esternón...”*

“..La existencia de placas eritematosas e induradas, formando nudosidades, constituyen lo que se ha denominado **signo de Osler o signo de los dedos o falso panadizo**. Este es un signo casi patognomónico de la afeción que nos ocupa: Osler lo ha hallado en 7 de sus 10 enfermos...”

“... El cálculo biliar, a menudo detenido en la parte inferior, pancreática, del colédoco, manifiesta su presencia por un dolor provocado a la palpación en un **punto fijado por Desjardins** a seis centímetros del ombligo, sobre la línea umbilicoaxilar, o mas a menudo en una **zona mas amplia, determinada , según Chauffard y Rivet**, trazando desde el ombligo la bisectriz del ángulo recto formado a su nivel por la unión de una línea mediana vertical y de una horizontal que le será perpendicular: la zona pancreático-coledociana...”

“..Sucede lo mismo con los signos físicos. En esta enfermedad, han dicho **Bard y Pic**, la vesícula biliar se halla dilatada y el hígado no se encuentra agrandado...” (obstrucción neoplásica)

“...del lado sano no se hallaban las “vergetures” blanquizcas o rosadas, situadas en el dorso, transversalmente (**signo de Thaon**)..” (Neumotórax)

“...Se ha descrito también, en ciertos casos, modificaciones de la tonalidad que se producen según el enfermo abra o cierre la boca (**signo de Wintrich**), como en las cavernas pulmonares...” (neumotórax con persistencia de una fístula pleuro pulmonar).

“...la asociación de la ausencia de vibraciones torácicas, del timpanismo y del silencio respiratorio constituye el trípode sintomático del neumotórax (**tríada de Galliard**)...”

“...Aún mismo los ruidos extra-torácicos, transmitidos a traves del pecho, se vuelven metálicos en el curso del neumotórax. Así, la percusión del tórax en un punto, mientras se ausculta en otro diametralmente opuesto, permite escuchar el ruido de bronce, descrito por **Trousseau**, ruido de yunque absolutamente característico. En realidad este signo no se percibe sino percutiendo, no con los dedos, sino mediante dos monedas, golpeando una con la otra...”

“...en fin, y se trata de un último síntoma completamente especial al neumotórax, el retintín metálico de **Laennec**, que esta mujer presentaba típicamente cuando se la hacía toser. Se trata de un ruido argentino, análogo al que produciría un grano de arena cayendo en una copa de cristal...”

“...**Chaufard** ha propuesto buscarla (la sucusión hipocrática) en la posición en cuatro patas, o para hacerla mas evidente aún, investigarla en posición horizontal, acostado sobre el vientre, o también cuando el paciente pueda estar parado, haciéndole inclinar el tronco en ángulo recto sobre los miembros inferiores..”

“...no hemos podido percibir ni el **ruido glú-glú de Variot**, ni el **ruido de fístula de Unverricht**...el glú-glú análogo al ruido que hace una botella que se vacía, ha sido percibido haciendo inclinar al paciente hacia adelante y es debido al tabicamiento de la pleura. El ruido de fístula se oye al pie del lecho del enfermo, determinado por la localización de una gruesa fístula or nivel del líquido, consiste en un ruido de borboteo, fácil de reproducir soplando en un tazón de agua con un grueso canuto...”

“...En fin, en los movimientos respiratorios el nivel del líquido desciende durante la espiración, para elevarse en la inspiración, en sentido inverso al de los movimientos del diafragma del lado sano, hay un movimiento de balanza (los dos platillos de una balanza se mueven en sentido inverso: uno sube cuando el otro baja), que ha sido descrito, creo bien, por **Bouchard**, pero que se denomina **signo de Kienboeck**. Sería causado por la paresia del hemidiafragma del lado enfermo, que se deja rechazar hacia el tórax por la masa abdominal presionada en el momento de la inspiración por la contracción del hemidagragama sano, todavía contráctil...”

“...la auscultación revelaba que los ruidos cardíacos ean bien timbrados, sin embargo, el segundo rudo aórtico se auscultaba reforzado y un poco “clangoroso”...”

“...Ciertas parálisis oculares, principalmente una parálisis del motor ocular común: “**la firma de la sífilis**” según la expresión de **Fournier**...”

## **La formulación de preguntas durante la exposición**

“...La perforación está latente.¿Existe realmente una peritonitis?...”

“...La peritonitis parece evidente.¿Existe perforación intestinal?...”

“...Era, pues , evidente que presentaba una endocarditis aguda. Pero..¿Cuál?...”

“...¿Cuáles son las lesiones que generalmente se encuentran en la autopsia de los sujetos que han sucumbido por una enfermedad de Osler?..”

“...de tal suerte, el diagnóstico de un icterico crónico por retención se resume a preguntarse: ¿es calculoso?, ¿es canceroso?. Exactamente como en el caso de una pleuresía sero-fibrinosa aguda, se nos plantea la cuestión de saber: ¿es o no tuberculosa?...”

“...¿Pero entonces se impone el diagnóstico de cáncer?. Seguramente, y ustedes van a ver que no faltan argumentos a su favor...”

“...¿Cuál era la forma anatómica de este neumotórax?, ¿la naturaleza del líquido derramado?, ¿su causa?...”

“...¿Qué es pues el síntoma púrpura..?”

“...¡Pero no todos los sifíiticos se vuelven hemipléjicos!¿Cuáles son, pues, las causas que predispoen a esta complicación?...”

## **Diagnóstico diferencial basado en la semiología**

“...El colapso tífico se distingue de la perforación intestinal por la ausencia completa de fenómenos abdominales, y por la hipotensión arterial, que no existe en la perforación...”

“...Mauclaire y Quénu recomiendan , por el contrario,la contemporización de lo que ellos denominan “**la expectativa armada**”, es decir, el tratamiento

*médico bajo la vigilancia del cirujano, listo para intervenir...” (en la perforación intestinal)*

*“... En esta contadora no nos hemos detenido ni un instante a discutir el diagnóstico de paludismo. Pero suponed que nos hubiésemos hallado frente a un hombre, que viviera en una de nuestras colonias, con fiebre, e intermitentes escalofríos, y en el cual hubiésemos comprobado al existencia de una gran hipertrofia esplénica: confesemos que tendríamos derecho para vacilar entre el diagnóstico de paludismo y el de endocarditis maligna...”*

*“...Aquí, la anemia marcada y la esplenomegalia hubieran podido hacer pensar en una anemia perniciosa. Sin embargo, la anemia no era verdaderamente muy intensa y no existía ningún elemento purpúrico...” ( por la endocarditis)*

*“...El reumatismo cardíaco evolutivo se distingue, sin embargo, de la enfermedad de Osler por los caracteres siguientes: ataca sobre todo a los niños, toma a menudo el pericardio y las pleuras al mismo tiempo que el endocardio, mientras que esas serosas se hallan siempre respetadas en la endocarditis del tipo Osler; no va acompañado de esplenomegalia, ni púrpura, ni seudopanadizo de Osler... jamás provoca embolia...”*

*“...En efecto, clínicamente, este soplo sistólico rudo, intenso, del segundo espacio intercostal, propagado a la clavícula izquierda, no podía traducir mas que una estrechez pulmonar, aunque aún no existiese frémito catario sistólico en su foco de auscultación máxima. Pero era demasiado rudo para ser un soplo extracardíaco, estaba demasiado a la izquierda para provenir de la aorta, y demasiado alto para ser de origen mitral...” (por la endocarditis)*

*“...El exámen de la vesícula biliar muestra, siguiendo la ley de Courvosier y Terrier, que ella es casi siempre pequeña y que, por el contrario, el hígado como consecuencia de la dilatación de los conductos biliares infrahepáticos, está aumentado de volumen. Esta pequeñez paradójal de la vesícula biliar es la consecuencia de la colecistitis esclerosa de la cual padecen todos los litiásicos...”*

*“...Cualquiera que sea la localización del cáncer, tres razones lo hacen, desde ya muy probable: primeramente la edad y el sexo del sujeto, puesto que los cánceres, sobre todo el del páncreas, son particularmente frecuentes en el hombre y después de los 50 años, 2do, la progresión y la intensidad de la ictericia luego, y su tinte verde o negro, que es casi siempre de origen neoplásico, puesto que el cáncer, una vez agarrado a su presa, en especial las vías de excreción biliar, no la suelta ya, invadiéndola más cada día. 3ro., la caquexia rápida, progresiva y extrema en fin, tan habitual en el curso de la evolución de los tumores malignos...”*

*“...El cáncer de la ampolla de Vater no tiene necesidad de ser grande para oponerse a la salida de la bilis y del líquido pancreático, así, el primer síntoma que lo revela es generalmente la ictericia. Es bien raro ver preceder su aparición por un período de dolores tan largo como en este hombre. La ictericia, por una razón que se nos escapa, es bastante a menudo variable. El hígado habitualmente se halla agrandado. Nada de parecido aquí...”*

*“...Todos los ruidos intra torácicos, producidos en la vecindad de la caja de resonancia pleural, adquieren un timbre anfórico: la voz, la tos, el glú-glú esofágico. El apagamiento de la voz y de la tos en esta enferma impedían oír su timbre o resonancias metálicas, pero haciéndole beber algunos tragos se percibía por auscultación un glú-glú argentino muy típico, tal como en el que mi maestro Dielafoy gustaba hacer buscar a sus alumnos...” (a propósito del hidroneumotórax).*

*“...cuando el derrame gaseoso (neumotórax) se produce en un sujeto que expectoraba anteriormente, dicha expectoración disminuye o aún mismo desaparece como consecuencia de la retracción de pulmón, que aplasta y hace desaparecer la cavidad de las cavernas...”*

*“...en presencia de su disnea, su dolorosa angustia, sus dolores en forma de puntada de costado, y en razón de la brusca iniciación de los accidentes, ustedes habrían podido pensar en otras afecciones disneizantes, además del neumotórax: edema agudo de pulmón, embolia pulmonar, asma, disnea urémica, tuberculosis aguda o forma asfíctica, etc...”*

*“...las meningococcemias, sobre todo, en los casos en que el púrpura es un síntoma importante, “potted fever”, fiebre manchada de los americanos, “febris nigra” de los escoceses, ya sea que la meningitis cerebroespinal sea acompañada por una discreta meningococcemia, o bien que exista meningococcemia pura, sin meningitis...” ( diagnóstico diferencial de las púrpuras).*

*“...Es muy difícil, por el contrario, cuando precede largo tiempo al exantema pupúrico. Es necesario, entonces, distinguir las crisis abdominales dolorosas de: los cólicos “del plomo”, los cólicos hepáticos, un envenenamiento, la apendicitis, una peritonitis por perforación o de otra naturaleza, una oclusión intestinal y, sobre todo, una invaginación intestinal, a causa de la existencia de evacuaciones sanguinolentas. Este último diagnóstico debe presentarse en la imaginación, por otra parte, aún cuando la púrpura cutánea exista, puesto que la invaginación intestinal, como ya les he dicho, puede observarse en el curso de una púrpura...”*

*“...Las Petequias deben ser distinguidas: de los “nevus vasculares”, que tienen el mismo color, pero son congénitos y tienen una duración indefinida, y de las “manchas rubí”, que no tienen la misma localización, siendo más discretas, más circunscriptas, de distinto color. No insisto más acerca de esto, por lo fácil que es la distinción entre estos elementos...”*

*“...El signo de Argyll-Robertson (desaparición del reflejo de acomodación pupilar por la luz, con conservación del reflejo de acomodación pupilar de acuerdo con la distancia de fijación de la mirada) que, por así decir, es patognomónico de la sífilis nerviosa: tan raros son los casos en que se lo ha encontrado fuera de ella...”*

*“Dos razones, el coma y la hipertensión arterial, asociadas a la hemiplejía, han hecho discutir esta posibilidad. Pero casi en seguida la hemos eliminado. En efecto: la hemiplejía era demasiado manifiesta, demasiado neta, demasiado definitiva, para ser originada por una uremia, en la cual las parálisis, realmente urémicas, son incompletas, variables y transitorias...”*

## **Volver de Ramond**

En este brevario de fragmentos de la obra de Ramond podemos asomarnos a una manera que fue fundacional en la enseñanza de la clínica médica. Ramond es un clásico, y como tal podemos ir a el y volver aún con nuevas ideas y formas, retornar de su lectura con lo mejor de lo que todavía se mantiene vigente de la enseñanza de la clínica médica y con la certeza, también, de los caminos que fueron necesarios transitar y que hoy vemos, también necesariamente, superados.

## **Bibliografía**

- 1) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Sexta Serie.1947 Conferencia I. “Hemorragias y perforaciones intestinales de la fiebre tifoidea”* Pags.5 a 38.
- 2) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Sexta Serie.1947 Conferencia III. “Endocarditis maligna de evolución lenta. Enfermedad de Osler”* Pags 77 a 104.
- 3) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Primera Serie.1947. Conferencia VI “El diagnóstico etiológico de una ictericia por retención”* Pags. 123 a 140.
- 4) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Primera Serie.1947. Conferencia VII “El Neumotórax (estudio clínico)”* Pags. 141 a 165.
- 5) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Sexta Serie. 1941. Conferencia IX “Las Púrpuras (Observación Clínica )”* Pags282 a321.
- 6) ***“Conferencias de Clínica Médica Práctica”*** Louis Ramond. *Sexta Serie.1941. Conferencia VI “Hemiplejía sifilítica ”* Pags 188 a 216.

*(Las fechas de la citas bibliográficas se corresponden con el año de edición en la Argentina, no con la de la primera publicación francesa.)*

## **Palabras Preliminares**

***“...A lo largo del tiempo, nuestra memoria va formando una biblioteca dispar, hecha de libros, o de páginas, cuya lectura fue una dicha para nosotros y que nos gustaría compartir...”***

***( J.L.Borges)***

### **Prólogos**

Desde el primer día en que comienza nuestra aventura con la medicina, sabemos que el camino va a estar signado por muchas horas de lectura. Los primeros encuentros con los textos médicos son parecidos a la sensación de asomarse a una abismo. El Testut, un centenario testigo de cómo se enseña medicina en el mundo occidental, es quizás el paradigma del libro médico clásico. Creo que su perfección y la puntillosidad con que cumple con su objetivo germinal, es absolutamente proporcional al esfuerzo con que hoy la enseñanza de la anatomía busca caminos más prácticos y renovados para mostrarse. Igualmente su lectura, aunque lejos de hacernos entender el porqué de aprender anatomía, nos acercó a una forma casi perfecta de descripción, de detallismo ,de búsqueda de la totalidad .Todos aspectos que en sí mismos constituyen una estética irrepetible que el aprendiz de medicina llevará en su retina para siempre. Así, se suceden palabras, capítulos, textos enteros a todo lo largo de la formación inicial y del perfeccionamiento posterior. Nuestro vínculo con los libros, a veces técnico y utilitario y en otras, más profundo y respetuoso, es diario y persistente. Las páginas son visitadas periódicamente para hallar una respuesta amplia y abarcativa a los problemas médicos. Son esos libros que nos acompañarán siempre, en un diálogo perpetuo entre el autor y nosotros; autor que ya es el libro en sí mismo, una metáfora del acto docente insistente y permanente, siempre a disposición y al servicio de ese alumno portador de una curiosidad también constante y renovada.

Un texto clásico requiere de la fidelidad de sus lectores. Somos fieles al autor, y a la manera en que nos despliega lo que quiere decirnos. Un texto clásico, siempre tiene algo nuevo para contar, o algo que no envejece. Podemos leer entrelíneas o descaradamente lo que el autor siente o piensa, más allá de lo que la ciencia propone o determina. Se podría concluir también que lo clásico de un libro de medicina son más bien sus lectores, que con una lealtad difícil de explicar lo eligen de compañero por años, a veces hasta el final de toda una vida médica, momento en el cual se vuelve a esas lecturas, menos para hallar una respuesta a un problema actual y más para volver a entender el momento en que fueron escritas esas palabras, como una pintura que detuvo en el tiempo una manera de pensar la clínica médica y que aún sigue enseñando.

En los prólogos, a los que se llega por una tardía curiosidad para entender a ese autor al que sentimos deberle algo fundamental, se halla gran parte del espíritu del libro, de sus intenciones, del pensamiento e ideología del autor o de su mirada filosófica sobre los temas centrales del ser humano.

Prólogos, que sirven también para entender algo de nosotros mismos, de nuestras lealtades a ciertas formas de leer y escribir, particulares maneras de dialogar con un autor y a una mirada sobre la medicina y la vida, que esos libros nos ayudaron a construir.

### **“Signos Físicos en Medicina General” de Michael Zatouroff ( 1976)**

#### **El signo como protagonista**

Zatouroff, un clínico kuwaitiano, rotante del Royal Northern Hospital de Londres, propone desde hace 50 años, en medio del furor cientificista fisiopatológico junto al nacimiento de la industria farmacéutica como factor de poder dentro de la educación médica y de la economía sanitaria de los países, un volver al gesto básico y germinal de la observación.

Su tapa de la primera edición, un prognatismo en un paciente con acromegalia, es el mejor de los prólogos, una invitación al arte de observar y pensar.

Zatouroff hace una reflexión a modo de pintura descriptiva del arte de la observación, acercando una didáctica semiotécnica de la cual se pueden, aún, hallar novedades pedagógicas:

***“El primer paso es describir exactamente en palabras sencillas lo que se ve. Se debe evitar el uso de palabras fuertes diagnósticamente emotivas en la descripción, puesto que es difícil cambiar de opinión, por ejemplo , si se describe eritema en mariposa, es muy improbable que surja nada distinto que el diagnóstico de lupus eritematoso. El segundo punto es que mientras Ud. Describe lo que ve, a menudo la descripción de pronto significa algo, y el diagnóstico le aflora de las profundidades de la mente. En tercer lugar una vez que usted ha establecido el diagnóstico, es importante no describir lo que Ud. no ve, pero que ocurre en la enfermedad...”***

Este último concepto, el de no ver lo que no está, es asimilable al consejo de los primeros semiólogos franceses, aquel que alerta sobre el riesgo de “auscultar los pensamientos” de quien escucha, más que lo que nos dice el corazón o el pulmón explorado.

### **“Propedéutica Médica” de Ralph Major ( 1938)**

#### **Desde los clásicos**

No es frecuente hallar a la tradición semiológica norteamericana dentro de los libros de consulta en las universidades latinoamericanas en general, y en especial la Argentina, tan influenciadas ambas por las escuelas francesas, primeramente, y españolas más tardíamente.

Sin embargo este texto nos hace sentir “como en casa”, siendo familiares sus enfoques y jerarquizaciones semiológicas, nutriéndose también de las escuelas clásicas semiológicas.

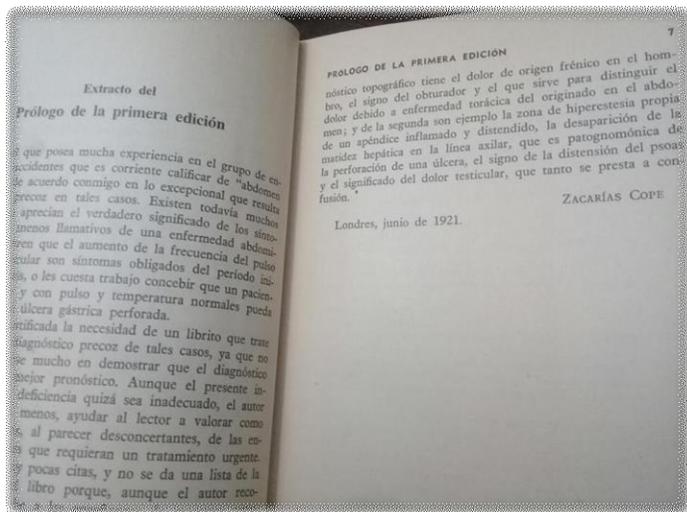
Se hacen de lectura obligada, los tres primeros capítulos del libro: “Historia del diagnóstico físico”, “Estudio del paciente” y el adelantado a su época , aunque demasiado técnico, “Cómo hacer el diagnóstico”.

Major da muestra en el prólogo, de la impronta que ejerce sobre sus descripciones semiológicas, su particular perspectiva desde la mirada como profesor de Historia de la Medicina:

***“...He recurrido libremente a citas textuales, en parte porque me interesan las descripciones clásicas, y en parte por la excelencia de muchas de estas referencias antiguas. En muchos casos se han empleado las ilustraciones originales de quienes abrieron camino en algunos campos de la investigación, considero por ejemplo que la curva que obtuvo Traube del pulso alternante tiene mayor interés que cualquiera de los millares de curvas semejantes que se han publicado ulteriormente. Si en pleno siglo XX parece que dirijo la vista con excesiva frecuencia a las descripciones de los viejos maestros, es porque recuerdo el consejo de Osler: “ y cuando podáis, leed las descripciones originales de los maestros, que con métodos de estudios tan toscos, supieron ver tan claramente” Además dado que las descripciones de la respiración de Biot , del espacio semilunar de Traube, de la resonancia skódica y de otros signos varían según los libros, es interesante saber que dijeron al respecto quienes primero describieron tales manifestaciones...”***

## “Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo” de Zacarías Cope (1921)

### Creer en la propia experiencia



El “Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo” es una oda a la semiología médica. Todo aprendiz de médico debería transitarlo y descubrirlo. Cope busca en cada signo una respuesta y agota las posibilidades semiológicas del diagnóstico diferencial. Transmite en cada capítulo, la importancia irremplazable de una entrevista

bien realizada para el afianzamiento de la seguridad que se requiere para decidir una cirugía con urgencia. Muestra que esa seguridad solo la proveerá la confianza en una escucha atenta y en la sensorialidad del examinador, no delega en métodos de estudios la decisión de una cirugía, muy por el contrario, los desafía con semiología y criterio clínico. La reescritura y la actualización, de esta obra inglesa, hecha por el propio autor y, posteriormente, por sus discípulos con igual criterio y mirada docente, garantizan la fidelidad a la idea original, ya centenaria.

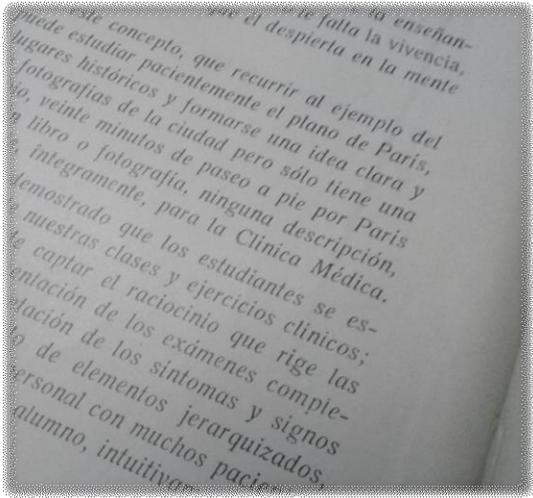
Cope, en su imperdible capítulo “El examen del enfermo”, da muestras del diálogo que mantiene con el lector con eje en sus pareceres y experiencias, así nos dice: “...el pulso es un amigo demasiado optimista para dejarse guiar por el...” o, en “Principios del Diagnóstico”: “...más importante que poner el termómetro al enfermo es hacerle un tacto rectal, mas diagnósticos precoces se harán palpando el peritoneo pélvico que tomando el pulso...”. Pura didáctica semiológica tamizada por la experiencia.

Acerco un fragmento del prólogo de la primera edición de 1921, momento en que Cope contaba con 40 años de vida:

***“... Se han incluido muy pocas citas, y no se da una lista de la bibliografía al final del libro porque, aunque el autor reconoce lo mucho que debe a las enseñanzas de maestros como Murphy, Moynihan, Rutheford, Morison, Maylard y otros muchos, su intención fue no poner lo que no haya sido frecuentemente confirmado y demostrado por su propia experiencia.***

***Al mismo tiempo ha introducido algunos detalles de diagnóstico que cree no han sido descritos con anterioridad o a los que no suele prestarse atención suficiente. Entre lo de la primera categoría pueden mencionarse el valor que para el diagnóstico topográfico tiene el dolor de origen frénico en el hombro, el signo del obturador y el que sirve para distinguir el dolor debido a enfermedad torácica del originado en el abdomen; y de la segunda son ejemplo la zona de hiperestesia propia de un apéndice inflamado y distendido, la desaparición de la matidez hepática en la línea axilar, que es***

***patognomónica de la perforación de una úlcera, el signo de la distensión del psoas y el significado del dolor testicular, que tanto se presta a confusión...”***



## **“Clínica Médica” de Fidel Schaposnik (1959)**

### **Veinte minutos de paseo por París**

Con un primer prólogo de Federico Christmann, es un libro emergente de la segunda escuela clínica platense. Schaposnik, discípulo de Luis Felipe Cieza Rodríguez y condiscípulo de Bernardo Eliseo Manzano, elige como título de su obra a

“Clínica Médica”, en momentos en que lo “moderno” y lo “académico” era leer en inglés y nominar a la especialidad como Medicina Interna, tal como lo hacían los recientes tratados de Cecil y Harrison. Sin embargo, Clínica Médica es el título, como una reafirmación de una escuela influenciada por la letra francesa y española, por sus maestros y su modo de ver la semiología, que a esa altura, ya era un distintivo de la escuela clínica platense.

La obra tiene una clara impronta “Ramondiana”: todo comienza con un caso clínico de un paciente internado en la sala hospitalaria de clínica médica, de la cual el autor es su médico clínico. El caso es recorrido en su totalidad, a la par de que se desarrolla el o los temas médicos que dan título al capítulo. Tal como ocurre con Ramond y , también, en los “Anales de Clínica Médica” de Egidio Mazzei ( del cual Schaposnik también recibió una influencia directa), siempre se vuelve al caso clínico inicial, esclareciendo y aclarando con ejercicios de diagnóstico diferencial, o métodos de estudios, el diagnóstico definitivo.

Schaposnik elige esta metáfora, para plasmar en el prólogo, sus convicciones vinculadas con el aprendizaje de la clínica médica: **“Nada mejor, para comprender este concepto, que recurrir al ejemplo del filósofo Bergson: una persona puede estudiar pacientemente el plano de París, sus monumentos y**

**museos, sus lugares históricos y formarse una idea clara y ajustada a través de una serie de fotografías de la ciudad, pero sólo tiene una representación, una idea. En cambio , veinte minutos de paseo a pie por París constituyen una vivencia que ningún libro o fotografía , ninguna descripción, le pueden proporcionar. El símil vale, íntegramente , para la Clínica Médica...”**

**“Práctica de la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación en Clínica Médica” de Maurice Letulle (1919)**

**Nuestro oficio**

Hace 100 años, surge en un docente del Hospital de Boucicaut , la necesidad de acercar a sus alumnos de la Facultad de Medicina de París, un manual de semiotecnia acompañado por ilustraciones de cada una de las maniobras que se consideraban esenciales para ese momento de la historia de la educación clínica.

Los dibujos, blanquinegros, con trazos finos de tinta, dibujan la díada paciente-explorador. Es el propio Letulle quien es retratado en cada gesto semiotécnico, siendo el paciente de manera inmutable un hombre de mediana edad con gruesos bigotes de fina terminación, más parecido a un mostacho italiano que francés.

Así, desfilan frente a los ojos del aprendiz de semiotecnia distintos gestos y maniobras semiológicas junto una breve y puntillosa descripción de la misma:

Se dedican varias páginas a la percusión del vértice pulmonar y sus variantes: la suave, la intensa, la profunda, la superficial, que denotan la importancia de esta maniobra en la detección de la tuberculosis pulmonar, epidemia de la época en Europa.

Se suceden maniobras que hoy no son utilizadas, pero que denotan, por su descripción detallada, la importancia que si tenían hace cien años: la percusión pulmonar directa, la percusión masiva bimanual, la auscultación inmediata, la percusión y medición cardíaca, entre muchos otros hallazgos.

Se muestran esquemas del estetoscopio original de Laennec y una explicación de su uso, aunque el modelo que utiliza Letulle en las figuras es similar al utilizado por los obstetras.

La auscultación plesimétrica del vértice derecho o “el otro” signo de Guéneau de Mussy es un hallazgo que hoy podríamos encontrar útil y rescatar de los primeros semiólogos.

Latulle, fue profesor de patología, con numerosos textos sobre dicha disciplina que diez años antes de la publicación de este libro, escribió uno titulado “Las prácticas de las autopsias”. Quizás este hecho marque una síntesis histórica de una clínica médica ya fundada como disciplina, pero científicamente naciente.

En su prólogo, encuentra la oportunidad de resaltar la importancia de la educación sensorial del aprendiz de semiología:

***“...El lado material de nuestra profesión, nuestro oficio, no se adquiere y es imposible perfeccionarlo sin el ejercicio reiterado y metódico de nuestros sentidos. La práctica apropiada y la gimnasia cotidiana de nuestra vista, hasta de nuestro olfato (en el curso de la inspección de los enfermos), de nuestro tacto (en la palpación y la percusión), de nuestro oído (durante la percusión y la auscultación), agudizan poco a poco, afinan de un modo cada vez más penetrante nuestras percepciones sensoriales profesionales. Deben aprenderse todas estas maniobras de técnica médica, no debe adivinarse ninguna. Para llegar a palpar con cuidado, a percutir según las reglas y a auscultar bien, era necesario, no hace mucho aún, haber tenido la suerte insólita de encontrar por casualidad un buen monitor, un “técnico de los gestos”, además, era preciso poseer un espíritu despierto de imitación y mucha paciencia para repetir hasta la saciedad estos movimientos para poseerlos a fondo. No nos cansaremos de repetir a las jóvenes generaciones que nos siguen que cada vez es más precisa una gran habilidad manual tanto al médico como al cirujano, en una palabra, es imposible hoy concebir un buen práctico que tenga los dedos torpes. Que no olviden los estudiantes que un largo aprendizaje hospitalario es tan indispensable para la adquisición de***

***nuestro arte como los es el trabajo de taller al escultor, pintor, grabador o arquitecto...”***

## **Lecciones de Clínica Médica de Pedro Escudero (1923)**

### **De Filósofos y Pedagogos**

El Prólogo de estas lecciones, referencia al texto que se corresponde con la conferencia inaugural que dictó Escudero el 13 de septiembre del año 1921, al iniciar su titularidad de la cátedra de Clínica Médica la que anteriormente había ocupado su maestro, Don Luis Güemes.

A lo largo de toda esa conferencia, Escudero cita frases de distintos filósofos, pensadores y pedagogos que se hallaban aún vivos y vigentes al momento de pronunciarlas. Busca Escudero mostrar las influencias de su pensamiento pedagógico, ninguno de los nombrados eran médicos, muchos con ideas contradictorias, e inclusive muchos hoy no serían gratamente aceptados en el mundo filosófico o pedagógico del ámbito médico.

Parece tener esta conferencia, la intención permanente de incitar a quien la haya escuchado o leído, de buscar las bases teóricas y el marco de conceptos de la tarea docente a realizar, algo poco transitado hace 100 años en nuestro país.

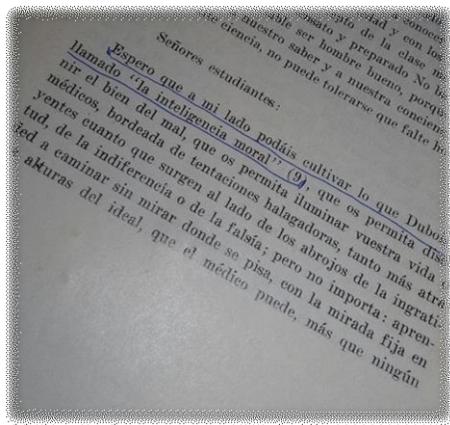
Escudero realiza una pormenorizada descripción de la didáctica que va a utilizar en la cátedra, desde el trabajo docente con los alumnos junto al paciente en la sala de hospital, hasta su conferencia magistral, e inclusive, las repeticiones de las clases teóricas.

**Sócrates y Rousseau** son citados una vez, el filósofo griego desde un inicio, para expresar los principios de la relación entre el alumno y el docente y al pensador francés como inspirador de otros autores también citados en la conferencia.

Muestra su interés por la medicina alemana, estandarte de la investigación médica de principios del siglo pasado. Nombra a **Wilhem Lexis**, economista y sociólogo nacido en Alemania, y su división en universidades del tipo alemán, francés e inglés, con eje en la investigación, la docencia y la comunidad universitaria, respectivamente.

Trae la frase de **Von Humboldt**, fundador de la Universidad de Berlín: “...Las universidades no han de ser solamente las introductoras en la ciencia, sino que para poderlo ser, han de ser sus principales creadoras...”

En la misma línea cita a **Heinrich Becker**, ministro de educación prusiano al momento de ser escrita la conferencia, en la que subraya esa particularidad de la universidad alemana: “...Los profesores alemanes son, en primera línea, investigadores, y el que está dotado principalmente de vocación para enseñar, ese, en general, ha producido poco científicamente y queda, por lo tanto, excluido de la universidad...”.



Al abordar aspectos pedagógicos invoca primariamente y de manera recurrente al pensador y pedagogo suizo **Enrique Pestalozzi**, la fuente elegida fue su libro “*Como enseña Gertrudis a sus hijos*”, trae de él la siguiente frase:

“...hacer que los hombres puedan bastarse a sí mismos...”. Igualmente cita a **Bassi**, un Pestalozziano, :”...los conocimientos para que tengan valor deben ser el fruto de las propias convicciones, y a esas convicciones no se llega sin hacer intervenir a los alumnos...”.

Evoca a **Eugenio D Ors**, filósofo español, quien dictó varias conferencias en Argentina durante el año 1921. Su evocación tiene que ver con el esfuerzo personal en la educación: “..Se ha pretendido hacer obra educadora tratando de suprimir el esfuerzo del educando o reduciéndolo a su expresión menor, tratando de educar por la metodología de lo intuitivo, lo razonable o lo atrayente...”

En las líneas finales de su clase inaugural, se dirige a los estudiantes. Aquí, al margen de reflexiones propias, invoca a **Octavio Bunge**, sociólogo argentino y a **Paul Dubois**. Del primero rescata la frase “...el desarrollar en el educando sus mejores aptitudes y facilidades, preparándolo para la vida colectiva..”, del segundo el concepto de “..Inteligencia moral..”.

Vemos que Escudero muestra la necesidad de ese momento histórico de la educación médica , en que las universidades argentinas se estaban organizando y que muchas futuras facultades de medicina aún eran escuelas, de atravesar el pensamiento pedagógico médico, aún empírico y conservador, por ideas y prácticas de muy diverso origen selladas por un espíritu liberal en lo filosófico, idealista e iluminista.

### **Manual de Diagnóstico Etiológico de Gregorio Marañón (1943)**

#### **Circunstancias llenas de sentido**

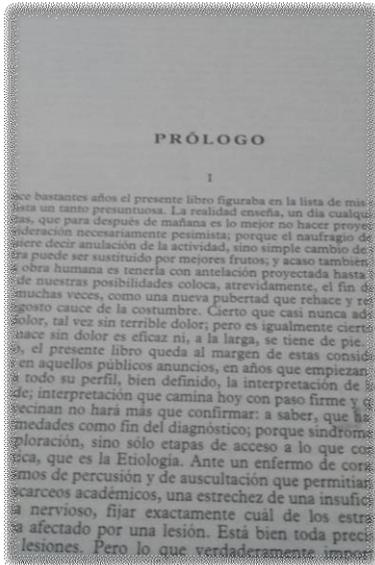
Obra monumental, poco conocida en la Argentina. Libro de un solo autor. Gregorio Marañón muestra una erudición atravesada por una experiencia descomunal que lo llevan a retratar solo con trazos semiológicos cuadros clínicos, síntomas, signos, etiologías. A modo de diccionario, por orden alfabético van apareciendo distintos aspectos del enfermar que Marañón llena de observaciones propias y clasificaciones prácticas que parecen inspiradas al momento de ir escribiéndolas. Da la impresión de un libro escrito a mano alzada y de corrido, donde conviven lo frecuente y lo práctico, junto con la rareza y el dato de elite académica, siempre atravesado por la opinión y la propia mirada de Marañón, que no se priva de ningún comentario personal.

Pensado en 1936, pero ante el fracaso de la primera república, la guerra civil española y el exilio obligado por el franquismo, que lo llevó a pasar fugazmente por nuestro país , retrasaron este anhelo del autor, que se concretaría recién en 1943.

El prólogo, extenso y barroco, denota el recorrido literario y el perfil humanista del autor, propio de la generación del 14 española, la que compartió junto a García Lorca, Ortega y Gasset y Machado por citar a los más cercanos a su figura.

Quisiera rescatar algunos párrafos; verdaderas reflexiones y consejos aún vigentes:

***“...La realidad enseña, un día cualquiera, a los hombres más entusiastas, que para después de mañana es lo mejor no hacer proyecto alguno. Y no es esta una consideración necesariamente pesimista, porque el naufragio de los futuros planes no siempre quiere decir anulación de la actividad, sino simple cambio de su dirección. Acaso lo que se frustra puede ser sustituido por mejores frutos...”***



***“...Un libro hecho por especialistas, de las distintas especialidades y de la medicina general, que es otra especialidad, es necesariamente más perfecto, pero está necesariamente también condenado al defecto de una falta de unidad inicial, de una falta de unidad en el criterio de partida, que, por momentos, se hace profundísima, y que no puede ser compensada por la norma directiva del jefe del equipo, cualquiera que***

***sea su energía. Quiere esto decir que las dos tácticas, la del autor único y la de los autores plurales, tienen su pro y su contra. Los libros de autores múltiples ganan en riqueza de conocimientos especiales lo que pierden en interna unidad, y, a la inversa, los de un solo autor. Dicho se está que el aventurarme yo a esta empresa es porque estimo preferible la segunda de las dos contingencias, aun poniendo lealmente en la balanza de los inconvenientes el hecho de ser yo el autor...”***

***“...La especialización, cada día más diferenciada y rigurosa, se refiere a las técnicas de exploración y a la de los tratamientos, pero no a la limitación del criterio clínico general, al conocimiento de los síntomas fundamentales que***

***orientan el diagnóstico hacia la etiología. Este conocimiento tiene que ganar en extensión cuanto ganan en profundidad las técnicas...”***

**“...Otras veces lo he dicho y no me cansa el repetirlo: Si hubiera de elegirse entre una historia clínica rigurosamente recogida e interpretada y una exploración minuciosa, llena de detalles, obtenidos con aquel virtuosismo semiológico que llevó a los grandes médicos de las pasadas generaciones a adornar cada enfermedad de una serie de signos que exigían un verdadero malabarismo exploratorio, si hubiera de presentarse ese trance, por fortuna teórico, yo no dudaría en escoger la historia clínica y no la serie de datos objetivos, en la seguridad de estar más cerca de llegar al diagnóstico verdadero...”**

**“...Los conocimientos avanzados de la ciencia médica tienen para ser expuestos sus libros especiales. En esas avanzadas, yo mismo he sido muchas veces soldado, y espero volver aún a ellas. Pero detrás de las vanguardias que marchan con paso unas veces definitivo y otras rectificable, tiene la Medicina su contingente estable, o menos inestable, de hechos, de datos depurados, elementales: que toda noción adquirida pasa a ser elemental, datos que no se deben olvidar nunca. Debe tenerlos siempre en la memoria el médico, sometidos a un perpetuo trabajo de contraste, de decantación y de interrelación con los demás.....”**

**“...Yo sé que los prólogos no siempre se leen, y que cuando se leen, apenas influyen en el juicio del lector, que gusta, y hace bien, de atenerse a su propio criterio. No obstante, era obligación mía explicar cómo y por qué aparece este libro que se empezó a gestar hace tantos años y que, sin circunstancias, de la vida imprevistas, pero llenas de sentido, tal vez nunca se hubiera llevado a cabo... (París 1936 / Madrid 1943)...”**

**“Tratado de la Práctica Médica” de Carlos Jiménez Díaz (Tomo I de 1959)**

**Mis mejores maestros**

Carlos Jiménez Díaz, Don Carlos, dio los cimientos y fundamentos teóricos y prácticos de la Clínica Médica a principios del siglo XX en España. Gran parte de su formación médica la desarrolló en Alemania, recibiendo las influencias de Von Noorden y Von Strumpell. Su sueño originario se cumple cabalmente en 1940 con la creación de su fundación.

No fue ajeno a las contiendas políticas de la época, la guerra civil lo halló apoyando al “bando sublevado” que gana la pulseada militar y entrona al dictador Franco como jefe supremo.

Las “Lecciones de Clínica Médica” eran tomadas taquigráficamente en la cátedra por sus discípulos y corregidas posteriormente por el mismo, existiendo varios volúmenes que sintetizaban los saberes de la época en torno a distintos aspectos de la práctica clínica .

Algunas ideas extraídas de su prólogo:

**“...Nuestra práctica, en la curación o alivio del hombre enfermo, tiene horizontes y satisfacciones que no pueden equipararse a ninguna otra labor humana. Muchas veces he tenido ocasión de decir que mi ambición ha sido y es ser un médico práctico, es decir, que sirva , que sea útil para los enfermos...”**

**“...En un escrito mío recordaba como la Medicina ha sido magia, fe, empírea y arte, antes de ser ciencia y como en el espíritu de cada hombre está , conocida o no, la huella de los tiempos, que le precedieron, a veces no sabemos hasta qué punto nuestros aciertos son obra de la ciencia, del arte , de la empiria, la fe o la magia...”**

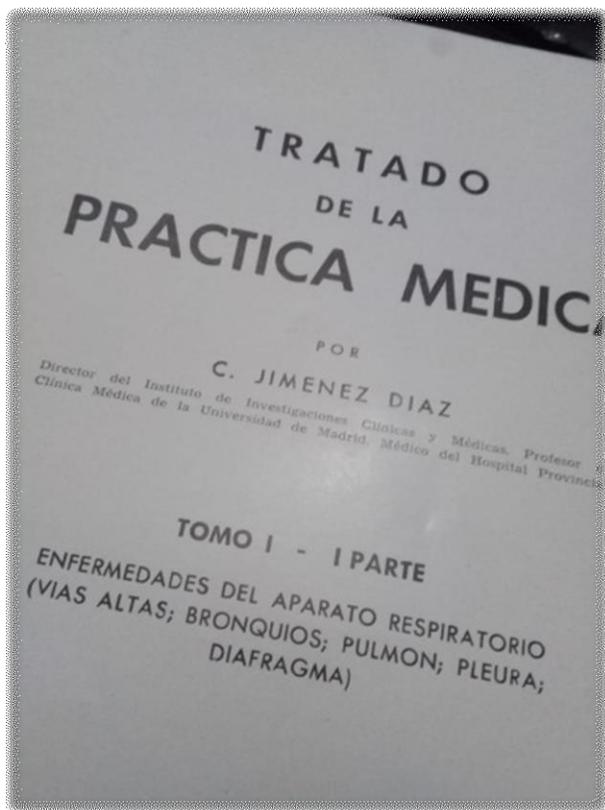
**“...Diagnosticar no es decir unas palabras que traduzcan una enfermedad, como especie natural o ente; debe ser en realidad comprender al enfermo en los dos aspectos: su padecimiento y su enfermedad...”**

**“...En su aspecto artístico, la práctica de la Medicina aspira al conocimiento del enfermo. El contacto tiene que resolverse en comprensión...”**

**“...uno de los aspectos más importantes de ese “comprender” que es el diagnóstico, es justamente medir las dimensiones del sufrimiento y su relación con la enfermedad...”**

**“...el diagnóstico que no explique el padecimiento, no es diagnóstico...”**

**“...A veces los médicos buscan el aprendizaje de técnicas complicadas, con frecuencia un médico que está en un pueblo dice “aquí no tenemos medios”, pero hay una técnica, sin duda difícil, pero no inabordable, que está en todos los sitios, que es la de contactar comprendiendo, a través del interrogatorio con el que el médico no haga preguntas formularias, o de rutina, sino con el que trate de ponerse en el lugar del enfermo, para comprenderle y aclarar la “biografía” del proceso. Es necesaria la devoción, el deseo, obsesivo si se quiere, de ver claro, poniendo en tensión las cualidades personales y las normas del arte...”**



**“...Estos son los principios que van a informar este libro, escrito con la ilusión de ser útil a los médicos y a los estudiantes, estimulante en la formación individual de cada uno. En el expresaré los resultados de una experiencia de muchos años, obtenida a través de un trabajo amplio cuyas características, que no puedo considerar méritos, han sido estos tres: un entusiasmo y vocación que han llenado mi vida, una ilusión de ver claro y de ver más, y un espíritu abierto a recoger las enseñanzas de la realidad y de la Crítica discusión e intercambio con**

**mis discípulos, que han sido mis mejores maestros...”**

## Clínica no es el Harrison

Fue desde el inicio del arte de curar y aliviar, que surge la necesidad teórico y práctica de dividir a la enfermedades en “externas” e “internas”, para diferenciar a aquellas que requieren una acción sobre los cuerpos que derivaban de una exigencia externa, como los traumatismos , lo quirúrgico, “lo visible”. Y aquellas que provenían de enfermedades no visibles, de “órganos internos” y por ende derivaban en una interpretación y acción médica distinta. Esta situación de invisibilidad del proceso mórbido y la imposibilidad del paciente de explicar porqué se halla en estado de enfermedad, hizo que el

médico que atendía estas enfermedades internas desarrollara con mayor agudeza la entrevista , las preguntas, la indagación, la sospecha, la puesta en crisis de una hipótesis, que caracterizó su accionar y dio paso al nacimiento del método clínico. Quien ponía en marcha este método lo hacía necesariamente desde un perfil de médico sustentado en una



persona que duda, indaga, pregunta, se cuestiona, un médico que se obliga a observar, a llegar con su mirada mas allá del cuerpo, a no dejar pasar detalles, a interpretar cada inflexión de la voz del paciente, a poner toda su sensorialidad al servicio de resolver un dilema esquivo a su racionalidad pero de abordaje indispensable para resolver un problema de salud. Un médico que al llegar el paciente, en vez de buscar una sierra o un escalpelo, se procuraba una silla para escuchar con tiempo. Y así descubrió el valor de la escucha, de sentir, de oír, el valor terapéutico de revisar, de ir a una casa, de hablar con la familia, de entenderla, de sentarse cerca, junto a la cama del paciente. La cama, nacida de la palabra griega kliné ( cama) mutando a formas latinas de

igual sentido significativo , de ahí nuestra clínica, ya acuñada muchos siglos antes que el de medicina interna, por los griegos. Aquí veo una diferenciación epistemológica entre medicina interna y clínica. Medicina Interna nace de la necesidad de dividir enfermedades, problemas, consultas, patrones de enfermar. El nombre Clínica Médica nace de la observación y jerarquización de una actitud, de un modo de “estar” en la medicina, la que se distingue por “ser y estar” al lado del paciente en su klinis, su cama, su lecho, la imagen de un sujeto “inclinado” sobre la persona enferma. Interesa conceptual e ideológicamente, esta idea de clínica como una disciplina-actitud, desde allí veríamos e interpretaríamos lo clínico de las especialidades, la clínica quirúrgica por dar un ejemplo, la “visión clínica” del enfermo.

Actitud que trasvasaría a una disciplina específica o especializada. Algo que estaría en todos por igual, y sobre el que el médico clínico docente tiene mucho para decir y hacer, aportando un método, una actitud, una ética, un estilo de ejercicio médico.

El término Medicina Interna, en tanto la acepción actual, fue acuñado por Friedriech en el I Congreso de Medicina de Wiesbaden, en Alemania durante 1882 . Mientras, en Baltimore, William Osler iniciaba la residencia de medicina en el John Hopkins, definiendo a la medicina interna como “...aquella parte de la medicina que se separa de la cirugía, la ginecología y la obstetricia...”. En 1894 la revista Zentralblatt für Klinische Medizin cambia su nombre por Zentralblatt für Innere Medizin.

De aquí en mas, Medicina Interna será el nombre que prevalecerá como denominación a la práctica de la clínica médica, de la mano de la influencia de la medicina alemana y la escuela osleriana norteamericana. Sin embargo la literatura francesa y española mantendrán de manera mas presente la denominación de Clínica Médica. La influencia francesa es innegable en la clínica médica argentina y de nuestra escuela platense en particular.

En 1907 se funda Archives of Internal Medicine, en 1927 sale a la luz el Cecil, y luego de la finalización de la 2da. Guerra ,e inaugurando el nuevo orden

económico, político y cultural mundial , aparece la primera edición del Harrison.

Todos textos de mucha influencia que bajo la denominación de Tratados de Medicina Interna, rubricaban el nombre de la disciplina y delimitaban mas claramente los contenidos vinculados con aspectos exclusivamente biomédicos, sin jerarquización epidemiológica, ni regional, con un método homogéneo de cada tema y bajo la forma de tratados.

Pero otros textos, corrientes y modo de ver la medicina, elegían el nombre de Clínica Médica. En 1934 aparecen las “Conferencias de Clínica Médica” de Luis Ramond, maestro de la clínica médica francesa, inspirador de conceptos y enfoques que tiñeron a los maestros de la medicina platense. En 1951 aparecen los “ Diálogos de fisiopatología clínica “de Eduardo Benzecry del Hospital “Ramos Mejía”, ejemplo de didáctica literaria médica. En España en 1953 salió la primera edición del voluminoso tratado de “Patología y Clínica Médica”, de Pedro Pons. Finalmente al momento de escribir un texto sobre la disciplina, Fidel Schaposkik, maestro de la medicina platense, elige el nombre de “Clínica Médica”, donde el desarrollo temático es antecedido por la presentación de un problema clínico, cuya primera edición fue en el año 1959. En 1978 el fundador de la primera Cátedra platense de Postgrado de nuestra especialidad, también elige el nombre Clínica Médica. En estos libros franceses, españoles y argentinos se prioriza el nombre clínica médica por el de medicina interna.

Nominar nuestra disciplina no es menor, tiene que ver con la identidad y nuestra visión de la historia de la medicina. El valor de la palabra asienta sobre su poder para definir lo que somos y lo que no. Clínica, palabra determinada por un acto que valoramos y nos define, a la vez que nos obliga a ver mas allá de la enfermedad. Palabra que nos dice que estudiar, que enseñar y que entender al nombrarla ya que equivale a entender quienes somos al ejercerla.



## Mirada y ojo clínico

La historia de la Medicina bien podría enmarcarse en la historia de las ideas del ser humano. Una historia entendida menos como hechos continuos o concatenados y más como el análisis de sus crisis, interrupciones y discontinuidades:

Hipócrates rompe con la mirada mágica, el medioevo inquisidor borra la hegemonía de la medicina hipocrática, el siglo XVIII hace crecer el positivismo científico contra las ideas sistémicas y por fin, la revolución francesa, trastocando todos los valores dados y los tradicionales vínculos con el conocimiento, permite el nacimiento de la clínica médica como saber científico.

Y desde esa última interrupción, la mirada clínica pasa a ser la anatomopatológica, una mirada que logra unir el síntoma con el signo y el signo (o el síntoma ya convertido en signo) con el órgano y su lesión primitiva, que todo lo explica y lo contiene.

Esta mirada clínica, sostenida, permanente, constituida en un método en sí mismo es la que permite la construcción del ojo clínico, ese otro hecho misterioso del acto médico difícil de definir y delimitar en palabras.

Una mirada que construye un propio lenguaje que sirve de apoyo y constitución al ojo clínico para expresarse, un lenguaje construido en silencio e inconsciente que permite ver más allá de lo sensible.

Foucault nos dice: *“...La mirada implica de hecho un campo abierto, y su actividad esencial es del orden sucesivo de la lectura: registra y totaliza, reconstituye poco a poco las organizaciones inmanentes, se extiende en un mundo que es ya el mundo del lenguaje, por eso se emparenta espontáneamente con la audición y la palabra, forma como la articulación privilegiada de los dos aspectos fundamentales del decir ( lo que ya está dicho y lo que se dice)...”*

Un mirar que es un leer, un traducir, un ordenar y organizar las palabras y las categorías, que surgen en el marco de un tiempo y una forma de ver los componentes del ser sano o enfermo.

La mirada clínica se erige, así, como una síntesis filosófica, política y científica de una forma de practicar y ejercer el saber médico en un determinado momento de la historia de la humanidad. Filosóficamente moderna, renacentista, centrada en el hombre, en el sujeto, punto de partida y de llegada. Políticamente hija de la revolución francesa, mirada ilustrada que mira un punto elegido y también su contexto, con una llegada más allá de lo visible y tangible, creativa en esencia. Y científica, portadora de un saber concreto y delimitado, un saber que guía a la mirada pero que no la agota, saber afirmado en el doble camino de ida y de vuelta entre el paciente y el cadáver, precursor de los libros a escribir.

Una mirada que al ver, sabe. Al ver, genera conocimiento. Una mirada consciente de lo que sabe.

El ojo clínico, a diferencia de la mirada que lo sostiene, no es un método, tampoco un instrumento, ni un saber puro, ni ciencia, ni filosofía, ni política. Nada de eso y todo eso también.

El ojo clínico es un hecho, un instante, una expresión reveladora, proviene del interior del clínico que observa, se sostiene en hechos sensoriales, pero también los excede.

No se halla en la esfera de lo puramente intelectual. No se enmarca en un acto razonable y razonado, es un hecho sensible, interno, propio. Aparece violentamente, sin medir el grado de razonabilidad ni se exige una evidencia científica. Tampoco el clínico se lo pide, solo lo percibe y entiende que va a ser muy difícil no hacerle caso, no obligarse a su mandato pronóstico o diagnóstico o terapéutico.

El ojo clínico encuentra su dialéctica en el saber. No es un puro saber, tampoco una solitaria sensación, es una sensación/saber inexpresable, incomunicable salvo en sus conclusiones. Ese es su motor interno, lo que lo impulsa a

acrecentarse en la conciencia/saber/razón médico, desconociendo los mecanismos y el momento exacto de su crecimiento.

Para la clínica toda verdad se inicia con lo sensible, con el puro parecer que luego se imbrica con lo dado, lo conocido, con esa otra forma de saber.

La mirada proviene y se nutre del exterior del observador, su ciencia, su razón, su filosofía.

El ojo clínico es expresión de la pura sensibilidad interna del clínico, que se revela como síntesis de experiencias que integran la visión, el oído, el tacto, las conclusiones y los pareceres antiguos y recientes, sin poder discernir el origen de tal revelación.

La mirada se erige sobre un saber externo, el ojo clínico representa un saber interno, propio, creado y moldeado a través del camino de la experiencia médica.

Ambos, la mirada y el ojo clínico, requieren del silencio para expresarse. La mirada para escuchar lo que habla el cuerpo y la voz del paciente, el ojo clínico para escucharse, para volver palabra y acción esa revelación que nos lleva a un diagnóstico, a una sospecha o , tan solo, a una vaga hipótesis, pero que para quien lo percibe adopta la forma de una verdad.

En la mirada, lo epistemológico, lo metodológico y lo teleológico son tan evidentes como fundamentales para explicarse y entenderse. La mirada no oculta secretos.

El ojo clínico guarda esos secretos, no los revela, nadie los exige tampoco. El ojo clínico como revelación inconsciente puede parecer un acto ingenuo, siendo quizás de mucha mayor profundidad y consistencia que la mirada que lo habilita.

La mirada puede ser enseñada, mostrada, es una mirada que deja verse y que enseña al mirar y al dejar ser percibida. El ojo clínico es intransferible, inasible, sin acceso, no hay una puerta de entrada por donde sorprenderlo trabajando

y accionando sobre el clínico, más bien, es quien observa el que es sorprendido por sus inexplicables mecanismos.

La mirada tiene una posibilidad pedagógica en la expresión de sus métodos: la recolección de los datos clínicos verbales y físicos. La pedagogía del ojo clínico se sostiene en su expresión siempre única, su verbalización, ya sea en forma de diagnóstico, pronóstico, u alguna otra cualidad del acto médico, pero sin mostrar su método, sin poder enseñarlo en su totalidad y esencia.

*Decía Corvisart: "...¿Qué es por lo tanto el vistazo del médico que vence tan a menudo a la más vasta erudición y a la más sólida instrucción, sino el resultado del frecuente, metódico y justo ejercicio de los sentidos, del cual derivan esta facilidad en la aplicación, esta agilidad en la relación, esta seguridad tan rápida, a veces, en el juicio, que todos los actos parecen simultáneos...?" .*

Pocos años después *Cabanís* agregaría esta imperdible idea sobre el ojo clínico: *"... En medicina todo, o casi todo, depende de un vistazo o de un instinto feliz, las certezas se encuentran más en las sensaciones mismas del artista que en los principios del arte..."*.

Eran momentos en la historia de la Clínica Médica, donde la mirada clínica aún se estaba construyendo sobre disputas y nuevos descubrimientos, pero aun así, la idea de las sensaciones simultáneas propuesto por Corvisart y lo instintivo en el acto del diagnóstico o del parecer clínico, tal como lo refirió Cabanis, son ilustrativas al momento de pensar lo constitutivo del ojo clínico.

**Ambos, mirada y ojo clínico, rescatan algo esencial, ven el resquicio de ingreso al entendimiento del problema que nos plantea el paciente. Y proponer pensar las influencias que sobre ellos se posan ,al igual que su constitución epistemológica ,es una invitación a asomarnos al entramado de lo que nos delimita y define a quienes decidimos transitar la Clínica Médica tanto en su ejercicio y como en su enseñanza.**

**Selección de la bibliografía consultada:**

- 1) **Foucault Michel.** “ El Nacimiento de la Clínica” (1963)
- 2) **Corvisart**, “Prefacio” a la Traducción de Auenbreugger, “*Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*”.( París 1808). En “El nacimiento de la Clínica”. M.Foucault.
- 3) **Cabanis** , “*Du degré de certitude*” ( 1819). En “El nacimiento de la Clínica”. M. Foucault.
- 4) **Condillac E.B.** “Tratado de las Sensaciones”(1754)

## De la naturaleza soberana de la Clínica

*“Un médico que poco sabe, pide más estudios  
un médico que poco escucha, prescribe más medicamentos”  
(Profesor Dr. Bernardo Manzino)*

### “La Clínica es soberana”

Pocas frases tan vinculadas a la formación clínica como esta. Frase que ha servido tanto para presentar a la especialidad como eje y madre del resto de las especialidades, como para resaltar su jerarquía frente a la parcialidad médica.

Pero también a la vez, a mi criterio, es una máxima poco analizada o en el mejor de los casos con un análisis detenido en uno de los sentidos que nos brinda cada una de las palabras que la componen. Lo soberano de la clínica ha sido signado como sinónimo de monarca, de rey: “La clínica es la reina”, parecería querer decirse al signar a la clínica como soberana.

¿Reina? ¿Realmente? ¿Eso es lo que sentimos quienes la ejercemos?. ¿Hay un ejercicio monárquico de la clínica?. ¿La Clínica Médica es absolutamente autárquica?. ¿Quiénes serían nuestros súbditos?. ¿Que iluminación o arbitrariedad histórica domina nuestros actos?. Y ¿Cuál sería nuestro reino? ¿cuales los límites de ejercicio del reinado? ¿Quiénes nos lo disputan?. Quiénes la ejercemos : ¿somos reyes, emperadores , césares?.

No, no parece que lo soberano de la Clínica Médica tenga que ver con el reinado de una monarca autárquica con rasgos tiránicos.

El esfuerzo ha de ir tras otra significación, igual de pertinente y ajustada a la palabra en tanto sinonimia, pero fundamentalmente con otra potencia y riqueza analítica. Pasar del sustantivo al adjetivo de la palabra soberana.

Se puede pensar lo soberano en tanto independiente, emancipado, libre, autónomo, todos sinónimos que nos llevan a pensar a la Clínica Médica en esos términos y carriles. La historia de la Clínica Médica es un devenir constante buscando consolidar esa soberanía, a veces de manera acertada y exitosa, otras tomando caminos que la llevaron a la incerteza, pero siempre saliendo fortalecida de estas encrucijadas históricas signadas por la aparición de una tecnología que todo lo explica o por una crisis del valor de la escucha atenta y muchos otros desafíos, algunos superados y otros aún vigentes.

La pregunta central está vinculada a la naturaleza de esa soberanía: ¿soberana en relación a qué?, ¿soberana en tanto independiente de que estructuras, conceptos o prácticas? Preguntas también vinculadas a la idea de que podría no serlo, podría perder su condición soberana alejándose de los motivos que la mantienen en esa condición.

El “es” en la frase, convierte a la soberanía en constitutiva de la Clínica, en un rasgo identitario. “La clínica será soberana o no será” podría ser una frase derivada de la original. Lo que nos lleva a pensar en el origen de la clínica, ya sea en su primer nacimiento con Hipócrates donde la soberanía de la medicina residía en desprenderse de los mandatos epocales representados en pases mágicos y religiosos. O en su segundo nacimiento, durante la Revolución Francesa, donde la soberanía era en relación a las teorías empíricas dominantes, las pseudociencias, los charlatanes de la salud. Soberanía crecida en los hospitales escuela del humeante y violento París del siglo XVIII.

Vemos aquí nacer a la Clínica como una práctica científica determinada e intervenida por condicionantes sociales, históricos y políticos. Así su naturaleza soberana también fue y es atravesada por paradigmas de igual origen.

La clínica es soberana en tanto se posiciona como tal ante la persona, la sociedad, la ciencia y la historia, que a su vez, le dan los motivos para serlo.

Pero toda soberanía se ancla en una razón. Razón que en el ejercicio de la Clínica Médica se acompaña de emoción. Razón no solo como motivo de la misma sino como un entramado de argumentos y postulaciones que la

explican. La razón clínica es lo que le permite a la clínica médica ejercer su soberanía en relación a otros posibles anclajes, también lógicos y racionales, pero que de optar por ellos perdería su naturaleza soberana. La clínica es soberana en tanto su razón lo es, razón que es también conclusión de cuál es el lugar de la clínica en un determinado momento histórico, a quien se debe y a quien no, que la representa y cuál es su antinomia, quien la justifica y quien la niega. El ser soberano es una opción en este caso, es un camino que se elige, el que dialécticamente de no elegirse se niega a sí mismo. La clínica “es” soberana, por elección y por obligación, así se expresa la dialéctica en la naturaleza soberana de la clínica.

La soberanía de la clínica es un acto de libertad. Libertad que no necesita negar a nada ni a nadie para ser, simplemente se permite llevar al límite su fuerza racional y emocional, límite que se imbrica con otros límites, a los que corre o asimila o desoye, pero nunca los niega. El ejercicio soberano de la clínica reconoce de qué pretende serlo y se afirma en su método y su mirada.

Ser soberana le permite también elegir de que aprender y hacia donde crecer, la soberanía de la clínica está desprovista de necedad y soberbia, es conocedora de los límites de su práctica pero la reconoce como germinal, troncal y fundamental en todo ejercicio médico. A la clínica se regresa siempre para volver a empezar, sabiendo que es un comienzo que garantiza humanidad y libertad, un comienzo soberano.

Así visto, la frase *“La Clínica es soberana”* nos permite hacer una síntesis analítica mirando de cerca cada uno de sus componentes:

**“..La Clínica..”**: marca de lo que **no se es soberano** al ejercerla: de la persona que nos pide ayuda, de la sociedad en la que nos encontramos, del acto que late en el “kliné”, del ser y estar al lado del paciente y fundamentalmente **de** su lado. Aquí no hay opción, nuestro paciente es un fin en sí mismo y no un medio. **La Clínica no es soberana de la persona, ni de su entorno ni de la sociedad**, fin de su ser y estar.

**“..es..”**: implica una definición identitaria, se es de una manera, se está de una manera, de no ser así se niega a la clínica médica. Preferiría asociar la

conjugación de este verbo a la luz del imperativo categórico kantiano. Ser que es un **deber ser**. La Clínica va siendo soberana en tanto ejerce esa soberanía.

“..soberana.”: indica la libertad que subyace al acto clínico, muestra que esa libertad también tiene una razón y un límite, pero que se comienza desprovisto de toda arma que no sea la razón, la emoción y el método clínico. Nos muestra también, en tanto concepto histórico social y político, que estar del lado del paciente es protegerlo de otros intereses, la clínica es soberana también de esos intereses que convierten a la persona en un medio y no en un fin de la clínica.

De estas ideas se desprende también la concepción de que la clínica es soberana en tanto lo sea quien la ejerce, quien la conduce, quien la aplica. Soberana epistemológica, metodológica y también teleológicamente. Todo determinado por quien la ejerce. Pero en lo único decisivo sobre lo que puede influir el médico clínico es en el para qué, en el hacia donde, en el hecho de que el único objetivo convergente y destino final de toda acción ha de ser el bien de la persona consultante.

La Clínica Médica pierde su condición de soberana cuando quien la ejerce se deja intervenir por intereses externos a la relación entre el médico y el paciente y su familia.

La Clínica Médica pierde su condición de soberana cuando no lo son las fuentes bibliográficas y de conocimiento que elige para tomar decisiones.

La Clínica Médica no es soberana si quien la ejerce visualiza a la persona consultante como un medio y no como fin.

La Clínica Médica deja de ser soberana si la principal e inicial fuente que motiva su accionar deja de ser la escucha activa.

La Clínica Médica deja de ser soberana si lo recabado por sus sentidos, por su sensorialidad, no sirve para cotejar lo que arrojan los resultados objetivos de los estudios realizados.

La Clínica Médica deja de ser soberana si no lleva al límite su capacidad de análisis y de razonamiento antes de transitar la lógica de otras especialidades médicas.

La Clínica Médica deja de ser soberana cuando quien la ejerce perdió su soberanía científica, académica, económica y política en tanto profesional de la salud.

La Clínica es soberana cuando quien la ejerce la sabe soberana y cuida que esa soberanía persista en ella.

## **OLVIDAR EPÓNIMOS PARA MANTENER LA MEMORIA**

### **Epónimos y Enseñanza de la Medicina**

...

### **Olvidar Epónimos**

El 45 % de los médicos en la alemania nazi, pertenecía , durante el apogeo de su poder totalitario, al partido hitleriano. Este dato se explica de diversas maneras, por un lado el miedo a ser considerado opositor, y por otro , con el rol que el régimen nazi le concedía a la medicina, un rol disciplinador y necesario los fines de su programa de eugnesia que tenia como finalidad mejorar la raza eliminando los “distorsionadores” genéticos. El grueso de los médicos pertenecía a la clase media alemana, que comulgaba con estos principios nazis a costas del antisemitismo común y vulgar de una nación que se sentía relegada en el concierto de los países europeos luego ser derrotada en la primera gran guerra.

### **Médicos nazis**

Julius Hallervorden estudió cerebros procedentes de niños asesinados dentro de la Aktion T4, el programa de eugenesia que justificaba el asesinato de enfermos, niños nacidos con enfermedades hereditarias o defectos congénitos, o razas consideradas contaminantes como los judíos o gitanos. El propio Hallervorden realizaba las extracciones de los cerebros, previo examen del paciente todavía vivo. Admitió que investigó a casi 700 cerebros de víctimas de la "eutanasia" y que estuvo presente en la matanza de más de 60 niños y adolescentes en la Institución Psiquiátrica de Brandeburgo en 1940.

Hugo Spatz afiliado al partido nazi, colaboró en las investigaciones de Hallervorden asistiéndolo en sus aberrantes experimentaciones con humanos. Bajo su control y la dirección de Spatz, el “ Instituto de investigación del

Cerebro” obtuvo cientos de órganos de necesitamos un pueblo sano para dominar el mundo”. Joseph Goebbels personas con enfermedades mentales de todas las edades,

Friedrich Wegener. Se unió al Partido Nazi en 1932. Fue miembro de Sturmabteilung , una rama paramilitar del Partido Nazi que participó en conflictos violentos. Como médico militar de rango relativamente alto, pasó parte de la Segunda Guerra Mundial en un consultorio médico a tres cuerdas del Gueto de Łódź , un ghetto judío en Łódź , Polonia . Realizó autopsias y experimentos sobre presos asesinados de los campos de exterminio polacos. Le fue otorgada una distinción por el American College of Chest Physicians (ACCP) en 1989. Después de que se descubrió su pasado nazi en 2000, el ACCP rescindió el premio y hizo una campaña para cambiar el nombre de granulomatosis de Wegener a vasculitis granulomatosa asociada con ANCA. Más recientemente, varias sociedades profesionales, entre ellas el Colegio Americano de Reumatología , la Liga Europea contra el Reumatismo y la Sociedad Americana de Nefrología , propusieron el nombre de "granulomatosis con poliangitis" en un editorial de 2011.

Hans Eppinger, quien experimentó con prisioneros del campo de concentración de Dachau la posibilidad de hacer potable el agua de mar, con el fin de ayudar a los naufragos de la Armada alemana. Los presos sufrían de deshidratación severa, y los testigos informaron que habían sido vistos lamiendo los pisos que habían fregado en un intento de conseguir un poco de agua. El objetivo del experimento era determinar si los presos sufrirían síntomas físicos graves o la muerte en un período de 6 a 12 días. Se suicidó un mes antes de ser ejecutado por sus crímenes.

Hans Reiter, fue un miembro de alto rango del partido, autor de un libro sobre higiene racial, además del líder de crueles experimentos en prisioneros, como aquellos realizados en el campo de concentración de Buchenwald. Entre los múltiples experimentos que Reiter aprobó, había uno que consistía en probar una vacuna. Para ello, infectó deliberadamente a prisioneros de este campo con las bacterias rickettsia. Alrededor de 250 prisioneros murieron como

consecuencia de dicha prueba. Durante la Segunda Guerra Mundial, como miembro de las SS, sancionó autorizaciones para realizar experimentos que mataron a miles de prisioneros en los campos de concentración. Reiter fue detenido por el ejército ruso y juzgado en Nuremberg, en donde fue declarado culpable e internado en un campo de prisioneros.

Hans Asperger, médico nazi. Legitimó públicamente las políticas de "higiene" racial del nazismo, incluyendo las esterilizaciones forzadas. Además, cooperó activamente en el programa de "eutanasia" de niños (el eufemismo utilizado para el asesinato organizado de discapacitados físicos y psíquicos) Casi 800 niños murieron en su clínica bajo su programa de "eutanasia infantil"

Wilhelm His, muere al inicio del régimen nazi, en 1934, pero alcanzó a pronunciarse a favor de los programas de "eugenesia".

Max Clara fue el descubridor de las células que llevan su nombre, unas células secretoras sin cilios ubicadas en el epitelio bronquiolar. El aislamiento e identificación de estas células se produjo en 1937, en prisioneros ejecutados en la prisión de Dresden por el régimen nazi.

Eduard Pernkopf, autor de un atlas de anatomía cuyos dibujos partieron de cadáveres de opositores políticos asesinados en los campos de concentración nazi.

Hans Joachim Scherer quien realizó estudios en Breslau con cerebros de niños de la sala infantil del hospital quienes habían sido asesinados bajo la ley de eugenesia. Estuvo directamente involucrado en los análisis neuropatológicos del cerebro de más de 300 niños polacos y alemanes sacrificados en la "Clínica Psiquiátrica Loben para la Juventud".

Walter Stoeckel, ginecólogo personal de Magda goebbels, realizó experimentaciones con mujeres a las que esterilizaba forzosamente. En 1941, Adolf Hitler le otorgó la Medalla Goethe de Arte y Ciencia . En 1944 fue nombrado miembro de la junta asesora científica del Comisionado General de Sanidad y Atención de la Salud a cargo de Karl Brandt ( médico ejecutado posteriormente en los juicios de Nuremberg).

Yusuf Ibrahim, médico pediatra, defensor y ejecutor del programa nazi de “eutanasia infantil”. Sociedades de dermatología abolieron el epónimo de la candidiasis cutánea congénita y la clínica alemana que llevaba su nombre decidió modificarlo tras conocer el pasado nazi de Ibrahim.

Abolir los epónimos nazis, un deber de las Facultades de Medicina.

Se hace insostenible continuar enseñando en las facultades de Ciencias Médicas, las que hoy en día se hallan abocadas a redireccionar sus currículas hacia una educación en y para los derechos humanos, enfermedades cuyos nombres remedan lo peor del ser humano y la antítesis de los principios que deben guiar el ejercicio de nuestra profesión. Explicar porqué dejamos de usar un epónimo y contextualizarlo con marcos que provengan de la misión declarada de la facultad o del perfil del alumno y la alumna o , directamente, de su contexto histórico concreto, es imperativo y representa un deber ineludible a cumplir.

Las currículas de medicina deben abolir los epónimos que hagan referencia a un médico que colaboró en el holocausto nazi, reafirmando su compromiso con una educación de profesionales de la salud comprometidos con los derechos del ser humano.

EPÓNIMO NAZI	NOMBRE PROPUESTO
Granulomatosis de Wegener	Polangeítis Granulomatosa
Enfermedad de Halleworden Spatz	Neurodegeneración asociada a PTQ
Síndrome/Maniobra de Eppinger	Trombosis Portal/Palp.posterior del bazo.
Síndrome de Asperger	Espectro Autista
Células de Clara	“Club Cell”

Haz de His	Haz aurículo ventricular
Técnica de Stoeckel	Descripción de la Técnica
Síndrome de Ibrahim	Candidiasis Cutánea Congénita
Atlas de Pernkopf	Se desaconseja su uso
Síndrome de Scherer	Colesterosis Cerebral
Síndrome de Reiter	Artritis Reactiva

### **Selección de la Bibliografía consultada**

- 1) Robert Jay Lifton. "The Nazi Doctors"
- 2) Wikipedia. "Lista de Epónimos Nazis", "Nazi Doctors", "El Juicio de los Doctores"
- 3) Medicina Nazi. The International School of Holocaust Studies
- 4) "Should Eponyms be Abandoned? Yes". British Medical Journal. 335 (7617): 42
- 5) "Wegener's Granulomatosis. Probing the Untold Past of the Man Behind the Eponym". Rheumatology. 45 (10): 1303–1306.
- 6) "Eponyms and the Nazi Era: Time to Remember and Time For Change" (PDF). Israel Medical Association Journal. 9 (3): 207–214. Retrieved 2010-10-28.

## Nietzsche, Foucault y el Estetoscopio de Laennec

*Dedicado a todos los docentes que al lado de la cama de los pacientes enseñaron el arte y la ciencia de auscultar un corazón*

En Francia, un joven médico de 35 años nacido en “la Bretaña”, al examinar a una paciente a la que fue convocado por una presunta afección cardíaca, y viendo que la percusión y la palpación no arrojaban elementos diagnósticos para su interpretación, quedó pensativo frente al problema que la práctica médica le planteaba esa mañana. Años después el joven Laennec puso en



letras el pensamiento que lo asaltó en ese momento; “... recordé un fenómeno de acústica muy conocido: si se aplica el oído a la extremidad de una viga, se oye muy claramente el golpe dado con un alfiler en el otro extremo...” eso lo llevó a utilizar este sencillo concepto en la exploración de la paciente y ponerlo al servicio de la solución del problema, siguió dicho pensamiento con la siguiente acción: “...tomé un cuadernillo de papel, lo enrollé muy apretadamente y apliqué una extremidad sobre la región precordial.. Y

*al colocar el oído en el otro extremo, quedé muy sorprendido y satisfecho al oír los latidos del corazón de una manera muy clara y neta...”*

La aparición de ese día no fue solo la del estetoscopio como instrumento auxiliar de la exploración física médica, sino también un símbolo y un significativo del trabajo médico. Lo que siguió en su historia fue una sucesión de descubrimientos y descripciones que conforman, hoy, una gran enciclopedia de saberes vinculados a la fisiología, anatomía, patología y fisiopatologías que enriquecen la práctica de la auscultación cardíaca y que

todos los médicos y medicas tenemos presentes al momento de apoyar la membrana sobre el precordio de un ser humano.

En estos días se cumplirían 200 años desde aquel hecho protagonizado por el joven discípulo de Corvisart, ( quien no pudo utilizar el descubrimiento de su aprendiz, cuando atendía a Napoleón de su ulcera péptica), y algunos lo recuerdan.

Atentos a este aniversario, el periódico Washington Post publica una nota en su sección de Salud en la que le da voz a varios médicos clínicos y cardiólogos, algunos de ellos conocidos entre nosotros por sus publicaciones. Entre las diversas opiniones una es la que quisiera que analicemos y verifiquemos en relación a que nos aporta hoy en nuestra práctica clínica semiológica y , fundamentalmente, desde la perspectiva de la educación médica:

***“..El estetoscopio ha muerto”, publicó un cardiólogo del “Icahn School of Medicine” del “Mount Sinai Hospital” de Nueva York, agregando la siguiente consideración: “..El tiempo para el estetoscopio ha pasado”***

Es una tentación de la frase obligarnos a sucumbir a la necesidad de trazar un paralelismo con la idea nietschiana. Cuando F. Nietsche plantea la muerte de dios, habla también de un nacimiento. Dios ha muerto, es decir que el hombre queda solo y abandona lo suprasensible, queda sujeto a si mismo y al horror de saberse principio y fin, es un grito tardío de la modernidad filosófica y que vuelve a poner al hombre en el centro. Muere lo suprasensible, nace el hombre, como una continuidad del cogito ergo sum descartiano. Al morir dios, al morir lo suprasensible, al morir todo lo que condiciona al hombre por fuera de el surge entonces una pregunta: ...que nace? A que da lugar esa muerte?.. Nace la necesidad de un superhombre diría Nietsche, el hombre por si mismo, solo frente a su solitaria condición.

Bien, el estetoscopio ha muerto...que muere con el?, que termina con el?, y que nace de esta dialéctica?.

Probablemete se pretenda enterrar al estetoscopio, cual faraón egipcio, con sus amantes, seguidores y con quienes lo alimentaron. Con el estetoscopio

muere cierta curiosidad que se responde con los sentidos, muere una posibilidad mas de tocar el cuerpo que pretende ser sanado, muere la idea de que basta en la mayoría de los casos métodos simples y accesibles para resolver problemas médicos, muere la posibilidad de tocar, ver y palpar al mismo tiempo, muere esa sensación de ayudar con poco ( aunque sea inmenso), muere un dialogo directo y silencioso entre el explorador y el cuerpo, entre la ciencia y el misterio.

Cuando esto sea enterrado, lo que queda, bajo la forma de escombros del futuro, es un camino que deslumbra pero que encierra ciertos peligros. El estetoscopio al morir hace nacer una herramienta tecnológica que no necesita de nuestros sentidos, nace un médico y medica que debe trasladar sus interrogantes por fuera de si mismos, nace una práctica que puede prescindir del contacto directo con el/la paciente, nace una medicina que confía mas en los intermediarios, nace una nueva práctica que profundiza la desigualdad al acceso a la salud en el mundo.

No, nada de esto se parece a la idea moderna, antropocéntrica de Nietzsche, mas bien deberíamos recordar otra idea similar, la de Foucault, la que nace de un concepto basado en un hombre sujetado por los significantes del mundo, por la estructura, un hombre hiperdeterminado, imposible de hacer valer principios genuinamente propios ni de expresarlos, sino a través de la cultura dominante, la que se apropia de un hombre incapaz de salir de ese laberinto e imposibilitado de rebelarse. Foucault decía, con cierta desesperanza, “El hombre ha muerto”.

Si, la frase “el estetoscopio ha muerto” se parece mas a la idea Foucaultiana que encierra la desaparición del hombre sepultado por la estructura social y económica que lo anula , que a la idea liberadora aunque perturbadora de Nietzsche.

En otras palabras,la muerte del hombre y del estetoscopio es el nacimiento de la tecnocracia que los reemplaza e intentará prescindir de ambos.

Muchos creemos que el estetoscopio no ha muerto, que sigue vivo cada vez que un médico o médica se lo descuelgan del cuello y lo ponen al servicio de la solución de un problema de salud, poniendo en juego una práctica sencilla y accesible, pero también profunda y humana, tanto para el paciente que se siente explorado, "tocado" por quien eligió como su médico, como para el médico que se ve interpelado en sus sentidos y su raciocinio, por un sonido, por un tono, por el lenguaje del cuerpo que intenta sanar.

El Estetoscopio no ha muerto, porque no ha muerto el médico o médica que crea en su utilidad y este dispuesto a usarlo como un primer gesto de entendimiento antes de decidir otros estudios más complejos.

El estetoscopio no ha muerto, porque no han muerto los docentes que desde las aulas, los hospitales, los centros de salud, siguen ayudando a comprender a los alumnos y alumnas la necesidad de su comprensión.

Pero... estas palabras no garantizan la inmortalidad del estetoscopio (que y quien pueden garantizarla?), pero al menos lo convierte en algo que va más allá de sus olivas, sus tubos y su membrana, lo transforma en una trinchera, un lugar de resistencia, de todos los miles de miles de médicos y médicas que ejercemos y enseñamos una medicina teñida de humanismo al servicio del paciente su familia y su comunidad protegiéndolas de la voracidad tecnocrática y mercantilista de un mundo que necesita médicos y médicas que revivan en cada entrevista el arte y la ciencia de auscultar el corazón.