

Los ojos de Sherlock Holmes: Un detective aficionado y la mirada médica. II. Afianzamiento, ocaso y reemplazo de la observación directa

Dr. Rafael Muci-Mendoza

Miembro Correspondiente Nacional

INTRODUCCIÓN

“Ars medica tota in observacionibus”

El detective aficionado Sherlock Holmes, es un ejemplo paradigmático indirecto del positivismo racional que consolidó la semiótica médica del siglo XIX y que tuvo en la “mirada médica” su expresión fundamental. La primera parte de este ensayo nos sirvió de apología al personaje de ficción y su método; si se quiere, una triunfal y armoniosa amalgama de poderes de percepción, inducción, deducción, análisis e intuición (1).

Dejamos entonces intencionalmente de lado la figura de su creador, Sir Arthur Conan Doyle y las circunstancias felices que le antecedieron o le rodearon, todas las cuales se relacionan entre sí y conducen a los orígenes del antiguo arte de “Observar viendo”.

Conan Doyle, Joseph Bell y el afianzamiento de la semiótica

Arthur Conan Doyle (Figura 1) nace en Edimburgo, Escocia, el 22 de mayo de 1859 y muere de un ataque cardíaco en Crowborough, Sussex, Inglaterra, el 7 de julio de 1930. Muchos desconocen que Doyle era médico. En 1876, a la edad de 17 años, ingresó a la Escuela de Medicina de la Universidad de Edimburgo y obtiene en 1881 los

grados de Bachiller en Medicina y Maestría en Cirugía; en 1885 recibió el título de Doctor en Medicina luego de presentar una tesis sobre tabes dorsal. Posteriormente ejerce la medicina privada hasta 1891, cuando por pocos meses estudia oftalmología en Viena y París. Su práctica ulterior fue solitaria en pacientes y por ende, poco productiva, así, que luego de un severo ataque de influenza, la abandonó para dedicarse exitosamente a la creación literaria, forma mediante la cual pudo sustentar su numerosa familia. Para 1920 era el escritor mejor pagado del mundo, ganaba 10 chelines por palabra escrita; al valor actual, cerca de 16 dólares americanos. En 1902, el mismo año en que sale a la luz “El sabueso de Baskerville”, es elevado al noble rango de Caballero, más en razón de la defensa que hizo de la Guerra Anglo-Boer en su obra “La guerra en Suráfrica. Su causa y conducta”, que al resto de su ya sólido repertorio literario.

A pesar de que sus otros escritos le gratificaron íntimamente más que las Aventuras de Sherlock Holmes, este último es posiblemente la única creación literaria desde los personajes de Cervantes, Dickens o Shakespeare que ha tomado vida propia en el lenguaje de las personas. En prodigioso alumbramiento, Sherlock salió de la ficción del libro, a la realidad de la vida y disfruta de una vigorosa existencia extraliteraria tal como lo hicieran el Dr. Guillotin o el Capitán Boycott, pues suele recordarse la acción pero a menudo se olvidan los actores. Aunque nunca hayamos leído alguna de las novelas y 56 historias cortas que escribió acerca de él, la mención de los nombres Sherlock o Holmes, unidos o separados, son sinónimos de sagaz detective, siendo curioso y digno de mención que en ese total de 60 publicaciones, el personaje de marras nunca usó la emblemática gorra de cazador de

Presentado en la Academia Nacional de Medicina el 30 de marzo de 2000.

venados ni la pipa encorvada que le son “características”, ni mucho menos profirió vez alguna la frase, “Elemental, mi querido Watson” (2). Es un caso en el cual el protagonista opaca por completo a su creador, por ello, muy pocas personas conocen quién fue Doyle y cuáles fueron sus méritos.

En términos de su desarrollo como médico y escritor, la persona más influyente durante sus estudios de pregrado fue el Dr. Joseph Bell (Figura 1) del *Royal Infirmary of Edinburgh* y autor del libro “*A manual of the operations of surgery*”, para entonces en su tercera edición. Con él tomó su curso electivo que le permitía examinar sus pacientes ambulatorios antes de serles presentados en un auditorio repleto de médicos y estudiantes. Allí se sentaba el Maestro exhibiendo su perfil de indio piel roja, una contextura delgada pero firme, penetrantes ojos grises, hombros angulares y una marcha a saltos resultado de la parálisis pos-diftérica de una pierna. Bell era un habilidoso cirujano, pero al decir de Doyle, su arista más impactante era su método de observación directa y al hacer gala de sus grandes dotes inductivas y deductivas, impresionaba a sus alumnos con su habilidad para diagnosticar, no solamente la proveniencia, los hábitos y ocupaciones

de sus pacientes, sino también, las condiciones médicas que lo aquejaban, aun antes de hablar con ellos, guiado únicamente por minúsculas pistas reveladoras que obtenía mediante imperceptibles, breves y agudos vistazos que los asistentes eran incapaces de reconocer. De esa forma se le oía decir, “¡No, usted no debe tocarlo! Use sus ojos señor, use sus oídos, use su cerebro, use sus poderes de percepción y deducción” (3-5).

Baring-Gould (6) reproduce una de sus menos conocidas anécdotas: “Una mujer con un niño es invitada a entrar. Bell le da los buenos días y ella le contesta con el mismo saludo. —¿Cómo le ha ido en la travesía desde Burntisland? —Estuvo bien. —¿Había un largo trecho hasta Inverleith Row? — Sí. —¿Qué hizo usted con el otro niño?— Lo dejé con mi hermana en Leith. —Y usted aún estará trabajando en la fábrica de linóleo ¿no? —Sí. ¿Ven ustedes, señores?, Cuando ella me dio los buenos días me di cuenta de su acento pífano y, como saben, la ciudad más próxima a Fife es Burntisland. Se puede dar cuenta de que tiene arcilla roja en los bordes de las suelas de sus zapatos. Y esta clase de arcilla se encuentra a veinte millas de Edimburgo, en los Jardines Botánicos. Inverleith Row bordea



Figura 1. Dr. Joseph Bell (1839-1911) —izquierda— mentor de Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930) —derecha—.

los jardines y es el camino más rápido desde Leith. Pueden observar que el abrigo que ella sostiene es demasiado grande para el niño que va con ella y por tanto quiere decir que se marchó de casa con dos niños. Finalmente, tiene una dermatitis en los dedos de la mano derecha, característica peculiar entre los trabajadores de la fábrica de linóleo de Burntisland”. Para alumnos y pacientes indoctos en lógica teórica, poco instruidos tanto en ésta como en los pasos lógicos que el Maestro seguía, tal exhibición de las habilidades propias de un razonador experto, les parecería poco menos que magia. Bell, referido por Vicent Starret (citado por 7), nos subraya el parecido entre el crimen y la enfermedad en el siguiente pasaje, “Las amplias características que de un vistazo se pueden reconocer como indicativas de una enfermedad del corazón o tisis, embriaguez crónica o continua pérdida de sangre, son los rasgos que la mayoría de los principiantes en medicina pueden detectar, no obstante, para los expertos en el arte, hay miríadas de señales elocuentes e instructivas, pero que necesitan del ojo educado para descubrirlas... La importancia de lo infinitamente minúsculo es incalculable...”

En este orden de ideas, no por azar, Doyle llamó a Bell, “*The Fabulous Original*”. En mayo de 1892, Doyle escribe a su preceptor, “Alrededor de un eje centrado por la deducción, inferencia y observación, he tratado de construir un personaje que lleve las cosas tan lejos como sea posible y me es grato que los resultados le hayan satisfecho por ser usted el

crítico con mayor derecho a ser severo” (8). En 1893, Bell cooperó con Doyle redactando la introducción a la reimpresión de la primera historia sherlockiana, “Un estudio en escarlata”. Para describir a su antiguo alumno, escribió, “Él creó un personaje inquisitivo y astuto, de mirada rápida y sagaz, mitad doctor, mitad virtuoso, con tiempo de sobra, memoria retentiva y tal vez, la mayor de todas sus habilidades, su poder de deslastrar la mente de todo el peso que implica recordar detalles innecesarios... Sherlock Holmes tiene los sentidos aguzados y la especial educación e información que los hace valiosos, pero además, nos permite introducirnos en los secretos de su método...” (el subrayado nuestro) (9). Conan Doyle y su creación literaria —pensamos— contribuyeron al afianzamiento de la semiótica en las postrimerías del siglo XIX y albores del siglo XX, con su énfasis en la observación directa inteligente. Comprendamos pues, cómo al iniciar al médico en ciernes en los métodos de Sherlock, cómo al mostrarle que elementos de arte y magia se transforman poco a poco en la lógica del descubrimiento científico que se persigue, los grandes dividendos en su formación son incalculables, y, por tanto, como a primera vista podría creerse, no es un simple ejercicio de futilidad, antes bien, el conocimiento del personaje y el pasado que avala, como veremos a continuación, preparará al novel médico para adentrarse con destreza y gobernar la creciente complejidad de la medicina del tercer milenio.



Figura 2. Voltaire (François Marie Arouet, 1694-1778) creador de Zadig —izquierda—. Sir William Osler (1848-1919) —derecha.

Voltaire, Joseph Bell y William Osler

Joseph Bell a su vez, acreditó su experticia para seguir minúsculas pistas, y, por ende su extraordinario acumen diagnóstico, al haber podido introyectar el método de observación de Zadig, otro héroe de ficción seguidor de pistas. En 1747, Voltaire (Figura 2) publica una novela corta del mismo nombre, suerte de cuentos filosóficos con apólogos y moralejas, que en el Capítulo III, “El perro y el caballo”, despliega en el personaje, los inusitados alcances de la observación fina y desprejuiciada. El nombre Zadig proviene del árabe y significa “el veraz”, “era un babilonio que a pesar de ser joven y rico, sabía moderar sus pasiones, no aparentaba lo que no era, no quería tener siempre la razón y sabía comprender las debilidades de los hombres”, no obstante, en la búsqueda de la felicidad, fue conducido por la Providencia a sufrir múltiples desgracias. Fue así como se retiró a una casa de campo en las riberas del Eufrates “para estudiar la naturaleza, ese gran libro que Dios ha puesto ante nuestros ojos; estudió sobre todo, las propiedades de los animales y las plantas, y muy pronto adquirió una sagacidad que descubría mil diferencias, allí donde los hombres no veían nada que no fuese uniforme” (10). De esa forma, al razonar sobre lo que parecían hechos triviales, fue capaz de describir sin nunca haberlos visto, a la perra de la reina y al caballo del rey que se hallaban extraviados. Sólo comentaremos sobre cómo identificó al caballo y referiremos al lector al capítulo completo (10): “En las llanuras de Babilonia, el caballo más hermoso de las caballerizas del rey se había escapado de las manos de un palafrenero. El montero mayor y otros oficiales vieron a Zadig, quien por casualidad se encontraba paseando. Así le increparon, —¿Habéis visto el caballo del rey?— Es el caballo que mejor galopa —respondió Zadig—. Tiene cinco pies de alto, el casco muy pequeño, y la cola de tres pies y medio de largo; la cabeza del bocado son de oro de veintitres quilates; sus herraduras son de plata de once dineros. —¿Qué camino ha seguido? ¿Dónde está? —preguntó el montero mayor— No le he visto, ni he oído hablar de él. Deduciendo que había robado el caballo del rey y la perra de la reina le hicieron preso y lo condenaron; sin embargo, apenas dictada la sentencia aparecieron los animales perdidos. Zadig obtuvo permiso para defender su causa y así se explicó: —Paseando por los caminos del bosque percibí las

señales de sus herraduras, que estaban todas a igual distancia. He aquí, dije para mí, un caballo que tiene un galope perfecto. El polvo, en el camino, que no tiene más de siete pies de anchura, estaba un poco levantado a derecha e izquierda, a tres pies y medio del centro del camino. Este caballo —he pensado— tiene una cola de tres pies y medio con la que ha barrido el polvo. He visto también bajo los árboles, que forman una bóveda de cinco pies de altura, hojas recién caídas de las ramas, y he sabido que el caballo había tocado a éstas, y, por consiguiente que tenía cinco pies de alzada. En cuanto al freno, debía ser de oro de veintitres quilates porque ha frotado con las puntas sobre una piedra que era una piedra de toque y con lo que luego he hecho yo un ensayo. Finalmente he juzgado por las señales que han dejado las herraduras sobre pedernales de otra especie, que estas eran de plata de once dineros” (10).

Al mismo tiempo que Bell usaba el procedimiento de observación de Zadig en Edimburgo, Doyle, insuflándolo en Sherlock, tornaba sus métodos en “sentido común sistematizable” (el soldado de la piel descolorida), y el preeminente médico internista, reformador y maestro Sir William Osler, (Figura 2) hacía lo propio en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, al desplegar y transmitir a la cabecera del enfermo, los resultados de lo que también llamó el “método de Zadig”, vale decir, el desarrollo de “la mirada médica” (11), “el ojo clínico” o los poderes resultantes del frecuente, metódico y justo ejercicio de los sentidos. Osler se aproximó a la medicina más como naturalista que como un experimentalista, pues la base de su método fue la observación razonada más que el análisis de una variable aislada bajo condiciones controladas: “Tengo la firme convicción de que el mejor texto de medicina es el libro de la Naturaleza, como claramente inscrito en el cuerpo de los hombres”, decía y agregaba, “La observación debe no sólo conducirnos a preguntarnos a nosotros mismos, tal vez sea más importante que las preguntas nos guíen de nuevo hacia la observación”; aseguraba que el “diagnóstico de la enfermedad del paciente a menudo se expresa en su cara, si uno posee “un ojo observador”, buena luz y está en posesión de los poderes apropiados de razonamiento” (12). Él mismo a su vez, fue un gran admirador de los poderes de observación de los grandes médicos del pasado; así, comentaba, “El mayor mérito de Sydenham fue que enseñó a la profesión a retornar a los métodos hipocráticos de cuidadosa observación y estudio”.

Zadig, El “Peregrinaggio” y El Talmud

A su vez el pasaje de “El perro y el caballo” de Voltaire, parece ser un plagio del “*Peregrinaggio di tre giovani, figliuoli del re di Serendippo; tradotto dalla lingua persiana in lingua italiana da M. Christoforo Armeno*” o “Peregrinación de los tres hijos del rey de Serendipo” (13), una serie de antiguas fábulas persas que se desarrollan en la isla de Serendipo (antigua Ceilán y hoy día Sri-Lanka), publicada en Venecia por Michele Tramezzino en 1557 y hecha famosa en la lengua inglesa gracias a la traducción De Maille y al notable escritor Horace Walpole (1754), quien luego de leer la versión francesa, en una carta a Horace Mann, un inglés residenciado en Florencia, acuñó la palabra “*serendipity*”. Esta serie de cuentos orientales describen episodios del viaje de sus tres altezas reales y cómo hacían descubrimientos por “accidente y sagacidad” de cosas que no se encontraban buscando; por ejemplo, en uno de los pasajes, descubren que una mula ciega del ojo derecho había pasado por la senda que recorrían, porque únicamente había comido el pasto del lado izquierdo que era de peor calidad que el derecho, pero que además, que le faltaba un diente y llevaba a cuestas una mujer embarazada. La historia del hombre, de las ciencias y particularmente de la medicina está llena, si se quiere, de “¿serendipidades?”, de “accidentes felices”, de hechos encontrados por legítima “sagacidad accidental” cuando no eran buscados, y basten como ejemplos entre otros, los descubrimientos del fuego por el hombre primitivo, de la penicilina, la quinina, la insulina y el éter, la vulcanización del caucho, la dinamita y el polietileno (13). Doyle, también inspirado en las fábulas persas, nos encara su héroe de invención en el que condensa un enorme grado de inteligencia, conocimientos, poderes de inducción y deducción, inspiración, iluminación, clarividencia y destellos de genialidad; pero el mismo tiempo, como buen preceptor, nos contrasta a su lado, al Dr. John Watson, su exégeta, que juega todas sus historias con excepción de una de ellas, un rol activo cuando no secundario; se sirve de él, no sólo para contrarrestar los pasmosos poderes de su ilustre amigo, sino además, para constituir una figura con la cual los lectores podemos sentirnos identificados; una especie de reconfortante compañero de aula que también “observa pero no ve”, que necesita se le explique paso a paso el método seguido para obtener las pistas, su significancia y sus

implicaciones en la solución del caso (14).

La fascinación por el escrutinio del entorno en busca de minúsculos detalles que revelen la verdad total, es un ejercicio intelectual cuyos orígenes se remontan a un pasado lejano y se pierden en la oscuridad de los tiempos; así la narración mejor conocida en la lengua inglesa la del camello tuerto encontrada en el Peregrinaggio, es esencialmente la misma que se lee en el antiguo Talmud de los judíos (15) y las fábulas coreanas, ucranianas y serbo-croatas, sólo que el animal puede ser la mula o un camello (a) y según el caso, va además cargado de vino, vinagre, mantequilla, o miel. Vemos así, cómo las raíces de la semiótica no sólo se entroncan con los antiguos tratados médicos, sino que también encuentran su germen en el conocimiento empírico obtenido mediante el estudio directo y metódico desprejuiciado y luminoso de la naturaleza, cuando con base al análisis de exiguas evidencias, se realizan extraordinarias inducciones o deducciones.

Acerca de la complejidad de la “mirada médica”

“Hay tres clases de personas:

Las que saben observar;

Las que observan lo que se les enseña y

Las que no observan nada”

Leonardo Da Vinci

En general, asumimos que lo que perciben nuestros ojos es el diáfano mensaje que los centros superiores de asociación visual recogen e interpretan. Pero la realidad es otra, la información que recoge la retina es de inmediato tamizada y procesada localmente para luego ser enviada a su destino central. Allí de acuerdo con experiencias previas, es sustancialmente “reconstruida y completada”. En otras palabras, la retina desecha bastante de la información que obtiene, deja el resto para ser “rellenado” por el cerebro. Entre otros, el responsable de este comportamiento en un mecanismo neuronal llamado de inhibición lateral en la cual las células horizontales juegan un rol preeminente (16). Este fenómeno explica muchas de las ilusiones ópticas y más aún, provee un ejemplo excelente de cómo se organiza el cerebro para que la información que recibe tenga sentido para el que ve. Al hacerlo nos provee además, de una invaluable aproximación al origen de nuestro sentido de “realidad”. Es por

ello que dos personas, al mirar de una manera diferente, ven distintas realidades. Al igual que ocurre una proliferación de las dendritas de las neuronas cerebrales cuando a lo largo de los años existe un activo y continuado ejercicio intelectual, no sería aventurado hipotetizar que de acuerdo al “entrenamiento en el mirar viendo” a que nos sometamos, podría en el tiempo, ocurrir algo similar en la retina.

Cuando se tiene el privilegio de instruir a un grupo de jóvenes oftalmólogos a “observar mirando” el fondo del ojo —en nuestro concepto un rico venero de inducciones—, a menudo se repite el mismo ritual: luego de una rápida ojeada, las descripciones que surgen de lo observado, suelen ser muy diferentes una de otras y por supuesto, de las muestras, no siendo raro que describan y aun, dibujen “realidades” totalmente inexistentes (“Cuán peligroso es siempre razonar con datos insuficientes”, La liga de los pelirrojos). Si todos miramos un mismo escenario, una misma lesión oftalmoscópica, ¿Cómo podemos verlo, describirlo —que no interpretarlo—, en forma tan desigual? Igual sucede cuando se les enseña cómo evaluar la capa de fibras ópticas de la retina, una hojilla transluciente de cerca de 200 micrones de espesor, totalmente inexistente en sus esquemas mentales iniciales, si se quiere, una forma de agnosia visual o ceguera selectiva, afortunadamente reversible. En este caso, el ejercicio depende del aprendizaje cuidadoso, del escrutinio de minúsculos detalles. Inicialmente, son incapaces de apreciarlos, luego ven más de lo que debería verse, pero lentamente al incorporar, introyectar y programar su retina para apreciar ligeros matices de color, tenues cambios en los patrones de estriación y aspecto de los vasos, que al conocedor surgen de una rápida ojeada, surge el milagro de observar mirando.

Ello nos lleva al convencimiento de que efectivamente, la retina “borra” aquella parte de la información que aun siendo visible, no tiene ningún sentido para el cerebro que lo procesa, (“La invisibilidad de los detalles es inobservación”, Un caso de identidad), que suele ser el producto de una observación prejuiciada y a la ligera (“Insisto en no tener nunca prejuicios”, El rompecabezas de Reigate, La granja Abbey), por lo que sólo se obtiene una impresión general imprecisa y distorsionada de la realidad (“Nunca confíe en las impresiones generales, amigo, concéntrate en los detalles”, Un caso de identidad), que no se ha sabido dónde, cómo

o qué mirar, que es dejar de ver lo importante que hay de ver, por lo que el resultado es sólo un borrón del bosque donde no se percibe ni el árbol ni el bosque (“Es una gran equivocación teorizar antes de tener todas las evidencias, inconscientemente, se empiezan a retorcer los hechos para que se adecuen a la teoría, en lugar de retorcer la teoría para que se adecuen a los hechos”, Un escándalo en Bohemia). Esta percepción de ambos, bosque y árbol con sus detalles, surge de un paciente, consciente y sistemático ejercicio visual que nos permita ver detalles, una “reprogramación” cerebral si se quiere, facilitada si pacientemente somos llevados de la mano como Sherlock hacía con Watson en sus travesías deductivas.

Por ser la adquisición y el refinamiento de la “mirada médica” un ejercicio de la vida entera, donde se conjuga un prolongado compromiso, estudio y examen integral a la vera del enfermo, se comprende él por qué se hace tan compleja su adquisición y por qué es tan complicada su transmisión a otros. Puede motivarse al alumno con la instrucción mediante el ejemplo, pero éste a su vez, sustentado en esa enseñanza, es quien a fin de cuentas debe introyectar el mensaje, actuarlo, hacerlo crecer dentro de sí y transformarlo en parte de su hacer cotidiano. La enseñanza de aula que los profesores modernos hemos propiciado, ha desplazado al aprendizaje a la cabecera del enfermo del pasado aún tibio. Ello significa que en forma equivocada hemos desviado la mirada del alumno hacia el audiovisual, el apunte, el folleto o los registros de una máquina, fomentando la pasividad, el dogmatismo y una visión estrecha y estéril de la medicina, sin hablar del pernicioso mensaje que desvaloriza la persona del enfermo.

El ocaso de la observación “directa”

A lo largo de los tiempos, el patrón de asistencia al enfermo fue evolucionando hasta convertirse en método con la celebrada *tékhn iatriké* nacida en la isla de griega de Cos y filosofía del antiguo asclepiade hipocrático, definida como “Un saber hacer, sabiendo por qué se hace lo que se hace”, un saber susceptible de enseñanza, basado principalmente en la observación sensorial de la realidad del enfermo y el medio físico. El médico debía observar e interrogar a los pacientes en su ambiente para ganar conocimientos que permitieran

diagnosticar, absteniéndose, hasta cierto punto, de curiosear o tocar sus cuerpos. Culmina este trajinar en el concepto más amplio de “mirada médica” (11), la cual se vincula a la formación del método clínico mediante el nacimiento de la semiótica, la ciencia del estudio e identificación de los síntomas y signos obtenidos “directamente” del enfermo. En lo general, fue el resultado de canturias de fina, penetrante y perseverante observación, de refinamiento y pulimento que consolidó o descartó lo observado. En lo particular ha sido el aprovechamiento en el bien superior del enfermo, de lo que otros hubieron de observar, y de lo nuevo que hubiere que observarse, mediante un metódico e inacabable ejercicio del mirar, entendido en su más amplio término, en el que al unísono con el sentido de la vista, se conjuga el aporte de los otros cuatro echados al vuelo con desprejuicio, perceptividad e inteligencia. El refinamiento de la aplicación de los sentidos para investigar esos signos en el cuerpo del paciente vivo, fue la meta de la medicina del siglo XIX y el origen de sus indudables logros. Fue de esa manera como los médicos se transformaron en habilidosos diagnosticadores que escuchaban, veían, palpaban, olían y probaban; la biografía médica o anamnesis, se constituyó en un intrincado tejido de eventos subjetivos, que incluían los síntomas o percepción de lo que la enfermedad producía en sus cuerpos y, además, aquellos eventos vitales implicados en sus causas, seguido de la realización de un examen clínico acabado como medio de obtener los signos. Para entonces la ideología reinante enfatizaba el concepto de la enfermedad como un evento físico a ser detectado; por ello, el cuerpo del paciente se constituyó en el campo de investigación y los sentidos, en los medios para extraer sus ocultas verdades. Adicionalmente, a comienzos del mismo siglo, el diagnóstico se apoya y se expande mediante la incorporación de simples instrumentos aceptables por médicos y pacientes, comenzando por el estetoscopio o “tubo de Laennec” (1816), simple, sencillo y transportable, y posteriormente, por otras herramientas simples conectadas en un extremo con alguno de los sentidos del médico. Éste, devenido en detective y armado con educados sentidos buscaba, describía y analizaba evidencias físicas de desórdenes particulares y elevaba la exactitud de sus diagnósticos, la ayuda al enfermo y por ende, su autoestima. Es comprensible pues, que a finales del siglo, Doyle al tomar el modelo de Bell, su profesor de medicina, diera vida al archicriminólogo Sherlock

Holmes cuya cualidad fundamental como hemos visto, era su agudeza para la detección de evidencias físicas y a través de ellas, la deducción de sus orígenes (1).

El reemplazo de la observación directa

Casi al mismo tiempo, tecnologías instrumentales particulares comenzaron a surgir y a variar en complejidad llevando al médico hacia el siglo XX: la quimografía de registro del fisiólogo alemán Carl Ludwig (1846) y “la *méthode graphique*” de Etienne-Jules Marey (1860-1870); el termómetro de Carl Wunderlich (1868), quintaesencia de la exploración sensorial; los rayos X, una forma de energía capaz de penetrar objetos sólidos opacos a los sentidos, descubiertos por el físico Wilhelm Röntgen (1895); y el electrocardiógrafo del fisiólogo holandés Willem Einthoven (1901), apto para graficar objetivamente y en forma verificable, la actividad eléctrica del corazón en condiciones de salud y enfermedad, y además, susceptible de control. Los avances en bioquímica, laboratorio, instrumentación fisiológica invasiva y no-invasiva de órganos y sistemas, y los monitores para ver y registrar el cuerpo en movimiento, desafiaron el falible poder de los sentidos. Se cuestionó su científicismo: si la medicina de cabecera fuera científica, entonces los métodos para obtener la evidencia debían tener el sello de la objetividad, por lo contrario, la subjetividad del observador, la falta de controles, la diferente formación clínica, el largo tiempo necesitado para entrenarse, el corto tiempo disponible para examinar al enfermo y la carencia de estandarización de resultados, con la aceptación tácita de médicos y pacientes. Comenzó entonces un viraje de la mirada hacia la “externalidad”, si se quiere, distante, “a espaldas del paciente” o centrado en la técnica; y contradictoriamente, el “tubo de Laennec” simbolizó además, la separación física de médico y paciente y la técnica se interpuso en la relación entrambos e inició lo que parece ser, su irreversible separación. El empleo de computadores ha hecho posibles procedimientos tan maravillosos como la tomografía computadorizada, la resonancia magnética, la ecografía y la tomografía por emisión de positrones, entre otras, que anulan y reemplazan en forma arrolladora, la adquisición de la evidencia de enfermedad directamente del paciente.

Este nuevo modelo del mirar médico, con rasgos

consumistas y destructivo de indudables logros pasados, ha trasmutado de un todo la manera como es percibida y comprendida la enfermedad por el médico moderno, destruye la semiótica y con ello la clínica, ha cambiado la forma como los pacientes se relacionan con sus “médicos tecnólogos”, ha propiciado la deshumanización del acto médico que surge cuando las máquinas compiten con, y reemplazan las relaciones humanas, y se proyecta peligrosamente hacia el futuro invitándonos a reflexionar acerca de cómo habrán de ser las relaciones del médico con la medicina del tercer milenio. Adicionalmente, al no existir un guiador clínico predeterminado que dirija esas avanzadas técnicas en el sentido correcto, paradójicamente, hay más pacientes insatisfechos, sin diagnóstico, adoloridos y por ende, sin correcto tratamiento. Es así como arribamos al nuevo y evolucionado modelo de la segunda mitad del siglo XX, que desdeña el valor de la clínica y, en complicidad con el paciente, centra toda su atención en derredor de nuevas y subyugantes tecnologías, “modas” inmediatamente perecederas si se quiere, con más énfasis en la investigación que en la reflexión, y en la ciencia que el arte, y con un novedoso sistema de valores que al distorsionar el juicio clínico, mira al enfermo como una serie de problemas técnicos a ser resueltos mediante la aplicación de soluciones metodológicas específicas. Esta novel forma del mirar, deja fuera de todo contexto la biografía que modula la enfermedad del enfermo, es decir, aquella historia que el paciente tiene que contar acerca de sus experiencias, sensaciones y necesidades, única vía accesible al médico para conectarse con la persona del paciente. En ese necesario encuentro el paciente contribuye con una muy particular serie de pedidos, esperanzas, temores y penurias, y un grupo singular de reacciones mentales y físicas determinadas por la presencia de la enfermedad. La necesidad de este encuentro personal sin par, a través del diálogo, es superlativa, pues es la única decidora de cómo, por qué y en qué momento emergió la enfermedad y cómo la vida del paciente se entrelaza con ella, información no computable e imposible de adquirir ni graficar con el auxilio de una máquina.

Por estas razones, en los albores del siglo XXI se oye un toque de ánimas, cuyo tañido anuncia la muerte definitiva e injustificable de una manera clásica de ver, ser y hacer, a pesar de que todavía, la descripción de eventos suele ser con frecuencia, la única evidencia de enfermedad, y la historia clínica

en su totalidad, apoyada en simples instrumentos que portamos los médicos en los bolsillos de nuestras batas, proveen toda la información requerida para arribar a un diagnóstico correcto... ¡en 80% a 95% de los casos! (17). Es una necesidad inaplazable y debe pues propiciarse, un enlace que incluya el conocimiento del paciente y su enfermedad, y la urgente aplicación del entrenamiento de los sentidos como una guía al racional empleo de la tecnología que convenga. Visión utópica ésta, pensamos, porque la adquisición de experticia en la anamnesis y el examen clínico, toma años de dedicación, consume tiempo y energías, y no puede siempre ser validada, en tanto que la tecnología en forma rápida, parece resolver mágicamente la insuficiencia formativa del médico. No obstante, más que nunca parece indispensable una mínima y sólida preparación que sirva como guiadora del uso apropiado de las nuevas técnicas, bendición y anatema de la humanidad...

REFERENCIAS

1. Muci-Mendoza R. Los ojos de Sherlock Hollmes. Un detective aficionado y la mirada médica (I). El revesado caso de la mujer del párpado caído. *Gac Méd Caracas* 2000;108.
2. Introduction. En: *The case book of Sir Arthur Conan Doyle*. New York: Quality Paperback Book Club; 1993.p.1-5.
3. Harnagel EE. Joseph Bell, M.D. —the real Sherlock Holmes. *N Engl J Med* 1958;258:1158-1159.
4. Ravin JG, Migdal C. Sir Arthur Conan Doyle: The author was an ophthalmologist. *Surv Ophthalmol* 1995;40:237-244.
5. Westmoreland BF, Key JD. Arthur Conan Doyle, Joseph Bell, and Sherlock Holmes. A neurologic connection. *Arch Neurol* 1991;48:325-329.
6. Baring-Gould WS. *The annotated Sherlock Holmes. The four novels and fifty-six short stories complete: Sir Arthur Conan Doyle*. Volume I. New York: Wings Book; 1992.
7. Sebeok TA, Umiker-Sebeok J. *Sherlock Holmes y Charles S. Pierce. El método de la investigación*. Barcelona: Editorial Paidós; 1987.
8. Lebow E. *Dr. Joe Bell, model for Sherlock Holmes*. Bowling Green, OH. Bowling Green University Press; 1982:172.
9. Bell J. Introduction to Doyle AC. *A study in scarlet*.

- London. Ward, Lock and Bowden; 1893.
10. Voltaire. *Candide, Zadig and selected stories*. New York: New American Library; 1981.
 11. Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1966.
 12. Bryan SS. Osler. *Inspirations from a great physician*. New York: Oxford University Press; 1997.
 13. Remer TG. *Serendipity and the three princes from the peregrinaggio*. Oklahoma: University of Oklahoma Press; 1965.
 14. Murch AE. *Sherlock Hollmes*. En: *The case book of Sir Arthur Conan Doyle*. New York: Quality Papeback Book Club 1993 p. 57-72.
 15. *Talmud de Babilonia. Tratado de Sanhedrin*. Jerusalem, Israel: Tebel, Benei-Beraq; 1980.
 16. Rodieck RW. *The first steps in seeing*. Chapter 3. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers; 1998.
 17. Worthmann RL. *The clinical philosopphy of internal medicine*. *Am J Med* 1998;104:323-326.

“Breve reseña de la Universidad de Los Andes”

“La historia de la Universidad de Los Andes se encuentra íntimamente relacionada con la historia del Seminario de Mérida, fundado por Juan Ramos de Lora, el egregio fraile de San Francisco, Primer Obispo de Mérida, el 29 de marzo de 1785, fecha que desde 1950 se celebra como Día de la Universidad.

El 20 de marzo de 1789, el Rey Carlos IV concede a la institución el título de Real Seminario de San Buenaventura, con filiación a la Universidad de Caracas con “todos los privilegios y fueros que como Seminario Conciliar habían de corresponderle”, autorizándole para impartir las cátedras de Teología, Derecho Canónico, Derecho Real y otras ciencias que en adelante se establecieran de acuerdo con las necesidades.

El Dr. Roberto Picón Lares, designa esta primera etapa del Instituto como la de los Obispos coloniales y es su verdadera edad de oro. “Fecundas fueron sus tareas, magníficos sus frutos. A su influencia se renueva la vida de la ciudad. De los claustros de San Buenaventura salió la falange de ilustres varones que en las Letras, en la Iglesia, en los Congresos, en el Gobierno, o en los campos de batalla constituyeron el aporte de la montaña a la obra de la Independencia. Entre esos nombres ilustres brilla el de Cristóbal Mendoza, Primer Presidente de la Nación”.

La segunda etapa comenzó el año de 1800 cuando se activó la idea de que el Colegio Seminario se elevara a la categoría de Universidad, tomando en consideración que resultaba sumamente peligroso y costoso a los estudiantes trasladarse a las Universidades de Caracas y Bogotá para optar a los títulos de licenciado y doctor.

A raíz de los sucesos revolucionarios de 1810, se constituyó en Mérida la Junta Superior Gubernativa de Mérida, defensora de los Derechos del Rey Fernando Séptimo, declaró la independencia política en la misma fecha, y el 21 de septiembre de ese mismo año elevó al Colegio Seminario a la categoría de Real Universidad de San Buenaventura de Mérida de los Caballeros, con el obispo como rector nato. Al respecto Roberto Picón Lares nos dice: “Su duración fue de once años apenas. La caracterizó la brava lucha entre Mérida y Maracaibo por la posesión de la Universidad. A la cabeza de los maracaiberos están los sacerdotes realistas Irastorza y Mas y Rubí; a la de los merideños el Canónigo Uzcátegui y el Padre Buenaventura Arias, patriotas ambos y de gran figuración en la vida de Mérida. Respaldado por las fuerzas del Rey, Maracaibo logra una efímera victoria y la Universidad se traslada a la ciudad del Lago, hasta 1821, en que los Constituyentes de Cúcuta deshacen el entuerto y la Universidad regresa a Mérida para siempre” (Spinetti Berti M. *Médicos Rectores de la ULA*. Mérida, Venezuela: Talleres Gráficos Universitarios; 2000).

