

HUMANISMO, PILAR BASICO DE LA MEDICINA CONTEMPORANEA *

DR. CARLOS VILLAMAR TALLEDO

MOTIVO DE HONDA preocupación, fue la elección del tema que hubiere de venir a exponer a tan respetado y respetable auditorio, para cumplir con uno de los requisitos que señala el reglamento de esta H. Corporación, indispensable para la aceptación de un nuevo miembro. Sólo el convencimiento de la realidad que estamos viviendo —deshumanización de la medicina y el médico—, y la preocupación consciente y casi constante de que este estado de cosas que aflige —afortunadamente—, a no pocos exégetas de la medicina, necesita del esfuerzo de todos los médicos, con la finalidad de reubicar la situación del médico frente a su paciente, frente a la familia y frente a la realidad cultural contemporánea, es lo que me ha movido a presentar un tema como éste, que a varios de ustedes les parecerá que contiene mucho de literatura, algo de filosofía, poco de historia y casi nada de medicina. Que nos encontramos frente a un nuevo modo de concebir la medicina es una verdad que apenas parece discutible ante la flagrante evidencia de los hechos. Desde siempre, las renovaciones o cambios que ha sufrido la medicina, han sido la resultante de modificaciones culturales; y no podría haber sido de otra manera si tomamos en cuenta que la medicina siempre ha sido, y es, la expresión de una realidad cultural que la dota y que la condiciona. De la Patografía de las “EPIDEMIAS” de Hipócrates a la de los planteos psicosomáticos de Rof Carballo, la medicina no ha hecho sino enfrentarse con el esquema que del hombre le ha ofrecido la filosofía de su tiempo. No cuesta trabajo, por lo tanto, el aceptar que las modificaciones en el mundo de la cultura hayan ido a proyectarse —modificando el pensamiento médico—, tanto en la medicina de los asclepiades Hipocráticos, como en la de la escuela de Heidelberg con Siebeck y Weizsacker.

Para comprender el estado actual de las ideas médicas, es condición *sine qua non*, entender los lineamientos del pensamiento científico, que siendo tarea

* Trabajo de ingreso, leído en la sesión ordinaria del 26 de agosto de 1959.

que sobrepasa en mucho los límites de un escueto artículo, nos conformamos sólo con apuntar —con la esperanza de ver jalonado nuestro camino—, algunos hechos indiscutiblemente trascendentes.

El espectáculo de la historia intelectual del saber médico pone de manifiesto que sus replanteos y renacimientos han sido la resultante de por lo menos tres “cualidades” inmanentes del ser humano: el hombre ha sido capaz de error, de olvido y de cambio súbito en sus ideas; errores, olvidos y puntos de vista en lo ideológico —los repetimos por ser muy importante—, que han estado condicionados por modificaciones concomitantes ocurridos en el mundo de la cultura.

A la afirmación de que estamos frente a un nuevo modo de concebir la medicina, queremos añadir que se trata de una renovación “casi total” de sus conceptos, y de un descubrimiento positivo de posibilidades de conocimiento y curación; no es ya un paso hacia la realidad como el descubrimiento de los microbios por Pasteur o el hallazgo de los antibióticos por Fleming y sus continuadores; no se trata de una teoría comprensiva —pero parcial—, como la teoría de los humores de Rokitansky o la Patología Celular de Virchow; no, ésas fueron etapas de una medicina que se iba edificando. Lo que ahora acaece, es un cambio total de frente. La medicina se ha decidido frontalmente a ser LA MEDICINA DEL HOMBRE, del hombre como ser trascendente y como unidad bio-social altamente diferenciada; ya la psicología abisal ha llegado a plantear el problema —que hacemos nuestro—, de que el hombre es, o puede ser, el fruto presente de un pasado irresuelto y, por lo tanto, conflictual. Se puede afirmar —sin paradoja—, que en lo que pudiéramos llamar “el enfermar del hombre”, nuestro futuro es nuestro pasado y que aquél se encuentra condicionado decididamente por éste. Durante el oscurantismo deprimente del Medioevo, el pensamiento médico se nos hace objetivo mediante la lectura de los “CONSILIOS” (Taddeo Alderotti, 1260-1303) (Arnaldo de Vilanova, etc.), y de la obra del Paduano Bartolomeo Montagnana (1470), el más importante monumento del género consiliar.

Acaece la “noche mística” del cosmos asaeteada por la filosofía escolástica, que imprime su huella en el pensamiento médico con todas sus invalideces y todas sus torturas. Es el Medioevo. La lámpara parece por momentos apagarse, pero unos siglos después, vuelve a dar su luz brillante, poco a poco van resonando palabras ruidosas que multiplican sus ecos en el viejo anfiteatro: Génova, Pisa, Nápoles, Venecia. De las ciudades que renacen —cerca del Mediterráneo, después será el Caribe—, se desprenden bandadas de trapos blancos: velas que van a la conquista de Jerusalem, primero; luego a traer clavo, pimienta, seda, alfombras, puñales.

Durante este siglo y medio de la vida europea que solemos llamar Renacimiento, múltiples realidades intelectivas exhiben la historia del pensamiento médico de aquella época. Es el auge de la observación clínica, y de la inspección de cadáveres humanos. Los nombres de Fracastorio, Brassavola, Valleriola,

Porcell, Mercado y Bocangelino, Paracelso, Vesalio, Acquapendente, Sanctorio y Harvey, hablan por sí solos; inician los nuevos senderos. Si recordamos que en los primeros decenios del siglo XVII, se une al fulgurante desarrollo de la cirugía, el desarrollo de las especialidades técnicas, la introducción de nuevos medicamentos, tendremos una imagen bastante aproximada de lo que había llegado a ser el ejercicio de nuestra profesión en esa época. El Humanismo, representado por no pocos varones ilustres, constituye uno de los pilares decisivos en la conceptualización del pensamiento médico, durante este siglo y medio que fue una de las edades de oro, del cosmos que habitamos. La observación de cadáveres humanos muestra ya la existencia de lesiones anatómicas, hasta entonces sólo sospechadas, y nace ahí —de modo lento—, el método de investigación que posteriormente será llamado “Anatomo-Clínico”, nuevo modo de entender la enfermedad en el que ésta debía tener o estar representada por modificaciones anatómicas que explicaran suficientemente su sintomatología. Fue esta etapa de la conceptualización del “pathos”, apta para llevar al desprestigio y en ocasiones al ridículo a profesantes de la medicina, cuyos diagnósticos se veían echados por tierra, ante la negatividad o discrepancia de los hallazgos anatómicos post-mortem.

A principios de siglo llega al máximo lo que bien puede llamarse *medicina científico-natural*, que buscaba aplicar al hombre las leyes de la ciencia natural, considerándolo igual o muy semejante a los demás animales; al clásico acervo de la observación se agregó el supercopioso material de la experimentación, que despertó en el mundo médico de entonces la esperanza de conocer la naturaleza del hombre, interrogando con paciencia fenómenos artificialmente preparados en el laboratorio. Como se tenía la certidumbre de que la solución llegaría de los laboratorios, la ciencia, imperiosamente deseosa de ayudar al hombre, se encerró en ellos y se llegó a creer que al multiplicar experimentadores y laboratorios, vendría seguramente la solución. Se llegaron a analizar prolijamente multitud de hechos de la rana, el perro, la rata, el conejo, el gato... y se estaba seguro de que mediante confrontaciones andro-zoológicas se llegaría al conocimiento de los mecanismos que rigen los procesos patológicos y fisiológicos del hombre. La cantidad de hechos fue y es tan admirablemente grande, que pronto se sintió una angustiante necesidad de síntesis. Una de las causas del éxito del pensamiento de Selye entre los médicos reside, precisamente, en ofrecer el espectáculo dinámico, sintético y coherente de hechos harto complejos, y está también la razón, primero de que sus teorías hayan sido más prontamente adoptadas que cabalmente comprendidas, y de que hayan tenido más éxito como difusión que como comprensión. En consonancia con la orientación científico-natural de esta etapa de la medicina, se habló así del método fisiopatológico, de acuerdo con el cual toda enfermedad debería tener un substratum humoral, químico o bioeléctrico que explicara “funcionalmente” el cuadro clínico del hombre enfermo. Y fecundó también el método etiopatológico, según el cual, toda alteración anatómica o fisiológica, debía tener una causa objetiva y mensurable que explicara la

causa del proceso. Cuando el enfermo no presentaba lesión o causa francamente objetivables, su enfermedad o mejor dicho su "estado", quedaba flotante e indeciso en un angustiante punto muerto, que por mucho tiempo desconcertó al pensamiento médico. El epígrafe mesológico que se le adjudicaba era el irresponsable término de "funcional", el médico exteriorizaba "su verdad" ante el paciente y aseguraba a éste "que no tenía nada". Este momento crucial del pensamiento médico, de articulación conceptual —es preciso retenerlo—, exterioriza, hace consciente esta situación intelectual de la medicina en que el desiderátum era ESTUDIAR LAS ENFERMEDADES. Muy al principio de esta etapa, empíezase a adentrar en "la exploración química" de la enfermedad. A partir de este momento (mediados del siglo XIX), la cifra mensurativa no dejará de ser un componente esencial de toda historia clínica; ya Fourcroy y Vauquelin, Berzelius, Gmelin y Tiedman, Wöhler y Prout, mencionan expresamente la investigación de los ácidos hipúrico, oxálico, benzoico y butírico, de la cistina y los cuerpos xánticos y grasos, en todo examen de orina (el primer episodio de este proceder) EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES, instancia rectora del pensamiento de esta época se hizo patente, en todos los libros y escritos de la época: ya unos se mostraban indudablemente etiologistas, y se hablaba de "Enfermedades Producidas por el Estafilococo", ya la patología se enmarcaba, dentro de un esquema admirable: definición, historia, etiología (o detalle muy importante, etiopatogenia), fisiopatología, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico y luego, al final, una exposición desproporcionada a la dimensión de la descripción que antecede: tratamiento. En la práctica, nuestro paciente "debía" tener que caber dentro de la descripción de una enfermedad. Ante la situación de que en multitud de ocasiones el enfermo no cabía dentro del cuadro patológico por nosotros conocido o aprendido, y ante la certidumbre de que este estado de cosas era resultante de nuestra ignorancia (por demás explicable), o desconocimiento a fondo de todos los cuadros patológicos que un ser humano es susceptible de exhibir, se sintió una necesidad imperiosa e inaplazable; una división del trabajo; e hizo su entrada triunfal en "nuestra medicina", el especialista, es decir, el médico con preparación idónea, para estudiar el hígado, el riñón, el corazón, del hombre o más genéricamente de los hombres. Se llegó a pensar (y aún se piensa), que esto ha venido a resolver el problema. Si un enfermo se quejaba de palpitaciones, qué situación más acabadamente lógica, que fuera visto por un médico "especialista en enfermedades del corazón", es decir, un profesional de nuestra rama que se había circunscrito más o menos cerradamente a estudiar el aparato circulatorio de los hombres. Después de un examen clínico y de gabinete concienzudo y profundo, que no ponía de manifiesto ni modificaciones anatómicas, ni alteraciones fisiológicas mensurables, que con frecuencia carecía de etiología objetivable, el paciente nos era regresado acompañado de un dictamen "el señor —o la señora—, no tenía nada"; pero pese a dictamen tan escueto y autoritario (con la autoridad que da la opinión "DE UN ESPECIALISTA"), nues-

tro hombre que “no tenía nada”, continuaba enfermo; ante la suposición de que algún trastorno del aparato digestivo fuera el causante de tal estado de cosas, lo enviábamos al gastroenterólogo, el que a su vez afirmaba: “El señor no tiene nada en su aparato digestivo”, afirmación acompañada de amplio documental radiográfico, de química sanguínea, de quimismo gástrico, que ponía de manifiesto otra vez “que todo era normal”. En este momento ya empezábamos a sentir un franco rechazo por este paciente, “que no teniendo nada”, nos iba a quitar el tiempo con sus quejas y sus lamentaciones, ahora sabemos que “era su angustia”, que angustia *Vital* la llama López Ibor. ¿Qué hacer, entonces, ante las premiosidades de nuestro paciente que no se conformaba frente a las afirmaciones de varios especialistas en el sentido de “no tener nada”? ¿Qué actitud tomar frente a tales gentes que se colocaban en la realidad paradójica de estar enfermos “sin enfermedad”? Sobre la base del principio Pascaliano, del acierto por la multiplicación de las posibilidades, nos pronunciábamos por “un estudio completo” (Check Up), uno de los más funestos errores, ya que la misión del médico frente al paciente consiste en elegir el método más adecuado y que con mayor precisión pueda dar la clave del diagnóstico, no en usarlos todos para ver con cuál se atina. Hay que llegar al diagnóstico con el mínimo de recorrido, y pensar que la medicina debe tender a ser una función intelectual del hombre para el hombre. Apareció —en esta etapa—, el internista, que siempre con el auxilio de muchos análisis, era capaz de entender al hombre como una suma de aparatos, y adquirió, de golpe, el significado de una figura preeminente y el más importante tipo de médico. Todo este estado de cosas tuvo un altísimo mérito; se buscaron, encontraron y perfeccionaron multitud de técnicas, y se alcanzó una profundidad en el conocimiento de las enfermedades y de su fisiología, nunca antes vislumbrada. En multitud de casos, este estado de cosas se veía (y se ve) pobremente recompensado; el enfermo salía con una indicación quirúrgica, con un régimen dietético, o con una sugestión de reposo. Cuando el padecimiento coincidía con un cuadro nosológico preciso, el enfermo resultaba francamente beneficiado, pero los otros “los que no tenían nada”, peregrinaban de consultorio en consultorio, hasta que un charlatán o un buen médico de pueblo los curaba. Se principió a desconfiar un tanto del triunfo avasallador de la medicina; surgieron sátiras formidables como la barroca frase de Latamendi: “a la medicina actual, le sobra rana y le falta hombre”. Y libros como *Les Jours del Home*, que con más saña que espíritu constructivo pusieron al descubierto la crisis de este estado de cosas. Haciendo caso omiso, marginando la situación real de médico y enfermo, la medicina continuó impertérrita su marcha en busca de soluciones obtenidas en los laboratorios y hoy asistimos a la plenitud de la belleza y bondad que ha traído a la humanidad la práctica, la “Artesanía” el “Modus Operandi” de los médicos que con el acervo de que han sido dotados —merced al impacto que sobre el pensamiento médico contemporáneo han hecho la química, la física, la bacteriología, la higiene sanitaria, etc.—,

están desempeñando su menester. Han sido vencidas prácticamente, todas las infecciones, se ha terminado (o casi) con el paludismo, la difteria, la blenorragia, la sífilis, etc., se tiene acorralada en estrecho reducto a la tuberculosis; la cirugía, harta de pasearse por la garganta, el vientre y los huesos, señorea el pulmón, el cerebro, el corazón y las arterias; la vida se prolonga cada día más; se trasplantan córneas, riñones, vasos sanguíneos, se cambia toda la sangre novicia. El éxito, es pues, grandioso. Antes de proseguir adelante —es preciso—, nosotros sentimos la necesidad justiciera de analizarlo. Ya Hallidey desde 1948 publica su libro en el que, merced a confrontaciones estadísticas, encuentra que los éxitos de la medicina no han alcanzado a mejorar globalmente la situación del SER HUMANO ENFERMO y que, como en el tonel de las Danaides, lo que se introduce por un sitio se escapa por otro, que mientras se prolonga la vida aumenta el cáncer; que mientras se termina con los microbios aumentan los virus; que los infartos del miocardio, los accidentes coronarios, y las neurosis, aumentan a ojos vistas; de modo que el número de gentes enfermas, de personas que sufren, es siempre el mismo y aun crece. Esto sin contar con el no despreciable número de enfermos, que lo están de “su médico”, verdaderos ejemplos de exteriorización, de la innegable “iatrogénesis”, a la que el médico a contribuido (valga el pleonismo), por encontrarse en una sociedad enferma dentro de la cual no ha podido o no ha querido ver la totalidad del fenómeno que venimos señalando. Lo que ha dado en llamarse Medicina Científica —que hemos venido analizando—, logró, al llevar a la mente del galeno, la idea de encontrarse frente a un triunfo grandioso —concomitantemente—, colocarlo en una angustiante encrucijada, al exhibirle —con claridad palmaria—, que en el estudio más completo de su paciente, la adición (casi nunca concurrencia) de muchos especialistas no encontraba enfermedad alguna; que había cuadros que se presentaban sin fisiopatología, sin etiología y sin anatomía patológica objetivables. Fuertemente decidido el intelecto médico a no variar un ápice en su concepción de las enfermedades, se refugió en los trastornos SINE MATERIA y en los PROCESOS FUNCIONALES. Fue necesario —y este es el acaecer más característico—, que la integración del pensamiento médico contemporáneo se cumpliera, no en el mundo de las ideas “nuestras”, sino cuando estas ideas pudieron ser contempladas “DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ENFERMO”; y apareció el neurótico, fue el ENFERMO QUE NADIE QUERÍA, que se paseaba de consultorio en consultorio, y al que después de exámenes, radiografías, etc., se le decía “no tiene nada”, y le decíamos la verdad, nuestra verdad, NO TENÍA ENFERMEDAD ALGUNA y, sin embargo, estaba ENFERMO. En esta etapa se hizo necesario pasar de la realidad conceptual de LA ENFERMEDAD a la realidad vital DEL ENFERMO. Ante este hecho se concibió la profundidad y latitud del problema, y la madurez del pensamiento médico, no pudo continuar soslayando o evadiendo por más tiempo tal situación. Estando fuera de toda posibilidad —aun física—, hacer caber en unas cuantas páginas el análisis de todo el proceso de la maduración de las ideas,

sólo anotaremos algunas etapas de las que nos han parecido más significativas, y aun a riesgo de robar claridad a nuestra exposición haremos —en beneficio de nuestro auditorio—, una síntesis lo más aproximada a la realidad intelectual, que ha hecho posible el punto de arribo del pensamiento médico al ENFOQUE ANTROPOLÓGICO de nuestra profesión. Entre las prístinas adquisiciones conceptuales, no se puede menos que señalar el descubrimiento de UNA NUEVA NOXA: la emoción que jerárquicamente, puede ser equiparada a la infección, o al traumatismo, en la génesis de las enfermedades. Cuando una madre nos decía: “me dieron un susto y se me fue la leche”, “tuve un disgusto y se me interrumpió la menstruación”, respondíamos con suficiencia acompañada de escéptica sonrisa: “eso no tiene que ver nada”. Poco a poco se fue entendiendo que la emoción, como situación psicoorgánica con definidas expresiones psicológicas, resultaba singularmente apta para hablar el lenguaje de las vísceras; y que en forma similar a otras noxas puede producir hipertemia, vómito o diarrea. Nadie ignora la palidez de la impresión, el rubor del pudor, el temblor del miedo, el vómito del asco, la tensión muscular de la atención. No queremos hacer el correlato fisiológico de las grandes emociones como el terror de los bombardeos, el pánico de las huídas en masa, el pavor de los incendios o de los naufragios, y sólo queremos exponer la emoción COMO PAUTA ESPECÍFICA DEL HOMBRE, COMO ACERVO especial y peculiarísimo, como atributo de posibilidades ESPECÍFICAS E INDIVIDUALES, indiscutiblemente aptas para ser expresadas con el lenguaje de sus órganos. Esta mutación de las ideas puso en movimiento una serie de fuerzas intelectuales, y fue tanta la importancia de tal movimiento, que la real trascendencia de esta nueva corriente pudo valorarse más que por su significación intrínseca, por el desenfoque y desteñimiento que provocó en el mundo ideológico preestablecido. Porque la trascendencia de tal descubrimiento (porque se trata de un real descubrimiento y no de una teoría), fue enorme, puesto que estableció que el funcionamiento de un órgano o sistema, se realiza de acuerdo con la situación emocional y peculiar del sujeto. En este momento del pensamiento médico, el ser humano se evade de golpe, de la situación esquemática en que lo había situado la medicina *científica-natural*, y se ubica frente al médico como un ser singular, como cada vez una experiencia inédita, singular e irrepetible de su vida, y que en consecuencia, el médico “TIENE” que reconocer. No puedo menos, de, mediante una síntesis fulgurante, y pasando como “por sobre ascuas”, acotar que en esta etapa del pensamiento médico, la obra del, “círculo de Viena” (Freud a la cabeza), constituye la primera etapa de la conquista de la condición personal del enfermo por parte del médico. La visión del enfermo como un ser íntimo, libre y racional —como “persona”— pertenece formal y necesariamente a la concepción psicoanalítica de la patografía; sin aquélla, Freud no habría podido entender ni describir “freudianamente” ni uno solo de los procesos neuróticos que trató. Continuada de esta incipiente manera de concebir la medicina, la escuela de Heidelberg (Siebeck, Weizsacker, etc.), hace un replanteo del pensa-

miento médico y crea las bases de toda una ANTROPOLOGÍA MÉDICA, y valora hechos y realidades a los que no se había otorgado la merecida jerarquización valorativa en la génesis de las enfermedades. Ya en 1860, Claudio Bernard, con la penetración del genio, afirmaba: "El médico se ve obligado a no olvidar en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, una multitud de consideraciones de familia o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia." Pero si el patólogo desconocía la condición personal del hombre enfermo, el clínico se veía obligado a considerarla, en muchos de sus pacientes, y aunque se esforzasen en tanto, patólogos, por entender la enfermedad como un puro flujo de materia y energía, la realidad —del enfermo— que veían y trataban les hacía ser infieles a los postulados "científicos" de su propia patología. ¿Quién no recuerda, por ejemplo, la feliz intervención diagnóstica y terapéutica de Erasístrato en el casto triángulo amoroso formado por Seleuco, Antíoco y la linda Estratónica? Laëncé, ya en pleno siglo XIX, ¿no pensaba que la tisis pulmonar es más frecuente en las grandes ciudades, porque las contrariedades son en ellas más copiosas y profundas? Y von Leyden, figura señera de la clínica alemana en el primer lustro de nuestro siglo, ¿no enseñaba a sus discípulos que el primer acto del tratamiento médico es el acto de dar la mano a su paciente? ¿No decía Osler —el gran Osler—, que la suerte de un tuberculoso depende, más, a veces, de lo que ese tuberculoso tiene en la cabeza que de lo que tiene en el pulmón? Es necesario insistir que estas nuevas orientaciones que han traído entre otros Siebeck y Weizsacker, no intentan, en modo alguno sustituir, anulando, las anteriores, por el contrario sólo las completan y ensanchan dándoles una utilización integrativa. Nunca se repetirá bastante que la medicina psicosomática estudia y profundiza lo mismo que estudia y profundiza la mejor medicina científica, pero, además, estudia y adentra en toda la vertiente psíquica del fenómeno patológico, como (el exacto símil es de Rof Carballo) en la visión estereoscópica, lejos de ahorrarse una fotografía, se hace necesario obtener dos del mismo objeto con ligera diferencia de enfoque y ambas perfectas para que, coordinadas, produzcan la imagen completa. Afirmar que una emoción puede provocar y sostener una diarrea en un niño no implica ni sostener que todas las diarreas son emocionales, ni negar que esa diarrea puede ser infecciosa, tóxica, carencial o alimentaria. Pero sí impone que la emoción como causa y como coadyuvante debe ser cada vez seriamente investigada. Tal búsqueda no es ni fácil ni simplista (no pocos médicos creen que decir a una madre "no mime a su niño", es hacer medicina psicosomática).

Esta "nueva medicina", hija de las necesidades de la época y no fruto de un tecnicismo convencional, está exigiendo nuevos médicos. El temor a su tiempo es lo que más frustraciones ha ocasionado en el campo de la inteligencia. El médico actual debe acometer el esquema de la medicina que ya puede ser y sobre todo que ya debe ser. Pero para arribar a esta realización, es INDISPENSABLE poseer una gran dosis de eso, que ya don Ignacio Chávez señaló que "no

es un lujo ni un refinamiento de estudiosos que tienen tiempo para gastarlo en frivolidades disfrazadas de satisfacciones espirituales". De eso, que quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y en sus miserias; valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior, afán que nos lleva, como en la frase del filósofo, a "igualar con la vida el pensamiento, de eso que no es otra cosa que HUMANISMO y calidad humana de 21 kilates. No es médico el que domina la fisiología, la patología, la terapéutica y la investigación química y bacteriológica, sino el que, con estas herramientas, aporta a la cabecera del enfermo caudales de comprensión, de experiencia, de cautela, de paciencia, de abnegación". Y —otra vez Osler— "el médico no tiene que ser muy científico, en tanto posea el verdadero aprecio de la relación de su arte con la ciencia". El saber médico requiere mucha ciencia, pero requiere aún más sabiduría; necesita más hipocratismo que galenismo. Mientras que el galenismo puede ser aprendido, el hipocratismo ha de ser adquirido, y para adquirirlo es indispensable cultivarse; el médico que no se cultiva será inculto, se deshumanizará y aunque sea un técnico de envergadura, no deberá merecernos más admiración que la que nos despierta "los levantadores de pesas", podrá tener fama y renombre, pero siempre —observación frecuente— el médico "le quedará grande" al hombre. La tan repetida frase de Latamendi: "Quien sólo medicina sabe ni medicina sabe", encierra tal vez la más profunda paradoja práctica que no debiera desconocer ningún médico. Es famosa la respuesta de Sydenham a Richard Blackmore cuando éste le preguntara, qué libros debería leer para perfeccionar su arte. "Lee el Quijote", lo que quiere decir "cultiva tu inteligencia en el trato de los libros esenciales. Esta "lectura del Quijote" debe significar para el médico, no una mera diversión o un culto pasatiempo; ha de ser una actividad plena, consciente y constante. Dentro de estas ideas de culturación casi no hay que referirse a los idiomas; todo médico culto —o que se precie de tal— necesita leer trabajos técnicos por lo menos en francés y en inglés. Será mucho mejor si además habla otro idioma. Viene luego la cultura artística, para cuya adquisición es difícil dictar normas concretas que deberán surgir de la íntima tendencia de cada cual: teatro, cuento, escultura, pintura, biografía, ensayo, poesía, novela o historia; a propósito de historia, nos parece loable y laudatoria la afirmación de Lain Entralgo en el sentido de que "me atrevo yo a sostener que no es completa la formación intelectual del médico, mientras éste no sea capaz de dar razón histórica de sus saberes. Sin formación histórica suficiente, el médico puede llegar a ser buen técnico, en el sentido actual de la expresión mas no verdadero "patólogo", si queremos dar a esta palabra su más hondo y plenario sentido". Todavía hay médicos que reflexiva o irreflexivamente juzgan fábula o puerilidad todo lo acaecido antes del siglo XIX. Para ellos, saber historia de la medicina sería opción al lucimiento retórico o diversión inocente y noble, pero en modo alguno empresa digna de estimación científica. Para humanizarse, el médico necesita

leer, no muchos libros, sino conocer buenos libros. ¿Cuáles son buenos libros? Sin duda: los clásicos; aquellos que según la inscripción de la National Gallery de Londres "han resistido la prueba de las edades y tienen un título al respeto y la veneración que los modernos no pueden pretender. Dentro de los clásicos, habrá que volver la vista hacia los clásicos castellanos; quien ha leído a Cervantes, Quevedo o Fray Luis, no puede escribir mal. A riesgo de ser pesado repito que el médico debe considerarse como dijera don Gonzalo Castañeda un INTELECTUAL DE FUERZA y que para serlo, debe trabajar intelectualmente. Quien sólo ve enfemos y más enfermos y hojea las novedades en las revistas, quien sólo lee de vez en cuando Paquitos y Selecciones, pierde en poco tiempo su condición intelectual aunque pueda alcanzar gran clientela y tener difundido nombre entre la gente. El que no lo hace "por falta de tiempo", es que tiene su vida profesional mal organizada. "De todos los de la profesión hay que compadecer más al médico de las cuarenta visitas diarias... a muchos buenos médicos los ha echado a perder el éxito de la clientela y necesitan que recemos por ellos la plegaria de la letanía contra los males de la prosperidad" (Osler, en *Aequanimitas*).