

MÉDICOS DETECTIVES
HISTORIAS REALES

Clifton K. Meador, M.D.

Traducción: Ximena Páez R.

MÉDICOS DETECTIVES
HISTORIAS REALES

Traducción:

Ximena Páez R., con autorización del autor y editor de la versión original en inglés:

Clifton K. Meador. "True Medical Detective Stories" CreateSpace, North Charleston, SC, 2012.

ISBN 1475037287.

Copyright © Clifton K. Meador, M.D.

Todos los derechos reservados

ISBN

Otros libros de Clifton K. Meador, M.D.

- *A Little Book of Doctors' Rules*, Hanley & Belfus, 1992.
- With R.H. Lanius, *A Little Book of Nurses' Rules*, Hanley & Belfus, 1993.
- With W. Wadlington, *Pearls from a Pediatric Practice*, Hanley & Belfus, 1998.
- *A Little Book of Doctors' Rules II. A Compilation*, Hanley & Belfus, 1999.
- With C.M. Slovis and K.D Wrenn, *A Little Book of Emergency Medicine Rules*, Hanley & Belfus, 2000.
- With W. Wadlington and M. Howington, *How to Raise Healthy and Happy Children*, iUniverse, 2001.
- *Med School*, Hillsboro Press, Providence Publishing Corporation, 2003.
- *Symptoms of Unknown Origin. A Medical Odyssey*, Vanderbilt University Press, 2005.
- *Twentieth Century Men in Medicine: Personal Reflections*, iUniverse, 2007.
- *Puzzling Symptoms: How to Solve the Puzzle of Your Symptoms*, Cable Publishing, 2008.
- *Med School*, Revised Edition, Cable Publishing, 2009.

Versiones en español, traducción: X. Páez R.

- *A Little Book of Doctors' Rules, A Little Book of Doctors' Rules II. A Compilation, y A Little Book of Emergency Medicine Rules:*
Colección de Reglas de la Buena Práctica Médica (tres volúmenes):
Sobre medicina, médicos y pacientes Vol I CDCHT-ULA, Editorial Venezolana, Mérida 2001.
Sobre medicina, médicos y pacientes Vol II CDCHT-ULA, Editorial Venezolana, Mérida 2001.
Sobre medicina, médicos y pacientes Vol III CDCHT-ULA, Editorial Venezolana, Mérida 2001.
- *Med School*, Hillsboro Press, Providence Publishing Corporation, 2003:
La Escuela de Medicina. Sobre medicina, profesores y estudiantes. Historias sobre los estudios de medicina en los años cincuenta. Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Editorial Venezolana, Mérida, 2005.
- *Puzzling Symptoms: How to Solve the Puzzle of Your Symptoms*, Cable Publishing, 2008:
Síntomas Rompecabezas. Cómo resolver el rompecabezas de sus síntomas. Portal digital de la Universidad de los Andes, Saber ULA. 2011.

MÉDICOS DETECTIVES
HISTORIAS REALES

Clifton K. Meador, M.D.

Nota preliminar de la edición en español

El Dr. Clifton K. Meador en más de medio siglo de práctica ha sido simplemente un médico verdadero: servidor de sus pacientes, pionero investigador, docente preocupado, administrador de instituciones educativas y asistenciales, autor de tópicos sobre la profesión, promotor de programas de cooperación entre instituciones educativas médicas en beneficio de la formación de profesionales, y de programas de salud comunitarios en especial para grupos de población pobre y desasistida.

Este último libro del Dr. Meador, como los precedentes, está escrito en lenguaje sencillo, lleno de encanto y humor que mantiene el interés del lector hasta la última página sin perder la rigurosidad de la comunicación científica escrita tanto para los lectores afines con la medicina como para los legos. Resalta el rasgo particular y determinante del buen médico de ser un cuidadoso observador que lo hace actuar como un detective.

En su planificado retiro como profesor emérito de la Universidad de Vanderbilt, el Dr. Meador continuará escribiendo para enseñar a través del relato de sus experiencias en la difícil y muchas veces misteriosa práctica médica. En esto Meador muestra con mucha modestia que sus pacientes son realmente su primera preocupación y que su deber es descubrir el origen de sus problemas para poder solucionarlos racionalmente sin detenerse en el tiempo que eso le tome, tal como muestra en las historias aquí narradas.

Con la lectura y discusión de los libros de Meador en nuestro idioma, he pretendido enseñar de manera amena, a estudiantes de medicina, jóvenes profesionales y también a pacientes, los principios esenciales de una buena práctica médica, cuya ignorancia en estos tiempos de medicina deshumanizada y mercantilista, tiene nefastas consecuencias. De ahí, el deber primordial de escuelas de medicina e instituciones asistenciales evitar o cuando menos reducir ese desconocimiento por el bien de la comunidad.

Ximena Páez R.
Profesora Titular
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Junio 2013.

Contenido

Capítulo 1:	Los senos del Dr. Jim	19
Capítulo 2:	Un joven médico y la esposa del minero	23
Capítulo 3:	Un paradójico intento de suicidio	25
Capítulo 4:	Una curiosa epidemia	29
Capítulo 5:	Una coincidencia extraña	33
Capítulo 6:	Una parálisis en el embarazo	35
Capítulo 7:	Misteriosa epidemia en una escuela	37
Capítulo 8:	Dos casos de neumonía: dos causas diferentes	41
Capítulo 9:	Bajo los puentes del río Cumberland	45
Capítulo 10:	Algunas cosas entran debajo de la piel	47
Capítulo 11:	El misterio no es <i>qué</i> sino <i>por qué</i>	49
Capítulo 12:	Algunas enfermedades son como los asesinos en serie	53
Capítulo 13:	Algunas personas lo enferman a uno	57
Capítulo 14:	El caso de la Sra. de Oliver Townwell	59
Capítulo 15:	Cerdos y biberones	61
Capítulo 16:	La enfermera resuelve el misterio	63
Capítulo 17:	Un brote de ojos enfermos	65
Capítulo 18:	Casi muerto por hechicería	67
Epílogo		71
Notas sobre los capítulos		73

La cosa más hermosa que podemos experimentar es el misterio.
Es el origen de todo arte y ciencia verdaderos.

Albert Einstein

Dedicatoria

*A Berton Roueché,
creador de Medical Detective Stories*

Berton Roueché, el autor de *Eleven Blue Men* y *The Medical Detectives*, era un héroe de mi niñez. Mi padre me regaló un ejemplar de *Eleven Blue Men* cuando yo era adolescente. Leí las historias una y otra vez, diciéndole a mi padre que yo quería ser esa clase de médico cuando creciera.

Roueché es mejor conocido por sus historias de médicos detectives, que fueron con frecuencia publicadas en el *New Yorker* en 1944. En el modelo de Sherlock Holmes, creó el género de la historia moderna del médico detective. Se hizo colaborador regular del *New Yorker* con sus “*Annals of Medicine*,” publicando unas dos historias al año. Le gustaban en particular, los misterios médicos que son resueltos por métodos epidemiológicos.

Roueché leyó mi primer reporte sobre el caso del Dr. Jim, el cual fue publicado en el *New England Journal of Medicine*¹, y me llamó por teléfono. Me preguntó si me podía visitar en Nashville para discutir el caso con más detalle. Pasó el día tomando notas y reuniendo los detalles del caso. Murió antes de que el caso fuera publicado; sin embargo, más tarde salió en un libro titulado *The Man Who Grew Two Breasts*.² Me sentí especialmente honrado de que haya escrito sobre uno de mis pacientes y que haya bautizado al libro por Dr. Jim (el capítulo 1 del presente libro es mi versión del caso).

Todavía me siento confundido por la ironía y coincidencia de conocer a uno de los héroes de mi infancia y que él haya escrito un caso clínico mío. Fue uno de los momentos prominentes de mi carrera médica llegar a conocer, aunque brevemente, al Dr. Roueché. Él murió a los pocos meses después de habernos reunido.

Las influencias de Roueché en mi práctica médica y en la escritura de este libro son grandes. Las historias y casos de médicos detectives en este libro siguen el modelo de los métodos de Roueché para reportarlos. El mimetismo dicen, es la forma más sublime de halago.

Me da gran placer dedicar este libro a la memoria de Berton Roueché, el maestro de las historias de médicos detectives.

¹ C.V. DiRaimondo, A. Roach y C.K. Meador. Gynecomastia, from exposure of vaginal estrogen cream. Letter to *New England Journal of Medicine* 1980; 302:1089-90.

² B. Roueché. *The Man Who Grew Two Breasts* (New York; Truman Talley Books/Dutton, 1995).

Agradecimientos en la primera edición en inglés

Quiero agradecer a muchos colegas que compartieron o discutieron las historias clínicas de sus pacientes conmigo. Entre esos médicos generosos están: Allen Kaiser, William Schaffner, William Hueston, Nortin Hadler, Anderson Spickard, Jr., William Stone, Marc Feldman y Joseph Merrill. Especialmente quiero dar gracias a Alan Graber, que aportó sugerencias para reforzar el relato de estas historias.

Varios amigos me ofrecieron su ayuda constructiva, Denette y Tom Blankenship, Virginia Fuqua-Meadows, JoniLea Stewart y Bret Poe. A mi hija Ann Meador Shayne, una experimentada autora y editora le agradezco por su guía en el proceso de hacer un libro. Apreció los esfuerzos del equipo de diseño de CreateSpace. El libro llegó a su forma final gracias al minucioso trabajo de edición de Mary Neal Meador, esposa de mi hijo Clifton.

Muchas de las historias fueron relatadas en algunos de mis otros libros publicados previamente. Al final del libro, en las notas para cada capítulo se indican las referencias primarias para esos casos y los otros reportados aquí.

Aunque las características clínicas son todas ciertas, he cambiado los nombres y peculiaridades que identifican a los pacientes y a algunos de los médicos a fin de proteger su anonimato. Obviamente, me he tomado la libertad de colorear los diálogos. Las notas de los capítulos reconocen a esos médicos que compartieron sus historias conmigo.

También deseo agradecer a mi esposa, Ann por su apoyo y habilidad en edición.

Capítulo 1

Los senos del Dr. Jim

Yo había conocido al Dr. Jim durante largo tiempo. Él ejercía en un pequeño pueblo no muy lejos de la ciudad y me había enviado muchos pacientes en esos años. Cuando lo vi en 1977, tenía setenta y seis años y consultaba por el crecimiento de un seno. El aumento había comenzado en el seno derecho y como era de un solo lado, pensaron que podía tener cáncer de la mama. Por esto, el seno había sido extirpado quirúrgicamente antes de que el Dr. Jim me pidiera verlo. El cáncer de seno en el hombre no es una lesión común, pero ocurre y puede ser realmente maligno.

El examen del tejido mamario no mostró cáncer, pero sí cambios típicos de ginecomastia. Ginecomastia es el término para describir el crecimiento benigno del seno en el hombre. Estos cambios son indicativos de estimulación estrogénica. El seno masculino normalmente dormido puede ser convertido en un “seno femenino” completamente funcional, si la adecuada mezcla de hormonas femeninas está presente en la sangre. El hallazgo inicial de aumento del seno de un lado fue un rompecabezas. El Dr. Jim pidió verme cuando el seno izquierdo comenzó a crecer.

No estaba yo muy sorprendido por el crecimiento inicial del seno de un lado, porque había visto eso antes. Hay a veces un intervalo en la respuesta de los senos, y uno crecerá antes que el otro, aunque la hormona femenina este disponible para ambos senos. Lo que me preocupaba era la aparición de ginecomastia a su edad. Eso generalmente significaba la presencia de un tumor maligno del testículo o de la glándula adrenal.

En la pubertad, el hombre normal secreta hormonas femeninas y masculinas. El crecimiento de senos en muchachos adolescentes es casi universal, si usted examina cuidadosamente. Esta influencia temprana de la hormona femenina es reemplazada pronto por la hormona masculina dominante, la cual es secretada en cantidades crecientes. El efecto de la hormona femenina es inhibido, y el crecimiento del seno se suprime. En cualquier momento, más tarde en la vida, este mismo balance puede alterarse. Si está presente suficiente hormona femenina, el crecimiento del seno ocurrirá en el hombre a cualquier edad.

En el hombre adulto, hay solo dos fuentes de hormonas femeninas, los testículos y las glándulas adrenales. Normalmente, ambos secretan pequeñas cantidades de estrógenos. Ambos, sin embargo, pueden desarrollar tumores que son capaces de secretar grandes cantidades de estrógenos. Esta fue mi primera preocupación porque esos tumores son altamente malignos, crecen y se diseminan rápidamente. Hay una ventana estrecha de tiempo cuando la eliminación quirúrgica es todavía curativa. En los últimos años, por supuesto, la quimioterapia efectiva basada en hormonas esta disponible para algunos de esos tumores.

Hay otra causa rara de secreción de estrógeno en el hombre adulto: tumores malignos de diversos órganos pueden curiosamente comenzar a fabricar hormonas como las de la glándula pituitaria que estimulan la adrenal o los testículos para secretar estrógenos.

El cáncer de pulmón es uno de esos tumores que pueden producir esta bizarra aberración bioquímica.

Con estas serias y ominosas posibilidades en mente, ordené todos los exámenes que identificarían la presencia de estrógenos u otras hormonas que pueden estimular la producción de estrógenos. Todos esos exámenes mostraron niveles normales o bajos de estrógenos típicos para un hombre de su edad. ¡Qué sorpresa! Conociendo que pueden ocurrir resultados falsos, repetí los exámenes. De nuevo los resultados estuvieron dentro de límites normales para un hombre.

Mi examen físico inicial había sido normal, excepto por la ginecomastia fácilmente detectable en el seno remanente. Yo repetí el examen físico, esta vez invertí tiempo y atención extras en palpar sus testículos buscando masas y empujando aquí y allá en su abdomen, tratando de sentir sus adrenales profundamente situadas. Mi examen fue normal otra vez. Si hubiera habido tomografías disponibles en esa época, hubiera ordenado una.

No satisfecho con esos resultados normales, y todavía preocupado de que existiera malignidad escondida en algún lugar, comencé a hacer rayos X y otros procedimientos para encontrar un tumor. Mi razonamiento era que hay numerosos compuestos que pueden tener efecto estrogénico. Las pruebas de laboratorio disponibles solo miden un pequeño número de esos compuestos. El Dr. Jim podía estar secretando un estrógeno “híbrido” y así parecer que tiene niveles normales, porque los exámenes que ordené no estaban “viendo” esa nueva hormona. Era un pensamiento un poco refinado, pero no quería dejar pasar un cáncer que todavía podía ser quirúrgicamente tratable.

Todos exámenes de imágenes y procedimientos fueron negativos, no mostraron ningún tumor. Estaba en una calle ciega. Pedí a un colega que vea al paciente conjuntamente conmigo. No aportó ninguna idea nueva pero sugirió repetir los exámenes una vez más, lo cual hice, solo para encontrar los mismos resultados normales.

Después recordé un paciente que había visto años atrás. Era un niño de unos seis años, que desarrolló ginecomastia a los cinco. La ginecomastia a esa edad es tan ominosa como podía ser a la edad del Dr. Jim. La lista de posibilidades esta llena de cánceres. Después de una exhaustiva pero negativa búsqueda de tumores, comencé a buscar otras causas. Pedí a la madre que trajera todas las medicinas que tenía en la casa, pensando que el niño podía haber tomado sus pastillas anticonceptivas o algún compuesto de tipo estrogénico. La única medicina era una vitamina que el niño tomaba regularmente.

Unos meses más tarde, hubo un reporte en una revista médica que cierta marca de vitaminas había estado contaminada con estrógenos. Aparentemente, en el proceso de estampar las pastillas, la misma prensa para hacer las pastillas de estrógenos fue usada para marcar las pastillas de vitaminas. Había suficiente estrógeno en la prensa para contaminar las vitaminas. Inmediatamente pensé en el muchachito que me había tenido tan confundido y suficientemente seguro llamé a la madre. Las vitaminas eran de la misma marca. El suspender las vitaminas llevó a la regresión de los senos del niño a su tamaño normal en pocos meses. Estaba sorprendido cómo una dosis de estrógeno tan diminuta pudo producir tan profundo efecto físico.

Al recordar al niño, llamé al Dr. Jim. Cuando lo vi por primera vez, había recabado una historia cuidadosa sobre drogas y no tenía ninguna pista que estuviera tomando algo que pudiera contener estrógenos. Tuve inclusive el coraje de preguntarle si fumaba marihuana, una causa frecuente de ginecomastia en la subcultura de la droga. Luego de que se rió con mi pregunta, me preguntó si pensaba que él era uno de “esos adictos de pelo largo” Por teléfono le pregunté si la esposa tomaba estrógenos, pensando como de algún

modo podían haber contaminado algo que él estaba usando. Estaba pescando cualquier clave. El me respondió que ella no estaba tomando nada.

No vi al paciente por un poco más de un mes. Acordamos en dejar pasar el tiempo y ver qué pasaba. Yo no estaba satisfecho con mi incapacidad para hacer un diagnóstico para tan obvia y ominosa anormalidad. Un día el Dr. Jim se apareció sin cita con su esposa. Estaba muy sonriente y hablando impulsivamente: “Esto es demasiado bueno para decírselo por teléfono. Gladys ha hecho el diagnóstico que usted y yo hemos perdido. Dile, Gladys.”

Ella con gran detalle contó sobre su vida sexual, como ellos habían continuado disfrutando frecuentemente del sexo, algunas veces varias veces por semana. Y luego vino la respuesta al rompecabezas. Por años ella había usado una crema vaginal para una vaginitis atrófica, una condición que puede ocurrir en la mujer anciana debido a la ausencia de estrógenos. Sin saber lo que había en la crema, ella comenzó a indagar después de que le pedí al Dr. Jim que lleve un diario. Por descontado, había estrógeno en una crema comúnmente prescrita para muchas mujeres postmenopáusicas por el mismo problema. Ella comenzó a usar directamente como lubricante la crema con estrógenos. Luego ella dijo, guiñando, “¿Usted no cree que tiene algo que ver con los senos de Jim, verdad?” Y después ella se rió en voz alta.

Apenas asentí con mi cabeza con incredulidad. “Ciertamente lo descubrimos,” contesté.

Ella había pegado el diagnóstico justo en el blanco. Yo sabía desde el minuto que contó la historia que estaba en lo correcto. Por varios años el Dr. Jim debió absorber suficiente estrógeno a través de la piel de su pene para producir el crecimiento del seno, pero no lo suficiente para medirlo en los exámenes.

Ellos dejaron de usar la crema con estrógenos y en pocos meses el seno que le quedaba regresó a lo normal. El diagnóstico estaba hecho. Gladys lo pensó. Yo nunca lo habría hecho.

El Dr. Jim fue un ejemplo más de la singularidad de cada paciente. Ilustró vívidamente el principio de que las enfermedades resultan de extrañas interacciones entre una infinita variedad de estímulos del mundo exterior del cuerpo y del mundo de receptores dentro del cuerpo. El truco en la medicina clínica es guiar al paciente a explorar ambos mundos. Nunca en mi imaginación más alocada, habría pensado en preguntar al Dr. Jim si su esposa estaba usando crema vaginal con estrógenos como lubricante.

Es asombroso pensar en el número y variedad de estímulos que existen en el mundo alrededor nuestro. Considere solo por un momento el posible número de diferentes sustancias que encontramos en el aire y el agua. Añada a esa lista las plantas, ropas, jabones, lociones y todos los otros compuestos y químicos, incluyendo cremas vaginales con estrógenos. No hay forma que un médico o alguien pueda pensar en todas las posibilidades de interacciones tóxicas que puedan ocurrir. Sume a esa perplejidad la noción de que cada uno de nosotros es bioquímica y fisiológicamente único. El infierno bioquímico de un hombre es el cielo de otro. Lo que nos enfermará a algunos de nosotros no tendrá influencia en otros.

Es evidentemente claro que solo los individuos pueden comenzar a conocer el mundo alrededor de ellos. Ciertamente otros pueden dirigir al paciente a mirar a esto o examinar eso, pero a la larga la gente debe descubrir que está y que no está afectando a su salud.

De nuevo, reaprendí lo que le que me habían enseñando antes. Tarde o temprano los pacientes le dirán qué está mal, si usted los escucha con cuidado, especialmente si ellos son

inducidos amablemente a mirar al alrededor de ellos y preguntarse. Algunas veces un médico tiene que oír por largos períodos, pero queda como cierto, el que los pacientes mismos son sus mejores detectives.

Capítulo 2

Un joven médico y la esposa del minero

Un joven médico, el Dr. Bill Hueston y su esposa acababan de mudarse a las montañas del este de Kentucky, cerca de la frontera con West Virginia. El pequeño pueblo estaba asentado entre las minas de carbón de la región. Casi todos sus pacientes serían mineros o familia de un minero. Bill practicaría medicina de familia. Su esposa, una veterinaria, esperaba tener una consulta para animales pequeños.

Liz McWherther de cuarenta y siete años, la esposa de un minero fue a ver al doctor. A lo largo de varias semanas, había desarrollado un curioso conjunto de molestias. Cada mañana se despertaba con mucha salivación y dificultad para hablar. También tenía visión borrosa y orinaba más. Luego de un par de horas de estar despierta, estaba completamente bien. Estos síntomas estaban ocurriendo todas las mañanas y desaparecían en la tarde.

Liz tenía una serie de exámenes pedidos por el médico anterior, pero ninguno era anormal. El examen físico del Dr. Hueston fue completamente normal. Ella negó tomar alcohol, o usar drogas ilícitas. Hueston había pensado en algunas respuestas raras a mariguana u otras drogas que eran frecuentes en el área. Liz no había bajado a las minas, ni su esposo traía nada inusual a la casa. El complejo de síntomas sugería esclerosis múltiple o alguna enfermedad neurológica difusa. Sin embargo, la rápida desaparición de los síntomas era un rompecabezas. La característica más perpleja era la mejoría al avanzar el día. Casi todas las enfermedades neurológicas empeoran al progresar el día. En la mayoría de los casos luego del reposo nocturno, los circuitos neurológicos mejoran, y los pacientes se encuentran mejor al amanecer. Pero esto no sucedía con Liz. Ella estaba peor al levantarse y rápidamente mejoraba en pocas horas.

El Dr. Hueston repasó una larga lista de posibles enfermedades neurológicas. Ninguna parecía calzar en los hallazgos o curso de los síntomas. Hueston llegó a la conclusión de que se necesitaba una consulta neurológica. El neurólogo más cercano estaba a más de cincuenta millas, así que comenzó a llenar la solicitud de interconsulta y otros formularios requeridos por el seguro de los mineros.

Hueston estaba charlando con Liz mientras escribía: “Mi esposa y yo somos nuevos en el área. Usted sabe ella es veterinaria, pasa trabajo lidiando con la cantidad de enfermedades de la piel de sus pacientes. Todos los gatos y perros están llenos de garrapatas y moscas. Ella no veía ese problema cuando ejercía en la ciudad.”

Liz se puso en alerta. “Ya, yo tuve eso con mi gata. Pero, lo arreglé.”

“¿Cómo lo arregló?”

“La empolvé cada semana.”

Hueston dejó de escribir y le dijo. “Usted la empolvó. ¿Qué quiere decir con ‘la empolvó’?”

“Precisamente tomo el polvo para rosas que uso en mi jardín. Se lo pongo a mi gata, Y lo froto.”

Hueston preguntó, “¿Polvo para rosas?” ¿Qué es eso?”

“Yo no se todo lo que contiene. Mata los insectos de las rosas y estoy segura mata las garrapatas y moscas de mi gata. Mi gata está libre de ellos.”

Hueston, ahora completamente alerta, preguntó, “¿Dónde duerme la gata?”

Liz sonrió y contestó, “Ella duerme conmigo en mi almohada.”

Hueston dijo, “Quiero que vaya a la casa y lave su gata. No use más el polvo para las rosas, y no deje que la gata entre a su cuarto en la noche. Vamos a ver qué pasa y puede que usted no tenga que ir hasta Lexington a ver al neurólogo.”

Liz regresó una semana más tarde. Sonriendo ampliamente, le dijo al Dr. Hueston que no había tenido más trastornos de salivación, ni visión borrosa, o dificultad para hablar. Su micción era normal. La “enfermedad” había desaparecido. Ella incluso le trajo una bolsa del polvo para rosas.

El Dr. Hueston le sonrió. Leyó el contenido químico en la bolsa y encontró lo que sospechaba: organofosforados.

Le explicó a Liz como los organofosforados son venenos neurológicos. Ellos hacen que algunos segmentos del sistema nervioso disparen continuamente. Las pupilas se contraen al tamaño de un punto. La salivación está aumentada. La vejiga urinaria está hiperactiva. Si la exposición a los organofosforados continúa o la dosis es mayor, puede ocurrir la muerte.

Todos se preguntaban porqué el gato no se enfermó. Nunca lo sabremos. Los problemas de Liz fueron síntomas que ella notó y describió.

Los gatos no hablan.

Capítulo 3

Un paradójico intento de suicidio

El Dr. Jesse Wilkins acababa de recibir la guardia en la sala de emergencia. Había revisado los casos con el residente que terminaba, después prendió CNN en su habitación y se preparaba para lo que esperaba sería una noche tranquila. El grueso de los pacientes de temprano se había ido, nadie estaba en la sala de espera. Un momento raro, pensó Wilkins. No tenía modo de adivinar que tan inusual sería su primer paciente.

Justo cuando estaba en la discusión de Wolf Blitzer sobre las últimas noticias de Iraq, cuando la enfermera jefe lo llamó. “Mejor venga a ver a éste, tiene una sobredosis de algo. Luce como en *shock* para mí.”

El Dr. Wilkins alcanzó el corredor cuando llevaban al paciente al cuarto de examen.

El paciente era un joven que estaba pálido y sudando profusamente. Su presión sanguínea era de 80/40 y su pulso era 140. Balbuceaba, “Por favor. Ayúdeme. Me tomé todas mis pastillas.” Repetía esto frecuentemente entre respiraciones rápidas. “Yo no quiero morir.”

Un vecino que lo trajo a la sala de emergencia dijo que había oído que el paciente pedía ayuda desde el pasillo del apartamento y que luego había caído en el piso. Le señaló un frasco vacío y le dijo al vecino que se había tomado todas las pastillas que quedaban. Le dijo que cometió un error, que no quería morir y que se arrepentía de haberse tomado las pastillas y pidió ser llevado al hospital.

Aparte de la presión baja, pulso y respiración rápidos, el resto del examen físico era normal. El paciente estaba consciente, pero letárgico y hablaba entrecortado. Se le insertó inmediatamente una línea intravenosa y se inició una infusión salina. Se obtuvo muestras de sangre y orina para pruebas toxicológicas en busca de drogas. El paciente no sabía el nombre de la droga que había ingerido.

Fred Mason tenía veinte y seis años, era un estudiante graduado del *college* local, que presentó depresión un mes antes cuando su novia terminó con él. Ella le dijo que no podía tolerar su incapacidad para tomar decisiones. Deprimido vio un aviso para un ensayo clínico para un nuevo antidepresivo. Decidió enrolarse para obtener la nueva droga. Había completado un mes del ensayo clínico y había llenado de nuevo el frasco, un día antes del intento de suicidio. Llamó a su ex-novia, y tuvieron una discusión. Luego de la llamada telefónica, inmediatamente se tomó las veintinueve pastillas con la intención de matarse.

Él explicó que las pastillas que tomó eran una droga experimental para la depresión. La etiqueta en el frasco confirmaba que contenía cápsulas como parte de un ensayo clínico de un antidepresivo, pero no indicaba el nombre de la droga. En la mayoría de ensayos clínicos para nuevas drogas, la mitad de un grupo de pacientes seleccionados al azar obtiene la droga verdadera a ser probada. La otra mitad del grupo recibe una pastilla inerte-un placebo. Esta es generalmente una pastilla de azúcar que luce exactamente igual que la droga real. A los pacientes no les dicen si ellos toman la droga o el placebo; ni los pacientes

pueden saberlo por mirar las pastillas si es una droga real o inerte. El ensayo clínico es para determinar si la droga aprobada es más efectiva que la pastilla de azúcar. El código de quien recibe la droga o de quien recibe el placebo es mantenido en secreto para los médicos del ensayo y para los pacientes hasta que termina el ensayo clínico; de ahí que esta clase de ensayo con drogas se llama ensayo a doble-ciego.

Mason tuvo un episodio de depresión cuando tenía veintidós años y fue tratado con amitriptilina, un antidepresivo. Dejó la medicación porque la somnolencia era intolerable y tenía adormecimiento de su cuerpo. Pensó que la medicación era demasiado fuerte.

La presión sanguínea de Mason se elevó con la infusión salina, pero cayó cuando se redujo el paso de la solución. En cuatro horas recibió varios litros de salina pero seguía letárgico con una presión de 100/60 y una frecuencia del pulso de 106. La investigación de drogas en orina fue negativa, y la química sanguínea estaba dentro de límites normales.

Para este momento, un médico del ensayo clínico llegó a la emergencia. Reveló el código del ensayo de la droga como se le pidió. Dijo que Mason había sido asignado al grupo placebo. Las pastillas que Mason había tomado eran pastillas de azúcar, inertes. El paciente no había recibido ninguna droga activa. Cuando se le dijo al paciente esto, inmediatamente expresó sorpresa y alivio. En pocos minutos, su presión se elevó a 126/80, y la frecuencia del pulso cayó a 80. Se puso completamente alerta y ya no estuvo más somnoliento.

Los profundos cambios fisiológicos y caída en la presión sanguínea fueron todos efectos del pensamiento y creencia de Mason de que estaba tomando un fuerte antidepresivo. La experiencia previa de Mason con los efectos colaterales negativos de un antidepresivo verdadero puede haber reforzado su creencia en el poder de las pastillas que se tomó en su intento de suicidio. No hay un ejemplo más fuerte del poder de la mente afectando al cuerpo que este caso, un casi exitoso suicidio con pastillas de azúcar.

Después de unos pocos días en la unidad psiquiátrica, Mason comenzó con el antidepresivo sertralina, luego lo dieron de alta. Sería seguido con psicoterapia como paciente ambulatorio.

Este fue el primer caso reportado de intento de suicidio con un placebo. Los placebos son agentes químicos inertes. Así como actuaron en Mason, pueden inducir cambios químicos y fisiológicos cuantificables en algunas personas. “Placebo” es vocablo latino para “yo agradaire”. El así llamado efecto placebo puede llevar a resultados deseables, como alivio del dolor, en gente susceptible. Cuando los efectos son negativos o indeseables, es considerado ser un “efecto nocebo” del latín para “yo dañare”. La respuesta del Sr. Mason dañina y casi mortal a una sustancia inerte es un ejemplo del efecto nocebo.

La respuesta positiva a placebos en ensayos clínicos de drogas puede ser tan alta como en cuarenta por ciento de los pacientes que lo reciben. En muchos casos es difícil distinguir los que responden a placebo de los que responden a la droga activa. Ambas respuestas placebo y nocebo están bajo estudios intensos en varios centros de investigación. Los mecanismos para las respuestas inducidas todavía no están claramente comprendidos. Lo que está realmente claro es que ciertas personas reaccionarán con respuestas cuantificables a sustancias químicas inertes. Estas respuestas pueden ser negativas o positivas.

El Sr. Mason, anticipando un efecto fatal de la “droga” en su intento de suicidio, demostró evidentemente un profundo efecto negativo con somnolencia, pulso acelerado, y caída de la presión sanguínea, síntomas todos con poca respuesta a la solución salina intravenosa.

Parece no haber límite para los efectos que una creencia sostenida firmemente puede ocasionar en gente susceptible. Mason creía que estaba tomando una droga que era suficientemente poderosa para matarlo, y su cuerpo comenzó a responder como si estuviera muriendo realmente. Tan pronto como se le dijo que las pastillas eran placebo, su presión sanguínea, la frecuencia del pulso, la respiración y el nivel de conciencia inmediatamente retornaron a la normalidad.

Dada la situación y circunstancias correctas, la mente humana parece infinitamente plástica y maleable; creará casi todo y el cuerpo responderá a lo que dicta la mente.

Capítulo 4

Una curiosa epidemia

El 20 de junio de 1993, el sol salió en una idílica comunidad de retiro de quince mil acres ubicada en la meseta Cumberland en el área rural de Tennessee. El personal de la sala de emergencia del pequeño hospital local estaba a punto del cambio de guardia. Era las seis y media de la mañana. El Dr. Ernest Goodman estaba revisando las carpetas de las historias y firmando sus notas de la noche anterior, cuando la ambulancia llegó a la entrada.

Dos médicos llamaron en voz alta a la enfermera que estaba caminando hacia la ambulancia, “Fiebre alta. La esposa lo encontró inconsciente en el piso del baño. Temperatura 40.1, pulso 150, presión sanguínea no segura.”

Ellos tiraron la camilla de la parte trasera de la ambulancia y empujaron al hombre a través de las puertas de vidrio de la emergencia. El Dr. Goodman los siguió a lo largo del corredor hasta el primer cubículo de atención. La enfermera, su ayudante y Goodman entraron en acción. Cortaron los pijamas del hombre para dejar al descubierto un anciano obeso. Su piel estaba pálida azulada sin signos de *rash*. Estaba respirando rápido, más de cuarenta respiraciones por minuto. No había respuesta al pinchar la piel, o a órdenes verbales. Tad Olsen estaba en coma profundo.

“Traigan el ventilador. El hombre está en insuficiencia respiratoria.” El nivel de oxígeno en sangre estaba bajo pero rápidamente se elevó a lo normal con el ventilador y oxígeno a cien por cien.

Después de colocar un tubo en su vía aérea y el ventilador instalado, el Dr. Goodman sacó varios tubos de sangre antes de comenzar una vía venosa con solución salina. Los tubos se llevaron al pequeño laboratorio para análisis y cultivo.

Con la vía endovenosa funcionando, el Dr. Goodman dando un paso atrás preguntó: “¿Dónde está la familia o la esposa?”

La esposa entró corriendo al cuarto de examen, luego de haber seguido a la ambulancia en su carro. Estaba respirando fuerte y agitada cuando habló. “Ted anoche se fue enfermo a la cama. Le dolía todo. Tenía un dolor de cabeza terrible. Me dijo que se sentía con gripe.”

“¿Cuándo comenzó todo esto?” Preguntó el Dr. Goodman.

“Vino de repente. No tenía hambre en la cena, pero se puso enfermo justo después de que comimos. Tenía dificultad para caminar hasta la cama. Lo revisé un par de veces durante la noche. Lo siguiente fue cuando lo encontré en el piso del baño. No lo pude levantar.”

El Dr. Goodman dijo, “No muchas infecciones llevan tan rápidamente a un hombre adulto saludable cerca de la muerte. La lista es corta. Meningitis, o infecciones en la sangre como con estreptococo, lo que acostumbrábamos llamar envenenamiento de la sangre. La influenza y neumonía, pero estas son un poquito más lentas. Y por aquí, fiebres por garrapata, como la fiebre de las Montañas Rocallosas y una nueva llamada ehrlichiosis.”

Un aparato de rayos X portátil mostró velamiento extenso en ambos campos pulmonares, indicando unos pulmones llenos de líquido. Goodman se volteó hacia la enfermera y le dijo “Traiga la bandeja de punción lumbar.”

Tan pronto como Goodman realizó la punción y chequeó el fluido espinal bajo el microscopio, dijo, “Bien, eso descarta meningitis. El cultivo lo hará de alguna forma.” Goodman se hablaba a sí mismo.

Continuó hablándose, “Bien tenemos pulmones velados en los rayos X, oxígeno bajo. Fluido espinal normal. ¿Qué hay en la cuenta sanguínea?”

“Cuenta blanca es de 2300, muy baja,” contestó ella desde la esquina del mesón del laboratorio.

“¡Ahora añadimos cuenta blanca baja y listo! Tenemos fiebre por garrapatas. No hay *rash* pero no es necesario. Traiga la tetraciclina.”

Una pocas horas más tarde, Olsen no orinaba, estaba evidentemente en insuficiencia renal, por lo que necesitó hemodiálisis en los días que siguieron.

Al día siguiente, el vecino de Olsen, Jeff Smathers, entró en la emergencia y apenas podía caminar al salir del carro de su esposa. Smathers tenía síntomas idénticos a los de Olsen, fiebre alta, insuficiencia respiratoria, renal, y cuenta blanca baja.

Ambos hombres requirieron ventilación artificial y hemodiálisis para mantenimiento, y ambos sobrevivieron sin daño residual.

Estudios serológicos especiales finalmente confirmaron el diagnóstico de ehrlichiosis varios días más tarde.

Entre el 19 y el 25 de junio, además de Tad y de Jeff, otros dos hombres fueron admitidos al hospital con fiebre alta, dolor de cabeza severo, dolor muscular, náusea y dolor abdominal. Los cuatro recordaban la picadura de garrapata, pero ninguno tuvo *rash*. A pesar de la ausencia del esperado *rash*, los médicos locales, ya alertas con la enfermedad por garrapatas, comenzaron con tetraciclina, el tratamiento correcto para la mayoría de esas infecciones. Para el final del verano, se había identificado once casos de ehrlichiosis. No hubo muertes. Ted y Jeff se recuperaron milagrosamente, debido al cuidado experto de sus médicos.

El Centro de Enfermedades Notificables y la División de Enfermedades Infecciosas de la Escuela de Medicina de Vanderbilt fueron llamadas a consulta para estudiar la epidemia de ehrlichiosis. Este equipo de epidemiólogos hizo un completo estudio de la comunidad, comparándola con una comunidad distante en la misma zona. A una muestra al azar de los habitantes de la comunidad distante se le entrevistó y se le tomó muestras de sangre para su análisis.

La comunidad de retiro y golf había sido levantada de un área de preservación de vida salvaje de más de ochenta mil acres de la Meseta Cumberland en Tennessee. Los tres mil residentes durante todo el año tenían acceso a cuatro campos de golf de dieciocho hoyos. Los campos de golf y las casas estaban bordeados por un ambiente de vida salvaje extenso. Los Olsens y los Smathers disfrutaban cocinando a la parrilla afuera en sus patios y mirando los venados y mapaches que entraban en sus zonas verdes. Con frecuencia veían zorros, zarigüeyas e incluso un zorrillo ocasional en los bosques a su alrededor. Ambas parejas creían que se habían mudado de Michigan a un paraíso de golf y vida salvaje tipo Disney; que lo es, hasta que la grave enfermedad golpeó a un total de treinta residentes ese verano.

Los análisis de sangre de los enfermos revelaron la evidencia de la infección con *Ehrlichia chaffeensis*, un tipo de rickettsia transmitida por la garrapata Lone Star

(*Amblyomma americanum*). Las rickettsias son una clase de agentes infecciosos que los transportan las garrapatas y otros vectores. Los venados y mapaches llevan las garrapatas infectadas. El primer caso de ehrlichiosis fue descrito en 1987, solamente seis años antes de este brote. Otras enfermedades por rickettsias son la fiebre de las Montañas Rocallosas y la Enfermedad de Lyme. La incidencia anual usual de ehrlichiosis en áreas endémicas es de tres a cinco casos por cien mil habitantes. Esta epidemia de la meseta de Cumberland, reportada en *New England Journal of Medicine* reveló una frecuencia de ataque alta de 330 por cien mil habitantes cuando casos prospectivos y retrospectivos fueron identificados e incluyeron los once casos activos. La cercanía a los animales del santuario de vida salvaje parecía ser un factor que explicaba la epidemia. La característica más rara no explicada en la epidemia era el predominio de hombres con la infección.

Los epidemiólogos encontraron tres factores que aumentaron la tasa de infección: ser hombres, no usar repelente de insectos, y jugar golf. Las mujeres aunque jugaron tanto golf como sus esposos, de algún modo escaparon de la infección. ¿Qué había en los hombres golfistas que los hicieron diferentes de las mujeres golfistas?

Análisis adicionales mostraron que los golfistas malos entre los hombres fueron los más infectados. No hubo una pareja de golfistas infectada. La razón para esta rara diferencia de género se hizo evidente: los golfistas malos lanzaban más pelotas dentro de los alrededores boscosos. Los hombres, más que las mujeres, se metían en el bosque lleno de árboles y matorrales, para tratar de encontrar y golpear sus pelotas. Las mujeres golfistas ignoraban las pelotas que caían dentro de la espesura y simplemente tiraban una pelota nueva en la vía despejada. La espesura llena de garrapatas con *Ehrlichia*, llevó a la infección solamente en los hombres, la mayoría de los cuales eran malos golfistas.

Ni Tad Olsen ni Jeff Smathers habían llegado a romper un récord de 100. Ambos hombres invariablemente se metían dentro del bosque para buscar sus pelotas. Sus esposas, Babs y Susan, ignoraban las pelotas que caían dentro de la espesura. Era muy fácil tirar una pelota nueva en el camino despejado.

Este caso de diferencia de género fue resuelto por epidemiólogos detectives.

Capítulo 5

Una coincidencia extraña

Algunas veces las coincidencias son tan sorprendentes en su tiempo y ocurrencia que es difícil no asignar intervención divina. Tal fue el caso de una experiencia que tuve en la sala de emergencia a fines de agosto de 1961.

Era una noche inusualmente caliente. Como residente médico de segundo año, yo estaría rotando en la emergencia en los siguientes tres meses. Las salas de emergencia a comienzos de los años 60 se parecen muy poco a las actuales. Nosotros estábamos todavía en la era de poco o ningún seguro de salud y una fuerte creencia del público de que el cuidado médico era el último recurso. Los hospitales eran los sitios donde la gente iba a morir. “Una manzana al día mantiene lejos al doctor” era un dicho popular. El uso escaso de las salas de emergencia era un ejemplo de esas creencias.

Las guardias en las emergencias era episódicas, y yo estaba en el medio de uno de esos frecuentes períodos de calma. Aproveché esta oportunidad para hojear las revistas médicas que estaban apiladas en el cuarto de los residentes. Acababa de leer el último número de *New England Journal of Medicine*, publicado el 10 de agosto, justo hacía una semana, cuando la enfermera me llamó para ver a un paciente.

El paciente, un hombre, que parecía estar al final de sus cuarenta. Obviamente era mecánico, llevaba un overol grasiento. Sus manos y uñas eran oscuras embebidas en aceite negro. El pequeño cuarto de examen estaba lleno de fuerte olor a gasolina y aceite. Tenía hipo frecuente, cada diez segundos y apenas podía decir unas pocas palabras entre hipos. Entre esfuerzos para hablar, tomaba aire y gemía. Había estado con hipo continuo durante cuatro días y sin dormir en las pasadas veinticuatro horas. Había perdido casi tres kilos y se veía cerca del colapso. Se sostenía la caja torácica con ambos brazos en un intento de reducir el dolor de la pared del tórax. El hombre estaba en agonía, pidiendo alivio.

“Libéreme de esto” repetía. “Duérmame.”

Había intentado todo remedio casero conocido sin éxito. Había tragado cucharadas de azúcar. Había sostenido la respiración tanto como pudo. Se había tirado la lengua y describió haber tratado de beber de un vaso por el lado opuesto. Había incluso respirado vapores de gasolina, pensando que eso lo desmayaría. Quería que le de suficientes drogas para dejarlo inconsciente de modo que pudiera dormir.

Después de hacer su historia clínica y un breve examen físico, pude con dificultad examinar los oídos del hombre. El título del artículo que había acabado de leer era “Hipo asociado con cabello en el canal auditivo externo-Tratamiento exitoso por manipulación.”

Con algún detenimiento, miré dentro del oído izquierdo, y ahí estaba –un largo cabello negro incrustado contra el tímpano. No podía creer lo que estaba viendo. Había acabado de leer reportes de dos casos de hipo crónico por cabello en el tímpano. En ambos casos, el hipo se alivió al quitar el pelo. Aquí estaba yo una hora más tarde al frente de lo que había leído. Tomé un hisopo y saqué el pelo del tímpano. El hipo paró abruptamente y

no regresó. Parecía un milagro. El hombre se sentó en la mesa de examen, exhausto. Repetía y repetía, “Gracias. Gracias. Gracias.”

Debe haber pensado que yo era una especie de mago. Me sentía como uno.

El pelo en mi cuello se erizó y mi corazón latía rápido. Tenía piel de gallina en mis brazos. Me recliné en mi silla en completo asombro de lo que acababa de suceder. Por un breve momento, pensé en intervención divina. Luego rechacé esa idea. No podía imaginar un Dios todopoderoso orquestando la entrega de una revista médica a un residente de segundo año justo a tiempo, para que esté listo para ver en la siguiente hora, a un hombre con hipo por un pelo en el tímpano. No creo que eso funcione de ese modo.

¿Qué es exactamente un hipo? Consiste en una contracción espasmódica, intermitente del diafragma y de otros músculos usados para respirar. Ya que ellos están asociados con frecuencia con el comer, ellos pueden servir como mecanismo para remover comida del esófago.

¿Cómo hace un cabello colocado contra el tímpano para producir hipo? Las vías nerviosas son complicadas. Aparentemente la irritación del tímpano puede producir hipo, como en éste y otros tres casos reportados por enviar señales al diafragma. La aparición de tos, que ocurre a veces cuando se limpia el canal auditivo con un hisopo, es producida probablemente por las mismas conexiones neurológicas.

El intervalo tan corto entre mi lectura de la revista médica y el ver al paciente con hipo probó ser de lo más peculiarmente asombroso, ya que en los cuarenta y seis años desde entonces, no he visto otro paciente con hipo debido a la presencia de un cabello en el tímpano. En 1982, hubo un reporte en la literatura de otro caso en un hombre de veintisiete años. Pude encontrar solamente esos tres casos en la literatura médica. Con el hombre que vi en 1961 serían cuatro casos.

Con frecuencia escucho a colegas que me dicen que leen algo sobre una nueva enfermedad en una revista médica y a los pocos días, ven un ejemplo de eso en su práctica. No tengo explicación para tales ocurrencias. Todo lo que se, es que esas cosas pasan. Algunas veces la evidencia es precisamente puesta en manos de los médicos detectives.

Capítulo 6

Una parálisis en el embarazo

Había alguna urgencia en la llamada que recibí de Mobile, Alabama. El Dr. Ford Gitland me refería una paciente a Birmingham, donde yo estaba como profesor de medicina en la Universidad de Alabama en Birmingham.

“Usted no creerá esto. Recibí aquí una paciente que queda paralizada cada vez que está embarazada. Necesitamos que usted se encargue.”

Ford Gitland era un antiguo residente que había estado en la práctica por seis a siete años. Me dijo que la paciente ahora tenía siete meses de su tercer embarazo. En los dos previos, la paciente presentó debilidad extrema y latidos cardíacos acelerados (taquicardia ventricular era el ritmo), Ambos bebés murieron en útero al séptimo y octavo meses. Su nivel de potasio en sangre era extremadamente bajo a 1.1 (el rango normal es de 4.0 a 6.0).

Yo nunca había visto una paciente con un potasio tan bajo. Mi mente comenzó a dar vueltas sobre posibles causas en una mujer embarazada.

Gitland dijo, “Ella está completamente paralizada y en un respirador. ¿Puede usted encargarse?” Le dije que la envíe con una solución endovenosa de potasio.

Alrededor de las cuatro de la tarde, me llamaron de la sala de emergencia. Tonya Childs acababa de llegar en una ambulancia. Tonya era una soltera afroamericana de veinte y tres años. Vivía en el campo en una finca de algodón. Su familia era muy pobre y todos eran recolectores de algodón.

Cuando la vi, ella no podía levantar un brazo, pero estaba comenzando a mover sus pies. No podía hablar por el tubo dentro de su tráquea. Parecía mentalmente alerta y podía obedecer órdenes simples. Su pulso era rápido, con una frecuencia de 130 con un ritmo de taquicardia ventricular en el EKG. Los latidos fetales estaban presentes, pero no había movimientos fetales. Charles Quill, mi colega obstetra se reunió conmigo en la emergencia y estuvo de acuerdo en ingresar a Tonya como su paciente en el servicio obstétrico y conmigo como consultante.

A las pocas horas descubrimos que su potasio también estaba muy bajo en orina. En los siguientes tres días, después de una infusión de grandes cantidades de potasio intravenoso, Tonya recuperó el uso de brazos y piernas, sus latidos cardíacos eran de frecuencia normal. Al quitar el respirador, ella aportó una historia médica normal excepto por la parálisis y debilidad que ocurrieron en cada uno de sus tres embarazos.

La causa de la combinación de bajo potasio en sangre y orina era un misterio. Esto generalmente significa que la paciente estaba vomitando y perdiendo potasio por la boca, o que ella había tenido diarrea y estaba perdiendo potasio por las heces. Tonya negó enfáticamente vómito o diarrea. Negó también haber tomado diuréticos que habrían producido una pérdida previa de potasio por orina. Todos sabíamos que ella había perdido mucho potasio de alguna manera. Necesitábamos hacer más trabajo de detective.

Estaba en la clínica médica cuando me llamaron del hospital para decirme que la “Tiita” de Tonya quería verme. Lula Childs era una robusta mujer que aparentaba estar en

sus setenta. Ella había venido en bus desde Mobile. Cuando llegué al cuarto de Tonya, ella me hizo salir al pasillo para que Tonya no oyera. Me mostró un cartón de leche de un cuarto (casi un litro) lleno con tierra de arcilla clara.

“Yo creo que usted necesita saber que Tonya come cantidades de esta arcilla,” me dijo Lula Chiels. “Tonya no quiere que yo le diga esto a usted. Pero me puse a pensar. Creo para mí, que puede ser que esta arcilla tenga algo que ver con su debilidad.”

Lula Chiels me dijo que comer arcilla era una práctica común en mujeres embarazadas en esa área de Alabama. La mayoría come pequeñas cantidades, pero Tonya comía casi un cuarto cada uno o dos días.

“Hay algo que el estar embarazada hace que usted quiera comer arcilla. Agarrar ese gusto dulzón de la arcilla.” La tía Lula continuó hablando sobre los hábitos de comer arcilla.

Bajé corriendo al laboratorio de química. Cortamos la arcilla en diluciones seriadas con agua y no encontramos potasio en la arcilla. No esperábamos encontrar nada de potasio. Lo que quería saber era cuánto potasio la arcilla capturaba, o “quelaba”. La quelación es una reacción química bien conocida para muchas sustancias. Nosotros añadimos cantidades crecientes de potasio a las diluciones de arcilla y encontramos que la arcilla podía enlazar fuertemente enormes cantidades de potasio, bloqueando así su absorción en el intestino. Esta era la primera vez que yo había encontrado un consumidor de arcilla. El misterio estaba resuelto por la Tía Lula. Tonya comía cantidades suficientes de arcilla para captar y sacar enormes cantidades de potasio de su cuerpo y excretarlo en sus heces.

Comer arcilla es bien conocido en el Sur, particularmente entre afroamericanos. Algunas mujeres, cuando están embarazadas, disfrutan el gusto ligeramente dulce de la arcilla. Algunas tienen un fuerte antojo por la arcilla cuando están embarazadas. La arcilla está compuesta de tierra diatomea depositada sobre rocas de sedimentos en los mares prehistóricos. Esos diminutos organismos diatomeos, captan dióxido de carbono del aire y lo asientan como arcilla cuando mueren. Si se ingiere arcilla, estos organismos se vuelven poderosos agentes quelantes para el potasio y otras sales inorgánicas.

Durante los días de la esclavitud, la muerte ocurría en los comedores de arcilla. Esto era reportado como *caquexia Africanus* en las revistas médicas a comienzos de los mil ochocientos. Las víctimas se depauperaban hasta la muerte, y con frecuencia estaban paralizadas.

La deficiencia de potasio no había sido aun descubierta.

Como con algunas de las otras historias médicas de detectives, un miembro de la familia, la Tía Lula, aportó la clave esencial, un cartón de leche con arcilla.

Capítulo 7

Misteriosa epidemia en una escuela

Judy Carson se levantó temprano ese jueves 12 de noviembre en la mañana. Luego de obtener su grado de maestría en inglés, ella regresó a enseñar inglés en el décimo grado en el liceo de su ciudad natal. El tema de la clase para ese día era los sonetos de amor de Elizabeth Barrett Browning.

Fred Harris pedaleó su bicicleta hacia el liceo después de terminar su ruta de reparto de periódicos. Sus pensamientos estaban enfocados en el juego de fútbol en la ciudad, el día siguiente. Fred en su camino paró en la tienda local de *donuts* y café.

Betsy Bird también estaba levantada temprano leyendo de nuevo los sonetos de la clase de inglés de ese día con la Srta. Carson. Betsy era una estudiante de A en todo y una de las favoritas de la Srta. Carson.

Judy Carson se detuvo en la oficina del director en su camino al salón de clase para la primera parte del día. Cuando llegó a la clase, todos los estudiantes estaban en sus asientos, hablando entre ellos rápido y en voz alta. La Srta. Carson hizo una señal para hacer silencio y fue a su escritorio.

Cuando ella se aproximó a su mesa, notó un “olor desagradable como a gasolina.” Los eventos internos en la mente y cuerpo de Judy repentinamente se hicieron reales, serios y agudos. Su primer pensamiento fue que el gas era venenoso. Antes de que pudiera tener otro pensamiento o dar otra consideración a una explicación alternativa para el olor, la fisiología de su cuerpo respondió en el modo que sería y debería enfrentar un gas tóxico y que ponía en peligro la vida. Lo que sucedió a la Srta. Carson fue real. Los gases irrumpieron en su nariz y senos paranasales. Judy Carson pensó que estaba muriendo. Su mente inconsciente tomó control de todas las funciones cuando trastrabilló hacia la puerta del salón de clase. Ella gritó, “¡Salgan! ¡Gas venenoso!” Era su último recuerdo hasta que despertó en la emergencia del hospital local, junto con noventa y ocho estudiantes y personal de la escuela. La Srta. Carson, cuando cayó al piso, sintió dolor de cabeza extremo, náusea, dolor en la boca del estómago y repentina dificultad para respirar. Perdió la conciencia y no se enteró de la estampida de sus estudiantes cuando salían de la clase, saltando por encima de su cuerpo.

Betsy Bird estaba sentada en la primera fila, justo enfrente del escritorio de la Srta. Carson. Ella miró a Judy Carson aproximarse a la mesa y buscar aire, correr hacia la puerta, y caer en el piso. Betsy se levantó rápidamente de su asiento para acercarse a la Srta. Carson cuando notó el raro olor dulzón. Era fuerte y quemaba sus fosas nasales. Ella también presentó dificultad para respirar y cayó al piso inconsciente.

Fred Harris estaba ahora parado al lado de su pupitre en la parte de atrás del salón. El vio caer a la Srta. Carson, luego a Betsy Bird seguida por otras cinco estudiantes más de la parte delantera del salón. Y luego la clase estaba vacía. Fred no percibió ningún olor. Estaba completamente confundido por lo que acababa de ser testigo.

Los estudiantes de la Srta. Carson se esparcieron por los corredores, llamando dentro de otras aulas cuando corrían. “¡Salgan! ¡Gas venenoso!” ¡Salgan”

En pocos momentos, el Sr. Howard Noet, el director, hizo un anuncio público. “Salgan todos del edificio. Esto es un ejercicio de evacuación en caso de fuego. Salgan todos del edificio.”

Luego continuaba diciendo una y otra vez, “Caminen lentamente, no corran, caminen lentamente, no corran.”

Sus palabras fueron inútiles. Todos los treinta y seis salones de clase se vaciaron en una masa caótica y salieron al césped en el frente de la escuela. En pocos minutos llegaron dos ambulancias y se llevaron los cuerpos inconscientes de la Srta. Carson y cuatro estudiantes a la sala de emergencia. Las ambulancias hicieron ocho viajes más esa mañana.

Un total de cien personas sería examinado en la sala de emergencia local ese día. Ochenta estudiantes y diecinueve profesores. También un padre que por casualidad se encontraba en el edificio de la escuela. Treinta y cinco personas fueron hospitalizadas para pasar la noche.

Todos los exámenes físicos y de laboratorio de los cien afectados fueron normales. Todos se recuperaron, pero varios continuaron con dolor de cabeza y síntomas residuales.

El Sr. Noet cerró la escuela inmediatamente y canceló el juego de fútbol del viernes en la noche. La policía, bomberos, varios profesionales del departamento de salud del estado, y oficiales de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional hicieron inspecciones de los edificios y alrededores. Nadie pudo detectar ningún problema ambiental, así que la escuela fue reabierto el lunes 16 de noviembre.

El martes 17 de noviembre, varios estudiantes reportaron síntomas severos que requirieron transporte en ambulancias a la emergencia. Ese día setenta y una personas fueron a la emergencia con síntomas que ellos pensaron estaban asociados con la exposición en la escuela. De nuevo, la escuela fue cerrada, y el Sr. Noet lanzó una investigación exhaustiva, llamando a autoridades federales, estatales y otras para llevar a cabo intensas investigaciones ambientales y epidemiológicas.

Al final de siguiente mes, el grupo afectado fue entrevistado y se recogieron muestras de sangre y orina. Las muestras fueron analizadas para un gran número de químicos y gases tóxicos. Muestras del aire de la escuela, junto con nuestro completo de tuberías, aire acondicionado, y otros sistemas, fueron examinados para una larga lista de materiales tóxicos y gases. Nada se encontró. La búsqueda de compuestos tóxicos se extendió a los alrededores e inclusive en varias bodegas locales. Tampoco se encontró ningún material tóxico.

Oficiales de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Departamento de Salud del estado, el departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Vanderbilt unieron fuerzas para conducir estudios epidemiológicos en gran escala.

Los estudios epidemiológicos revelaron que las jovencitas y las mujeres fueron más afectadas que los hombres. Esos afectados con más frecuencia vieron a alguien que ya había sido afectado, o habían hablado con alguien que fue afectado. Casi todos los individuos afectados reportaron haber olido un olor peculiar. El hallazgo más resaltante fue la variabilidad extrema en las descripciones del olor. No había uniformidad en las descripciones. Algunas treinta palabras diferentes fueron usadas para describir los olores.

Después de todos los estudios, los investigadores profesionales estuvieron de acuerdo en que la epidemia se podía catalogar más exactamente como “enfermedad psicogénica en masa.”

Las enfermedades psicogénicas en masa han sido conocidas y reportadas por más de seiscientos años. Hay una amplia literatura sobre el tema. El término, aunque exacto, no es aceptado gentilmente por los afectados. El término “psicogénico” tiene la connotación que la enfermedad está “toda en la mente” o que no es real, aunque puede ser fabricada. La dicotomía mente-cuerpo, tan metida en nuestra cultura, está en la raíz de la dificultad de comprender esta enfermedad. Esta dicotomía dice una enfermedad está en el cuerpo o está en la mente. La dicotomía rechaza la noción de que los humanos son un organismo integrado, sin separación real de la mente del cuerpo.

Una vez que la creencia ha sido adoptada por una persona, el organismo entero acepta esta creencia, esté o no basada en la realidad. No importa cuán extraña o irracional sea la creencia, estamos controlados por nuestras creencias, cualesquiera sean ellas. Si uno cree que él o ella está respirando un gas venenoso, el cuerpo reacciona como si estuviera respirando el gas. La cadena de reacciones fisiológicas ocurrirá a continuación. Estas reacciones no son imaginarias. No son fabricadas. No “todo está en la mente.” Estas reacciones son reales y cuantificables. Si la creencia indica que hay que correr, habrá carrera en la fisiología corporal. Si la creencia indica que hay que pelear, habrá pelea.

La Srta. Carson realmente tuvo todos los síntomas que refirió, y ella realmente se cayó y desmayó. Así como los otros estudiantes y personal que la siguieron en la cascada epidémica. Una vez que la mente dispara el pensamiento malévolo o creencia, la reacción del cuerpo es inmediata y de un modo curioso, apropiada a la creencia.

Las epidemias psicogénicas en masa sirven para ilustrar el poder extremo de los pensamientos y creencias humanos. El fenómeno es bien conocido en el ejército, donde el desmayo de un soldado en un desfile en un clima caliente será seguido por una epidemia de desmayos, algunas veces en docenas. Casi siempre, hay una transmisión de una línea de visión. Un soldado se desmaya, el siguiente ve el desmayo y se desmaya, otro ve ese desmayo y así continúa. La transmisión de la línea de visión es una de las características de una epidemia psicógena.

También en los soldados puede presentarse un golpe de calor visto por testigos que sienten el calor, y que luego caen inconscientes, creyendo que tienen un golpe de calor. Un golpe de calor verdadero puede generar muchas otras pérdidas de conciencia que no son por golpes de calor.

Es desafortunado que el término “psicogénico” sea tomado en el sentido negativo, incluso peyorativo. En esos individuos con síntomas que tardan en desaparecer en esas epidemias, puede haber la tendencia a insistir que la enfermedad y síntomas son “reales.” Luego comienza el proceso inútil de tratar de probar que ellos están realmente enfermos con alguna enfermedad. Como Nortin Hadler ha señalado, “Si usted tiene que probar que usted está enfermo, usted no puede mejorarse.”

No hay una lista o respuesta fácil para lidiar con estas epidemias cuando ocurren. La búsqueda de una toxina ambiental, especialmente en estas épocas de terrorismo, está ciertamente justificada. Sin embargo, los resultados negativos reforzarán algo para creer que hay ocultamiento o que alguna toxina se ha dejado escapar.

Un experto en el campo establece que, “El reto es transmitir la realidad científica sin que esto sea visto como culpar o humillar a las víctimas.”

Aunque la naturaleza de las enfermedades pueda ser resuelta, no tenemos suficiente información sobre el modo correcto de manejar las epidemias psicogénicas en masa actualmente. Aun después de un cuidadoso trabajo de detective, estas epidemias permanecen como misterios de la mente.

Hay una enfermedad médica que no se enseña en escuelas de medicina o residencias. No está listada en el índice de cualquiera de los principales textos de medicina, aunque es realmente común. Entre 1973 y 1993, hubo cuarenta y cinco epidemias de enfermedades psicogénicas en masa reportadas a nivel mundial.

La epidemia reciente del síndrome parecido al de Tourette (movimientos involuntarios del cuerpo) en muchachas adolescentes en el norte del estado de New York es un ejemplo de esta enfermedad.

Capítulo 8

Dos casos de neumonía: Dos causas diferentes

Caso 1

Susan Swenson y su esposo Fred tenían una tienda de semillas y fertilizantes al frente de su casa. Collierville era un pequeño pueblo, como muchos donde sus límites se funden en el campo. El hogar y la tienda de los Swensons eran parte de pueblo y granja.

Fred manejaba el negocio en la parte de atrás de la tienda, Susan llevaba los libros. Cerca de las cinco de la tarde, Susan presentó fiebre alta y escalofríos. Inmediatamente Fred la puso en su camión y se dirigió a la emergencia del hospital de la ciudad más cercana. Le pusieron oxígeno nasal. Los rayos X del tórax mostraron neumonía en los lóbulos inferiores de sus pulmones. Le comenzaron antibióticos y la ingresaron al hospital. Este era su tercer episodio de neumonía en un año.

El Dr. Anthony Richards, el médico de Susan, estaba completamente perdido con esta neumonía recurrente. Tan pronto como Susan se pudo levantar, ordenó un examen completo de su función pulmonar. El Dr. Richards sospechaba alguna enfermedad pulmonar crónica, tal como bronquitis o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Susan nunca había fumado, lo que se añadía a la dificultad de hacer el diagnóstico. Todos los exámenes de función pulmonar fueron normales, excluyendo cualquier enfermedad crónica subyacente que podía predisponerla a infecciones recurrentes.

Richards entonces pidió un estudio inmunológico completo incluyendo pruebas para VIH/SIDA. Al principio Susan rechazó la prueba de VIH, pero Richards insistió en su propósito de buscar cualquier causa subyacente.

Fred dijo: “¿Dr. Richards usted piensa que somos unos hippies locos por sexo, adictos a drogas intravenosas?”. Después de que Fred se calmó, ambos estuvieron de acuerdo en la prueba para SIDA. Estuvieron muy aliviados cuando recibieron resultados negativos. Todos los otros exámenes inmunológicos también fueron normales.

Richards comenzó a preguntarse si habría algún tumor en la tráquea o bronquio que estuviera obstruyendo parcialmente el flujo aéreo y así establecer el estado para neumonías recurrentes. La broncoscopia fue normal y excluía esa posibilidad remota. Las pistas para la causa de la enfermedad recurrente seguían escondidas.

Al día siguiente, la neumonía había mejorado rápidamente y Susan estaba lista para el alta. El Dr. Richards, que todavía se debatía por la causa recurrente de la neumonía, llamó al Dr. Allen Kaiser, especialista en enfermedades infecciosas. El Dr. Kaiser era bien conocido por su habilidad en desmenuzar historias y explicaciones para oscuras infecciones y otras enfermedades. Se sabía que él inspeccionaba las casas de los pacientes y encontraba pistas para otras infecciones. Una vez descubrió la historia de la preparación de un conejo enfermo como la causa de tularemia (fiebre del conejo) en una anciana. El Dr. Kaiser se

encontraba en su mejor ánimo cuando terminaba de resolver rompecabezas clínicos. El podía encontrar y colocar todas las piezas en enfermedades complejas.

Justo cuando el Dr. Kaiser entró a la habitación de Susan Swenson, Fred entró con la maleta de Susan. Kaiser comenzó su sistemática exploración de la historia de la salud pasada de Susan: su niñez, su adolescencia, el nacimiento de sus dos hijas saludables, y el subsecuente nacimiento de tres nietos, todos sanos. Kaiser parecía explorar todas las áreas de la vida de Susan. Como muchos médicos detectives, sabía que la narración de la vida del paciente con frecuencia conducía a la comprensión de la enfermedad. Sabía que las enfermedades médicas rara vez surgían de *novo*, de la nada.

Conociendo que los Swensons vivían en un pueblito rural, Kaiser comenzó a preguntarse sobre posibles materiales inhalados.

“¿Alguna exposición a pelusas de algodón? ¿Ha trabajado en una fábrica de algodón?”

“No,” contestó Susan. Kaiser descartó la pelusa del algodón.

“¿Tiene un silo en la granja?”

“No.” Kaiser descartó la enfermedad de los que llenan los silos.

“¿Maneja usted alguna lana?”

“No, por qué pregunta?”

“No quiero dejar escapar la enfermedad de los que juntan la lana”. Es ántrax,” respondió Kaiser.

Kaiser continuó con una larga lista de preguntas sobre exposiciones de toda clase. Para cada posibilidad obtuvo una respuesta negativa.

Después de algo más sobre la salud previa y enfermedades, regresó al presente. Le dijo a Susan, “Describame un día típico de su vida. Comience al despertarse y luego siga hasta irse a la cama.”

Susan le contó la historia de su vida con Fred y sus planes de ser dueños y operar la tienda de fertilizantes y semillas. Ella le explicó como llevaba los libros y enviaba las facturas. Ella guardaba los libros en un escritorio y hacía las facturas y los pedidos en otros escritorios en la parte de atrás de la tienda. Algunos días no iba a la tienda y otros ella podía pasar la mayor parte del día en el negocio.

Cuando Susan contó su historia, Fred de repente se animó e interrumpió a Susan.

“Espera,” dijo Fred, “Cuéntale sobre el aerosol para insectos, que está en lo alto, y que es algo automático.”

El Dr. Kaiser se puso en alerta. “¿Cómo es eso?”

Fred le contó como habían instalado un sistema automático de insecticida en la tienda hacía un año. En el área de oficina, la boquilla del aerosol estaba justo sobre un escritorio. Ese escritorio era el que menos usaba Susan, y lo hacía cuando tenía que hacer el inventario. El olor del insecticida estaba en toda la tienda, así que ni Fred ni Susan lo habían considerado como fuente de daño.

Kaiser explicó que la mayoría de insecticidas contenía piretrina, un conocido irritante para la piel y la vía aérea. Estaba seguro de que Fred había dado la respuesta a la neumonía de Susan, neumonía por piretrina. Los Swansons estuvieron de acuerdo en eliminar el aerosol para insectos y mantener a Kaiser informado de la salud de Susan. Posteriormente ese año, una tarjeta de navidad le indicó a Kaiser que su diagnóstico era correcto. Susan no tuvo recurrencias de la neumonía.

Caso 2

Raymond y Florence Miller pasaban el mes de junio en el sur de la Florida. Cada año ellos empacaban y comenzaban su viaje de varios cientos de kilómetros en carro. Ellos vivían en el norte de Indiana, de modo que siempre pasaban por Nashville. Cuando salían de su casa, Florence se ponía más y más aprensiva. En dos años seguidos tuvo fiebre alta y neumonía, que la llevaron a hospitalizarse en Nashville.

Cuando ellos cruzaron la frontera de Tennessee, Florence comenzó a toser, y luego siguió la fiebre alta. De nuevo por tercer año consecutivo, estaba enferma. Ellos discutieron sobre devolverse, pero al final decidieron no hacerlo. En la sala de emergencia del hospital, la temperatura de Florence era de 39,4 grados y tenía además paroxismos de tos. La radiografía de tórax mostró una neumonía bilateral en los lóbulos inferiores. La ingresaron y comenzaron con antibióticos.

Le pidieron al Dr. Allen Kaiser que viera a la Sra. Miller. ¿Cuál era la causa de esta extraña neumonía recurrente que parecía ser disparada por viajar a través de Tennessee? Kaiser repasó una lista de exposiciones aéreas posibles, como hizo con los Swansons en el caso uno.

Florence negó todas las posibilidades. No trabajaba en una fábrica de algodón, y no se había expuesto a fibras de lana, el sistema de aire acondicionado de su casa era nuevo y se había cambiado después de la primera neumonía. Kaiser quería saber si, ¿ella llevó alguna almohada para el viaje en carro? ¿Había algo nuevo o especial en el carro en el que viajaban?. Toda pregunta o posibilidad sobre fuentes de sustancias inhaladas fue negativa.

Florence se recuperó rápidamente y estuvo lista para ser dada de alta en cuatro días. Ella continuaría el antibiótico por otros seis días en Florida.

Cuando Florence y Raymond estaban haciendo sus maletas, el Dr. Kaiser entró a la habitación. Era la primera vez que conocía a Raymond Miller. Siempre el detective busca pistas, Kaiser comenzó a pasar la lista de preguntas sobre exposiciones al Sr. Miller. Había algo en el aire que producía brotes repetidos de neumonía en un patrón tan exacto de recurrencia. Esto no podía ser una coincidencia, junio viaje a Florida, paso por las mismas autopistas, comienzo de tos y fiebre justo en Tennessee. Todo esto ocurría en un período de doce horas desde la salida de Indiana, en tres años seguidos. Kaiser no podía en su más descabellada imaginación pensar que el aire de Tennessee era tóxico para Florence.

El Sr. Miller escuchó atentamente las preguntas del Dr. Kaiser. Su cara se iluminó cuando interrumpió las preguntas del doctor. “Sabe, creo que lo tengo,” dijo el hombre.

Miller contó con detalle la historia. Era gerente de una compañía de repuestos electrónicos. En la manufactura de las partes, era esencial evitar la humedad. La pequeña fábrica tenía un sistema de aire acondicionado especial con recambio y secado del aire. El paso final antes de empacar los repuestos era incluir varias docenas de paquetes plásticos con un polvo desecante alrededor de los aparatos eléctricos.

Miller dijo que tuvo la idea de usar los paquetes de desecante en la casa para combatir el moho en la ropa de verano. En lugar de poner los paquetes sellados en la gaveta de la cómoda con la ropa de verano, cortaba los paquetes y esparcía el polvo desecante en todas las capas de ropa. Cuando Florence Miller empacaba para el viaje de verano, ella sacudía cada pieza de ropa e inhalaba inadvertidamente algo del polvo. La ausencia de irritación inmediata por el polvo era posiblemente una causa de su olvido sobre el detalle del polvo. Algo en el polvo producía una reacción y respuesta inflamatoria retardadas en los pulmones de la Sra. Miller que llevaba a la infección retardada y neumonía.

El misterio de la neumonía recurrente estaba resuelto. El polvo se eliminó de la gaveta y de la ropa de verano. El siguiente verano, los Miller pasaron por Nashville libres de neumonía y disfrutaron su vacación en Orlando, Florida.

Estos dos casos fueron resueltos por un maestro médico detective, el Dr. Allen Kaiser de la escuela de Medicina de Vanderbilt. Ambos casos fueron resueltos por oír, preguntar con cuidado e involucrar a un miembro de la familia en la búsqueda de pistas.

Capítulo 9

Bajo los puentes del río Cumberland

Hay una historia que todavía me persigue. Sucedió hace más de cincuenta años cuando estaba en el último año de la escuela de medicina. Estaba rotando por la sala de emergencia del Hospital Vanderbilt. En ese tiempo, antes de que el público americano comenzara su estampida hacia la medicina de alta tecnología, el servicio de emergencia era relativamente tranquilo. En la mayoría de veces, la sala de emergencia era solamente para accidentes y traumas que amenazaban la vida. Era en uno de esos momentos de paz cuando una joven pareja apareció.

La Srta. Quill era la jefa de enfermeras. Estaba claro para todos los que trabajaban allá que ella era la encargada. Su solo tamaño llamaba la atención, alta, grande y ruidosa. Nunca hablaba con suavidad.

La Srta. Quill me llamó al puesto de la entrada y me dio la historia de un niño. Me señaló la joven pareja sentada en la sala de espera. La mujer tenía al niño en su regazo. El niño estaba gimiendo calladamente.

El hombre y la mujer parecían estar en sus veinte años. Estaban vestidos con ropas raídas. El hombre llevaba un gorro de lana metido en su frente. La mujer tenía una bufanda alrededor de su cabeza y cuello. Ambos emanaban deyección y tristeza. Estaban cabizbajos mirando al piso. Lucía totalmente derrotados.

Cuando me presenté no dijeron nada. Me moví hacia el cuarto de examen y les sugerí que me siguieran. Los olores corporales en la habitación eran pungentes. Me preguntaba cuándo sería la última vez que se bañaron. Mantuve la puerta abierta para que entre algo de aire fresco.

No logré obtener respuestas a mis preguntas. Les pedí que desvistieran al niño. La mujer, que asumí sería la madre, comenzó a sacar la ropa del bebé. La madre comenzó a llorar. En un momento ella sostuvo el brazo izquierdo del niño. Ahí estaba. En la parte superior alrededor de la mitad del bíceps una herida abierta de la que salía pus. La herida era de un poco más de un centímetro de ancho y rodeaba todo el brazo. Era como que alguien hubiera tomado un cuchillo y cortado alrededor del brazo. La herida obviamente estaba infectada.

“¿Cómo pasó esto?” pregunté, pensando en las peores causas posibles de abuso.

Ambos adultos me miraron con los ojos en blanco sin decir nada, y negando con sus cabezas como si dijeran, “No tenemos idea.” No saqué nada con mi arsenal de preguntas.

“¿Usted hizo esto? ¿Alguien más lo hizo? ¿Vio a alguien más cargar al bebé?” Todo lo que obtuve fue movimientos de cabeza o respuestas de una sola sílaba de no.

Comencé a pensar en alguna suerte de gusano extraño. Había visto fotos de gusanos que taladran, en algunos libros de medicina tropical.

“¿Han estado fuera del país?”

“No.” Sabía que era una pregunta absurda desde que la hice.

“¿Ha visto gusanos en su casa?”

De nuevo “No.”

¿Qué en el mundo podría causar una herida circular en el brazo de un bebé de un año? Fui a buscar a la Srta. Quill, Sabía que ella debe haber visto todo.

La Srta. Quill entró en el cuarto. Estaba respirando duro por el ejercicio de la corta caminata de su escritorio al cuarto de examen.

Cuando ella miró la herida, dijo inmediatamente, “Ah, yo he visto esto antes.” Sacó un instrumento de la bandeja de equipos, una especie de pequeño gancho como los que usan los dentistas para explorar las cavidades en los dientes. Ella insertó el gancho en la herida del brazo del niño y exploró un poquito, El niño gritó de dolor.

La Srta. Quill tiró lo que parecía ser una cuerda que salía de la herida. Luego fue evidente. Era una liga. Por un largo tiempo, que no se podía saber cuánto, la banda de goma se había hundido en el brazo del bebé. Debe haber cortado lentamente más y más profundo en la carne, para finalmente enterrarse y no verse. Para que una banda de goma se hunda profundamente dentro de la carne de un brazo sano debe haber tomado semanas. La Srta. Quill cortó la goma y la sacó del brazo. El bebé continuó llorando y luego gradualmente se tranquilizó con profundos suspiros entrecortando sus lloros.

La Srta. Quill se volteó hacia los adultos con venganza. “¿Qué clase de padres son ustedes? ¿Cuándo fue la última vez que bañaron a este niño? ¿Cuándo fue la última vez que vieron su cuerpo? ¿Cómo pudieron dejar que esto pase? ¿Hicieron esto a propósito en su propio niño?” La Srta. Quill estaba furiosa.

Lentamente ella logró respuestas. La pareja no tenía hogar. Vivían en una caja de cartón bajo uno de los puentes que cruzan el río Cumberland, Comían basura. No tenían dinero y no tenían trabajo. Habían caminado varias millas desde fuera de la ciudad al hospital. Ninguno había visto la herida antes. La razón por la que vinieron a la emergencia era para saber por qué lloraba el niño todo el tiempo. Ninguno sabía cómo era que había llegado la banda de goma al brazo del bebé.

Después de que se limpió y curó la herida, la Srta. Quill llamó al Servicio Social para que conozcan a la pareja.

El misterio de una herida circular infectada en un bebé fue resuelto de inmediato. Como muchos misterios médicos, esa parte era fácil. El misterio más profundo y más trágico, el que ha estado enterrado en mi memoria por más de cincuenta años, todavía permanece. No he encontrado un ejemplo más brillante de cuán inútil puede ser realmente la atención médica. Nosotros arreglamos a la gente y la enviamos de vuelta a la situación que causó el problema en primer término. La medicina muy a menudo es una profesión trágica, una primera estación de ayuda, en una zona de guerra sin fin de la depravación, pobreza, y dureza humanas. Ningún trabajo de médico detective puede resolver los crímenes de la falta de humanidad.

Esa pareja y su bebé no estarían mejor a la larga, después de que le quitamos la banda de goma. Los enviamos de vuelta a su vivienda de cartón bajo el puente que cruza el río Cumberland.

Capítulo 10

Algunas cosas entran debajo de la piel

Sam Waffard vivía en el campo a unas treinta millas de la ciudad. Tenía una enfermedad extraña que causó repetidas hospitalizaciones en el Hospital Vanderbilt.

El único relato que dio era que notaba una sensación rara en su pecho y hombros. A las pocas horas tenía escalofríos fuertes y fiebre alta. Cada vez que llegaba a la sala de emergencia, era ingresado. Sam lucía como un joven saludable musculoso en sus veinte. La única anormalidad al examen físico, aparte de la fiebre, era el hallazgo de aire bajo la piel en la parte anterior y posterior del tórax. El aire se extendía a los hombros y parte baja del cuello. El doctor le dijo que eso se llamaba “enfisema subcutáneo.”

En cada admisión, se tomaba cultivos de sangre y muestras del gas bajo su piel. No se logró que crezca ningún organismo. Después de algunas admisiones, Sam se hizo famoso entre los residentes y profesores de la escuela de medicina. Cada residente estaba decidido en volverse un detective que descubriera la causa del curioso hallazgo de aire debajo de la piel y fiebre alta. En cada admisión Sam recibía antibióticos. La fiebre desaparecía rápido y Sam se recuperaba, solo para ser reingresado varias semanas más tarde.

Nadie había visto un caso de fiebre alta y enfisema subcutáneo espontáneo. Se conoce bien que aire debajo de la piel del tórax ocurre en algunos pacientes con fracturas de costillas o heridas penetrantes en la pared torácica. Sam no tenía nada de eso. Aire debajo de la piel puede aparecer también alrededor de sitios de traqueostomía en el cuello, donde el aire diseca debajo de la piel del cuello. Sam no había tenido nunca traqueostomías ni operaciones en el cuello.

Casos tan raros como el de Sam se presentan casi siempre en la discusión semanal de la revista en la escuela de medicina. El caso lo presenta el residente, y los hallazgos los discuten los profesores. El caso de Sam había sido presentado varias veces, pero nadie había dado con la explicación para la combinación de aire debajo de la piel, infección y fiebre. Varios miembros del cuerpo de profesores habían sugerido muchas causas diferentes para la acumulación de aire debajo de la piel. ¿Había una conexión escondida entre su tráquea y la piel? ¿O entre su esófago y la piel? ¿Entre su garganta y la piel? Todo esto fue excluido por estudios radiológicos. Un profesor sugirió que el agente infeccioso, que nunca fue cultivado, podía ser alguna bacteria extraña productora de gas. Esa posibilidad no había sido probada, ya que en ninguno de los cultivos creció nada. Puede ser que fuera una nueva enfermedad.

Había un profesor que era famoso por hacer diagnósticos difíciles, por resolver misterios médicos, como se había vuelto el caso de Sam. El Dr. Rudolph Kampmeier conocido como un diagnosticador sin par, fue llamado para ver y examinar a Sam.

La habilidad más reconocida del Dr. Kampmeier era la de tomar las mejores historias. Si había una historia que tenía que recogerse, Kampmeier era el que la podría obtener. En una ocasión una pareja de ancianos fue ingresada por sífilis de la aorta en

ambos. Ellos habían sido misioneros, de modo que para los médicos era embarazoso preguntar el origen de la sífilis en estos piosos esposos. La sífilis aórtica es un estado tardío de la enfermedad, a menudo toma cincuenta o más años para que se desarrolle después de la infección primaria. El Dr. Kampmeier solo, se acercó al anciano y obtuvo toda la historia. El paciente le dijo al Dr. Kampmeier que su esposa y él habían sido misioneros en el sureste asiático. Un día, mientras caminaba en la selva se encontró con una joven del lugar. Poco después tuvieron relaciones sexuales y una semana más tarde notó una lesión en el pene, la lesión primaria de la sífilis. Le dijo a Kampmeier que había sido la única vez que le faltó a su esposa. Si un médico puede obtener esa clase de historia de un anciano misionero, probablemente puede obtener cualquier historia de cualquiera. Kampmeier tenía esa reputación.

Una noche tarde, cuando todas las luces estaban apagadas en la sala dieciséis, el Dr. Kampmeier se acercó silenciosamente a la cama de Sam. La jefa de enfermeras oyó al Dr. Kampmeier decir, “Ahora, hijo, es tiempo de que me cuente toda la verdad.” Nadie oyó el resto de la conversación.

He aquí la historia que Sam le dijo al Dr. Kampmeier esa noche:

Sam vivía en una granja en una parte remota del condado próximo. Su padre regentaba una estación de gasolina donde Sam trabajaba a medio tiempo, (Sam la llamaba “estación de llenado.”) La novia de Sam, Elena vivía a media milla más abajo. Con frecuencia se veían en la noche y se metían en el cuarto de atrás de la gasolinera, donde ellos disfrutaban del sexo. Éste, sin embargo, no era el usual. Elena había persuadido a Sam de dejarle que ella le bombease gas debajo de su piel con una bomba de bicicleta. Ella mordía un pequeño hueco en su hombro e insertaba la aguja metálica de la bomba debajo de la piel y metía aire. El aire disecaba debajo de la piel hasta ocupar todo el tórax. Sam le dijo al doctor que a Elena le gustaba la sensación crujiente del aire bajo la piel, así que la dejaba que siguiera. En algunas ocasiones la contaminación de la aguja con la saliva causaba infección. Sam aprendió a ir al hospital para recibir antibióticos, cuando esto sucedía.

Nadie sabe qué instrucciones el Dr. Kampmeier le dio a Sam, pero él nunca volvió a ingresar al hospital. Nadie supo nunca que llevó al Dr. Kampmeier a saber que Sam necesitaba una confesión.

Me pregunto, cuántos misterios médicos se resolverían por confesiones completas.

Capítulo 11

El misterio no es *qué* sino *por qué*

Verónica una estudiante de veintiséis años estaba en el último año de la escuela de enfermería. Verónica lucía y se vestía como una modelo. Ella irradiaba alegría en nuestro primer encuentro, sonriendo aun cuando describía sus serias enfermedades pasadas. La decana de la escuela de enfermería me la refirió.

Verónica esta cubierta de magulladuras. Algunas parecían superficiales, pero otras eran moradas y profundas, el tipo de las que siempre he asociado con alteraciones serias de coagulación o con enfermedades de la sangre como leucemia. No se necesitó un gran trabajo de detective para dar con las claves de los problemas de Verónica.

Las lesiones superficiales eran todas pareadas con un patrón de mariposa, el signo cardinal de lesiones auto-inflingidas. Pellizcar la piel hasta producir moretones siempre deja un par de lesiones que semejan una mariposa. La otra característica en lesiones auto-provocadas es su ausencia completa entre las escápulas, un área que no puede ser alcanzada con los dedos. Verónica se había causado su propio par de magulladuras. ¿Pero qué con respecto a los profundos hematomas?

Verónica había crecido como hija única de unos misioneros en África y contaba historias perturbadoras de una lesión tras otra. Cuando examiné sus ojos, mencionó que su ojo izquierdo se lesionó casualmente cuando un cuchillo se le resbaló de la mano. Dijo que el humor vítreo de su ojo corrió por su mejilla y ella había sostenido el globo ocular en su lugar con su mano hasta que llegaron al poblado más cercano.

Dijo que el médico misionero le cosió el ojo y lo puso en su lugar. Cuando la interrogué por la falta de cicatriz, me dijo lo maravilloso que había sido el médico como cirujano. Ella se sacudió de mi pregunta, respondiendo con voz aburrida, como diciendo, ¿por qué hace usted esa pregunta tan estúpida?

Me contó historias dramáticas para cada órgano que palpé o discutí. Su corazón había estado inflamado cuando era niña, y casi murió en una clínica en la selva. Había tenido un hongo raro en los pulmones que al final se curó. Había vomitado sangre y había tenido sangre en las heces, así como en la orina. Había estado chocada por pérdida de sangre por un accidente en un *jeep* en la selva del Congo. Ambas piernas se habían quebrado cuando cayó de un árbol alto. Todas estas historias las contó calmadamente con un tono de voz prácticamente aburrido.

Dejé de hacer comentarios y solamente escuché una historia detrás de otra. Pensé decir algo como, “Es maravilloso que usted esté vida todavía.”

Preocupado por las profundas lesiones violáceas, la ingresé al hospital para conocer su estado de coagulación. En esos días en 1977, las admisiones a los hospitales eran posibles con facilidad. Los hospitales brindaban excelentes oportunidades para observar y conocer a los pacientes. Su tiempo de coagulación estaba muy prolongado,

también los factores de coagulación estaban alterados, así que todos los exámenes señalaban que había un anticoagulante en circulación. Ella se había tomado o inyectado algún químico para inhibir la coagulación. Los defectos fueron corregidos en el tubo de ensayo con sulfato de protamina, el conocido agente que revierte los efectos de la heparina (heparina es el anticoagulante usado para tratar problemas por coágulos como en las trombosis venosas profundas). Verónica había hecho dos cosas; ella misma se estaba inyectando heparina, y también se estaba pellizcando para producirse magulladuras superficiales más pequeñas y en pares.

Llamé a mi psiquiatra asociado, Harry Abram para que me ayude. Él y yo habíamos discutido con frecuencia sobre pacientes que se auto-inflingían enfermedades, las así llamadas enfermedades facticias. En el caso de Verónica, nosotros la etiquetaríamos como alguien con el síndrome de Munchausen, nombrado así por el Barón von Munchausen, un aristócrata del siglo XVIII en Alemania. El barón no estaba enfermo, pero tenía la reputación de contar historias increíbles, exageradas. Durante el siglo XIX, las historias sobre sus aventuras fantásticas circulaban en Alemania. Por eso, su nombre fue asignado para describir a esos pacientes que van de hospital a hospital contando estas historias de sus enfermedades auto-inflingidas. La “enfermedad” de Verónica era un ejemplo del síndrome de Munchausen.

Abram y yo habíamos estado esperando el siguiente caso para reunirnos. Él quería ver si podría comprender psiquiátricamente al paciente. En ese momento, y puede ser verdad todavía, no había pacientes facticios en la literatura que hayan sido observados cuidadosamente o tratados en psiquiatría por un largo período. Harry estaba interesado en descubrir la psicodinámica de tales pacientes. Este iba a ser el primer caso para nosotros.

Después que corregimos el efecto de la heparina en Verónica y que todos sus factores de coagulación se normalizaron, la di de alta del hospital. Tuvimos un acuerdo claro con ella para que viniera a vernos a Harry Abram y a mí para su seguimiento (o así lo pensamos). Yo había sido muy directo en decirle a ella, que sabía de las inyecciones de heparina y el peligro asociado, si ella continuaba haciendo eso. Aun después del alta, ella continuó negando haberse inyectado. Me sentía incómodo en continuar viéndola, pero yo había hecho un pacto con Abram para hacer el seguimiento de la paciente juntos, a como diera lugar.

Volví a ver a Verónica al mes siguiente. Tenía un enorme absceso en la parte externa del brazo izquierdo, cerca del hombro. Dijo que había dejado que las estudiantes de enfermería practiquen inyecciones en ella, y obviamente una de las estudiantes debe haber quebrantado la técnica de esterilidad y le infectó el brazo. Llamé a la decana de la escuela de enfermería y le pregunté si las estudiantes usan los brazos de la instructora para practicar. Ella me llamó para decirme que eso no había pasado. De nuevo Verónica negó cualquier auto-lesión. Llamé a Abram y sugerí que termináramos nuestro pacto. Insistió que estaba comenzando a hacer progresos, a pesar de la ocurrencia del absceso. Una vez más, estuve de acuerdo, pero con pesar, en seguir viendo médicamente a Verónica.

Pocas semanas después del drenaje del absceso, Verónica regresó a la sala de emergencia. El médico de guardia la ingresó con fiebre de 40 grados centígrados. A la mañana siguiente cuando la vi tenía 38,9 grados centígrados con un pulso normal de 76. Esta frecuencia del pulso no concordaba con la fiebre. La frecuencia del pulso debería ser más alta. Llamé a la enfermera y chequeamos la temperatura que era realmente de 37,1 grados centígrados. Obviamente Verónica había calentado el termómetro. Nuevamente ella lo negó, diciendo que no tenía explicación para la caída repentina de la temperatura. Otra

vez, llamé a Abram y él me urgió a continuar, diciendo algo como, “Bueno, usted no esperaba que hiciéramos progresos rápidos en tan difícil problema clínico, no cree?”

En los dos meses siguientes Abram controló a Verónica semanalmente y me reportó que había establecido una fuerte relación, pero todavía no tenía idea de la psicodinámica o el origen de la necesidad de Verónica de auto-agredirse. Él no tenía explicación con respecto a los orígenes psicológicos de su problema.

La siguiente vez que seguí a Verónica, se estaba quejando de debilidad extrema. Estaba tan pálida como las sábanas de su cama. Estaba anémica con niveles bajos de hemoglobina. La ingresé al hospital. Con un pulso rápido, mostraba signos de una obvia pérdida de sangre aguda. El frotis de sangre mostraba deficiencia de hierro, que es muestra de pérdida crónica de sangre. Comencé a transfundirla. Me dijo que su menstruación había sido extremadamente abundante, y que esa era la razón por la que tenía anemia por pérdida de sangre.

Esa tarde cuando entré a la habitación de Verónica, la encontré que estaba derramando su sangre de la vía intravenosa en el brazo en el cesto de basura que estaba al lado de la cama. A pesar de la anemia severa, ella continuaba desangrándose del catéter intravenoso. Suficiente. Llamé a Abram, y nosotros transferimos a Verónica a la unidad psiquiátrica. Cuando finalmente fue dada de alta, le di una notificación escrita que ella debía buscar otro médico, y que renunciaba a su atención médica. Abram dijo que seguiría viéndola para su atención psiquiátrica.

Varios meses pasaron. Abram me dijo que ella no había vuelto a verlo. Otros meses más pasaron, cuando recibí una llamada de un hospital de Atlanta, me dijeron que la habían ingresado por anemia severa. Ella le dijo al médico que yo la había tratado por leucemia aguda. Ella también le contó historias fantásticas de sus muchas enfermedades y lesiones. Compartí mis fallidas experiencias con Verónica y le desee más suerte que la que yo había tenido al tratarla.

En ese tiempo en mi ejercicio, estaba profundamente cautivado por dos de las más apasionantes fantasías que los médicos jóvenes puedan tener. La primera era un sentido no realista de omnipotencia. El daño auto-inflingido de Verónica golpeó en mi cara el falso sentido de omnipotencia. Sus actos autodestructivos repetidos surgían de sus problemas internos, no de cualquier impotencia de mi parte. Sin embargo, fallé en entender esto al principio. La segunda fantasía de muchos médicos jóvenes es la creencia de que pueden rescatar a todo paciente bajo estrés, sin importar cuáles sean realmente las circunstancias. Esta fantasía de rescate también es no realista e imposible en muchas situaciones. Fallé nuevamente en comprender mi necesidad de rescatar a otros.

De todos los pacientes con misterios médicos, encontré que los que tienen enfermedades facticias y auto-inflingidas son los más difíciles. Descubrir la auto-agresión era fácil. Ayudar a corregir la conducta era difícil.

Aun cuando hice ajustes a mis fantasías de omnipotencia y rescate, todavía las encuentro difíciles de aceptar. No pude ver que el único lenguaje que tienen tales pacientes es el de la auto-agresión. Nunca aprendí a hacer traducciones de su lenguaje en uno que yo pudiera entender y aceptar.

Hay médicos que han tenido éxito en ayudar a la gente con enfermedades auto-inflingidas. El Dr. Marc Feldman registra esas experiencias en su libro, *Playing Sick* (New York, Routledge, 2004).

El misterio médico con la enfermedad auto-inflingida no es *qué* hace esta gente para agredirse, sino *por qué*. Ese misterio no ha sido resuelto todavía.

Capítulo 12

Algunas enfermedades son como los asesinos en serie

Algunas enfermedades son como asesinos en serie. Ellos dan golpes solos.

Víctima Uno

Anderson Donovan

Ingresó al hospital de la ciudad a las 12:30 P.M. del 29 de septiembre de 1963

Murió el 5 de octubre de 1963

A las 12:30 P.M. del domingo 29 de septiembre de 1963, Anderson Donovan, un hombre blanco de cuarenta y siete años apareció en la sala de emergencia del hospital de la ciudad. Al despertarse esa mañana había notado vértigo y dificultad para enfocar objetos cercanos. Dijo que cuando miraba un objeto veía tres. El vértigo aumentó hasta que sentía que el cuarto estaba girando a su alrededor. Pronto siguieron náusea y vómito severo, junto con dolor de garganta intenso.

El residente que vio a Donovan dijo que el hombre no parecía enfermo, pero una presión sanguínea de 70/50 le indujo a hospitalizarlo. El examen físico mostró pupilas muy dilatadas que respondían lentamente a la luz. Ocho horas después de la admisión, sufrió un paro cardíaco. Con compresiones en el tórax se logró restablecer los latidos cardíacos. Sin embargo, permaneció con un ventilador durante una semana, sin responder a ningún estímulo. Donovan fue declarado muerto el 5 de octubre. No se hizo autopsia. El diagnóstico de ingreso fue “trombosis de la arteria basilar en el tallo cerebral.” Este diagnóstico incorrecto no sería corregido hasta una semana después de su muerte.

Víctima Dos

Fenders Stevens

Ingresó al hospital local de Administración de Veteranos (al otro lado del hospital de la ciudad) el 29 de septiembre de 1963

Murió el 30 de septiembre de 1963

Dos horas después de que Donovan (víctima uno) fue admitido al hospital de la ciudad en 29 de septiembre, Fenders Stevens (víctima dos) fue admitido al hospital de Veteranos. Donovan y Stevens no se conocían. Stevens, un hombre blanco de treinta y siete años, era conocido ser un fuerte bebedor. Veinticuatro horas antes de su ingreso, había consumido cinco o seis cervezas. Poco después de eso, tuvo vértigo, dificultad para caminar, debilidad progresiva, náusea y vómito. Además de dificultad para deglutir y un sonido peculiar al hablar. Apareció edema progresivo de su abdomen, dificultad para orinar y boca seca.

Stevens dijo, “Nunca antes tuve una borrachera como ésta. Maldición, creo que alguien me envenenó.”

Al examen, sus signos vitales eran normales. Estaba alerta y bien orientado, Sus pupilas estaban muy dilatadas y fijas. Su voz era nasal. Sus párpados caídos, y tenía dificultad para sacar la lengua. Presentaba debilidad severa y no podía mantenerse en pie sin apoyo. Debido a la sospecha de envenenamiento con comida, el paciente y su familia fueron interrogados sobre comidas infrecuentes o latas de comidas en mal estado en los últimos días. No recordaban nada de esto.

Después del ingreso, Stevens estuvo conectado a un ventilador al aumentar la dificultad para respirar. Dieciocho horas luego de su hospitalización Stevens estaba muerto. Un examen postmortem no reveló la causa de la muerte. Tejidos y sangre fueron congelados para exámenes posteriores.

Víctima Tres

Annie Mc Andrews

Ingresó al Hospital local Uno el 6 de octubre de 1963

Murió el 6 de octubre de 1963

Un día después de que la víctima uno Anderson Donovan, muriera en el hospital de la ciudad, Annie Mc Andrews, una mujer blanca de cincuenta años fue ingresada al Hospital Uno local con náusea severa y vómito. Ninguna de las tres víctimas se conocía o tenía contacto social con las otras víctimas. Ninguno de los médicos o enfermeras conocían de la muerte de las primeras dos víctimas.

Annie Mc Andrews desarrolló una severa debilidad muscular e insuficiencia respiratoria. Murió pocas horas después de su ingreso al hospital. No hubo diagnóstico al momento de su muerte.

Víctima Cuatro

Gregory Frees

Ingresó al Hospital local Dos el 6 de octubre de 1963

Gregory Frees, un hombre blanco de cincuenta y cuatro años fue admitido al Hospital local Dos con náusea, vómito y edema abdominal severo, los raxos X de su abdomen mostraban asas intestinales dilatadas, sugiriendo obstrucción intestinal. En la cirugía, no se encontró tal obstrucción y el abdomen fue cerrado. En el postoperatorio el paciente presentó debilidad muscular profunda y aumento de la dificultad respiratoria por la debilidad. El paciente fue transferido al Hospital Vanderbilt el 9 de octubre para ventilación mecánica.

Estos cuatro casos ocurrieron aisladamente unos de otros. Todos tuvieron insuficiencia respiratoria severa, llevando a la muerte a los tres primeros; Frees, la víctima cuatro, sobrevivió. Nadie comenzó a conectar la amenaza común en estos casos, hasta una llamada el 7 de octubre; todos habían ingresado a diferentes hospitales. El asesino en serie estaba cerca de ser identificado.

Víctima Cinco

Lawrence Bates

Una llamada telefónica importante el 7 de octubre de 1963

El lunes 7 de octubre en la mañana, Lawrence Bates, un hombre blanco de cincuenta y tres años, llamó a la emergencia del Hospital Vanderbilt. Con una voz cortada y la lengua pesada, preguntó al residente, “¿Cuáles son los síntomas del botulismo?” Al ser interrogado, Bates dijo que había oído en la radio contar sobre un brote de botulismo en Knoxville, Tennessee. El brote había sido atribuido al consumo de pescado blanco ahumado vendido en bolsas plásticas cerradas al vacío en una cadena grande de supermercados. Bates dijo que había comido algo de pescado la noche anterior y había presentado náusea y vómito esa mañana, seguido de boca seca, debilidad y dificultad para hablar. Fue aconsejado que acuda de inmediato a la sala de emergencia.

Bates tenía una presión sanguínea de 100/60 y una pupila izquierda dilatada (el ojo derecho era ciego por desprendimiento de retina). Su habla era farfullada y nasal. La boca y lengua se veían secas. No había debilidad muscular. Fue ingresado con un diagnóstico tentativo de sospecha de accidente cerebrovascular más que de botulismo. La ausencia de debilidad muscular alejó la atención del diagnóstico de botulismo.

Pocas horas después de que Bates fue ingresado, la familia de la víctima dos Fenders Stevens llamó al hospital de Veteranos y le dijo al médico que Stevens había comido la misma marca de pescado blanco implicado en los casos de botulismo de Knoxville. Inmediatamente la noticia salió y la asociación de botulismo con pescado blanco ahumado se difundió en la ciudad, los hospitales, la comunidad médica y el estado.

Con esta nueva información y a pesar de la falta de debilidad muscular, Bates fue tratado con la antitoxina botulínica tipos A, B y E.

Todas las familias de las víctimas uno, dos, tres y cuatro oyeron del reporte de Knoxville y llamaron para decir que todas las víctimas habían comido el pescado ahumado. El diagnóstico de botulismo quedó firmemente establecido por la relación temporal entre comer el pescado y los síntomas.

Tres pacientes más en el plazo de las dos semanas siguientes, serían vistos con el antecedente de comer la misma marca de pescado blanco y los síntomas de botulismo A, B y E. Todas las cinco víctimas que recibieron la antitoxina vivieron y se recuperaron de la enfermedad.

Botulismo, la enfermedad

El botulismo es causado por una bacteria que forma esporas y secreta una toxina. Los tipos A y B de *Clostridium botulinum* generalmente resultan de un proceso inadecuado de empaquetamiento casero. El organismo en este brote resultó ser del tipo E. Este tipo E proviene de pescado o sus productos mal procesados. El botulismo no es producido por un organismo infeccioso que invade el cuerpo, aunque es una bacteria la causa de la enfermedad. La enfermedad proviene de la toxina generada por la bacteria, generalmente cuando la bacteria está fuera del cuerpo.

En botulismo A y B, la comida con frecuencia sabe raro o podrido. Esto no ocurre con el tipo E, donde no hay ese gusto peculiar. En este episodio, dieciocho individuos comieron algo de pescado. Ocho de los dieciocho desarrollaron la enfermedad que da una tasa de ataque del 44 por cien. El botulismo tipo E es algunas veces visto en aves marinas alrededor de los Grandes Lagos. Las aves comen peces muertos que quedan en la playa. La parálisis comienza en el cuello de las aves, de ahí que se llama la enfermedad en aves “cuello flexible.”

La toxina botulínica es una neurotoxina, que bloquea la acción de los nervios, produciendo parálisis de todos los músculos. Los músculos respiratorios se afectan, por lo

que la muerte es por insuficiencia respiratoria, como ocurrió en los tres primeros casos fatales, ninguno de los cuales recibió la antitoxina. Se dice que esta toxina es una de las sustancias más tóxicas conocidas. Muy pequeñas cantidades pueden ser fatales. La toxina es sensible a la temperatura, de ahí que las temperaturas de cocción son efectivas para los procedimientos de destrucción de la toxina.

No hay un examen de laboratorio específico para detectar la toxina botulínica. El complejo clásico de síntomas es la única pista, junto con el antecedente de ingestión de comida procesada descompuesta o comida de mar en mal estado. Diluciones seriadas del suero del paciente pueden ser inyectadas a ratones. La muerte de los ratones con pequeñas cantidades de suero es una evidencia presuntiva de toxina botulínica.

No hay una droga específica para tratar el botulismo. Las antitoxinas tipo específicas se sabe son efectivas en algunos casos. La antitoxina se prepara al inocular caballos con la toxina, y luego se usa el suero del caballo que contiene antitoxinas para inyectar en humanos. La antitoxina disponible actualmente es una combinación de los tipos A, B y E.

Como un asesino en serie que envenena a sus víctimas, el botulismo se deslizó sin ser detectado de una víctima a otra, sin dejar ningún signo llamativo. El misterio fue resuelto únicamente por la historia de ingestión de pescado en mal estado.

Capítulo 13

Algunas personas lo enferman a uno

Agnes Mayhugh era una secretaria de veintisiete años. Ella relató una historia de diarrea de más de tres años de duración. Dos años antes había sido ingresada en un hospital local para estudiar el problema. Los médicos encontraron que tenía cálculos en la vesícula biliar, así que le extirparon la vesícula. Pero la diarrea continuó.

Un año antes fue hospitalizada en otro centro y le hicieron un exhaustivo estudio del tracto gastrointestinal con endoscopias superior e inferior y varios estudios radiológicos con bario. Una biopsia de intestino delgado fue tomada mediante una sonda deglutida. Le dijeron que podía tener colitis ulcerativa o Enfermedad de Crohn en una fase inicial. Las bases para estos presuntos diagnósticos nunca se encontraron en una revisión de sus historias clínicas previas. La biopsia de su intestino delgado era normal.

Alguien le dijo que podía ser necesario extirparle el colon. Esto ocurrió cuando me la refirieron. Revisé todos sus exámenes anteriores, los resultados de estudios de bario de su tracto gastrointestinal, y todos los resultados de laboratorio. Todo era normal.

Agnes no había notado ningún patrón para la ocurrencia de la diarrea. Le pedí que llevara un diario anotando el tiempo de cada evacuación, dónde estaba ella en ese momento, y un registro riguroso de lo que había comido. Ella mantuvo su diario por tres semanas e incluso trató de omitir ciertas comidas y líquidos. No notó ningún efecto, pero si había notado que la frecuencia de diarrea era menor durante los fines de semana.

Al hacer que los pacientes lleven un diario, yo quería que ellos tengan la mente completamente abierta. No quería ir en ninguna dirección ni física ni psicológica exclusivamente. Quería que ellos hagan observaciones sobre las sustancias que ingieren y la gente que ven. Al mes siguiente, ella comenzó a notar que sus síntomas empeoraban hacia el final de la semana.

Le hice mis dos preguntas favoritas. Note como ambas son abiertas al final:

¿Qué está haciendo en su vida que usted debería *dejar* de hacer?

¿Qué *no* está haciendo en su vida que usted debería hacer?

Había encontrado que esas dos preguntas inespecíficas provocan una búsqueda profunda en la memoria en los pacientes con síntomas de origen desconocido. Si usted piensa en las palabras de las preguntas, verá que no tienen límites y por tanto causarán una búsqueda en cada aspecto de la vida de uno. Hacen que los pacientes busquen actividades en la vida que deberían suspenderse o actividades que deberían añadirse.

Agnes regresó una semana antes de su cita. Soltó una larga historia sobre su jefe. El dirigía una oficina en una compañía de cobros y trabajaba directamente con el dueño de la compañía. Desde hacía más de tres años, Agnes sabía que el jefe estaba sustrayendo dinero de la compañía. Él la había confrontado en varias ocasiones cuando se enteró que ella había descubierto el robo. La había involucrado lo suficiente que ella no estaba completamente libre del crimen. Durante el año anterior, ella había evitado todas las conexiones con este robo, pero seguía en conflicto sobre qué hacer.

Agnes iba a la escuela nocturna y necesitaba el trabajo para continuar con sus estudios y graduarse. Si ella lo reportaba, él la habría involucrado en su crimen, y ella perdería su trabajo. Pero si ella no lo hacía, su sentido de culpa y baja autoestima era casi intolerable.

Después que ella me contó esta historia, dijo, “Pero nada de eso tiene que ver con mi diarrea.”

No vi a Agnes por varios meses. Cuando ella reapareció en la clínica, estaba radiante y riendo con la enfermera, la reconocí con dificultad. Estaba bien vestida y con un peinado nuevo. No estaba encorvada sino por el contrario muy derecha. Ya no era una mujer desaliñada. La transformación era notable. Me presentó a su novio como su prometido y me habló de su próximo matrimonio.

Ella había pensado y pensado sobre su situación, y aunque no creía que la diarrea estuviera relacionada al trabajo y al problema con su jefe, había renunciado y lo había reportado con el dueño de la compañía. Dijo que se había liberado de un gran peso. En pocas semanas, la diarrea desapareció.

Dijo que le tomó varias semanas comprender cuan estresada había estado en su trabajo, y que el cese de la diarrea no fue el principal cambio que notó. Señaló que recuperó su vida y su espíritu. Me agradeció. Le deseé a ella y a su prometido lo mejor. Nunca más vi a Agnes después de ese día.

El correr de los años, me hace recordar con frecuencia lo ciertos que son los viejos dichos. “Él me da ganas de vomitar,” o “Ella me revuelve el estómago” o “Él me da dolor de cabeza,” o “Este trabajo me está destruyendo la espalda.”

O, como en el caso de Agnes, “Él me causa diarrea.”

Algunas personas nos enferman, si nosotros les dejamos. Traer los temas a la conciencia es el primer paso en el proceso de curación. Sospecho que hay misterios médicos dolorosos que siguen sin resolverse porque están enterrados en relaciones tóxicas. Los pacientes en estas situaciones deben volverse sus propios detectives.

Capítulo 14

El caso de la Sra. de Oliver Townwell

La Sra. Townwell era la esposa del dueño de una exitosa agencia de seguros en una pequeña ciudad en el sur de Mississippi. Su esposo e inclusive algunos de sus más cercanos conocidos, la llamaban “Sra. Townwell.” Poca gente conocía su nombre de pila. Ella siempre llamaba a su esposo “Sr. Townwell.”

Los Townwells tenían dos hijas: Estelle la mayor y Juanita la menor. Ambas casadas, y cada una con dos hijos, niño y niña. Poco después del nacimiento de Juanita, la Sra. Townwell comenzó a presentar debilidad de sus piernas. En los siguientes cinco años, la debilidad aumentó hasta que ella se confinó a una silla de ruedas.

La Sra. Townwell fue vista por muchos especialistas en New Orleans y Memphis, pero ninguno fue capaz de hacer un diagnóstico o sugerir un tratamiento. Las dos hijas compraron casas en la misma calle de la Sra. Townwell de modo de estar cerca de su madre ahora paralítica. Las hijas se rotaban noche por noche para pasar en casa de su madre. El Sr. Townwell se había mudado a un cuarto separado arriba para dar su cama a las hijas a fin de que estas puedan estar con la madre. La Sra. Townwell mudó su cama a lo que había sido el comedor de la familia en el frente de la casa. De esa habitación ella tenía una vista que dominaba a todo lo que pasaba por la calle.

La única vez que la Sra. Townwell salía de su casa era para ir a la *First Baptist Church*. Cada domingo en el servicio de las once, las hijas, el Sr. Townwell, y otros miembros de la familia acompañaban a la Sra. Townwell a lo largo de la calle principal hasta la segunda fila de escaños en la iglesia. Las hijas se alternaban para empujar la silla de ruedas. El Sr. Townwell siempre seguía en la parte de atrás de la procesión de las dos hijas, los dos yernos y los cuatro nietos. El pastor siempre bajaba a saludarla y decía una corta oración antes de comenzar el servicio. Fuera de la iglesia, siempre había una muchedumbre de los que daban buenos deseos, quienes se reunían alrededor de la silla de ruedas de la Sra. Townwell. El nombre de Sra. Townwell había estado en la lista de oraciones de la iglesia para los inválidos por más de veinte años. Después del servicio dominical, la familia comía en el *Downtown Café*. Después de almorzar el Sr. Townwell llevaba a la Sra. Townwell a la casa, allí ella tomaba una larga siesta por la tarde. En los días soleados, si la Sra. Townwell estaba lo suficientemente fuerte después de su siesta, ellos iban en carro a dar un paseo por el campo. La Sra. Townwell siempre llevaba su camisón de dormir y su bata de cama.

Veintitrés años después de que la Sra. Townwell fue reducida a su silla de ruedas, el Sr. Townwell murió súbitamente en su oficina. El funeral tuvo lugar en la *First Baptist Church*, seguido por el servicio en la tumba en *Magnolia Cemetery*. En el cementerio, cuando la silla de ruedas fue traída para la Sra. Townwell a la puerta del carro, ella la retiró, se levantó y caminó lentamente hacia la tumba. Hubo un murmullo continuo que salía de los presentes. Unos cuantos se acercaron para verla caminar hacia la tumba. Algunos

pensaron que habían sido testigos de un milagro. El pastor mencionó el milagro en su homilía en el servicio dominical siguiente.

La Sra. Townwell nunca volvió a usar su silla de ruedas y nunca discutió o explicó su larga enfermedad.

En los años que siguieron a la muerte del Sr. Townwell, fue del conocimiento general en la ciudad, que él había iniciado una prolongada relación amorosa con su secretaria durante el segundo embarazo de la Sra. Townwell, justo antes del comienzo de su incapacidad. La relación extramarital continuó por más de veinte años hasta la muerte del Sr. Townwell.

Hay algunas enfermedades en el alma tan profundas y tóxicas que permanecen como misterios, aun después de que la historia es contada. Tal es el caso de la Sra. de Oliver Townwell.

Capítulo 15

Cerdos y biberones

Jonathan Roberts se sentó en su escritorio en el Departamento de Salud del estado de Tennessee. Roberts había sido jefe epidemiólogo y por veintisiete años un maestro como médico detective. Al principio no recordaba haber visto algo semejante al reporte que le acababa de pasar Kristen Williams, la joven estudiante de medicina asignada a trabajar con él durante la primavera. Ella le mostró una lista de doce pacientes con diarrea severa y con cultivos de heces positivos para *Yersinia enterocolitica*. La epidemia ocurrió después de la Navidad de 2001. Una pequeña luz explotó en su memoria.

La bacteria *Yersinia enterocolitica* es una causa infrecuente de episodios de enfermedad en los estados Unidos. De 7.390 brotes de enfermedad relacionadas con alimentos y reportados a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) desde 1990 hasta 1999, solo cinco casos fueron causados por *Yersinia*. La mente enciclopédica de Jonathan Roberts conocía esos números tan precisamente como las cifras para todas las causas de enfermedades alimentarias. Aunque la *Yersinia* es una causa rara de enfermedad, algo de adentro en su cerebro le señalaba un recuerdo sobre los brotes por ese microorganismo. Se puso en alerta en ese momento, pues sentía que había alguna memoria, alguna experiencia, alguna remota actividad que estaba por aflorar en su conciencia. El sabía que sabía; pero no qué sabía.

La especialidad de Roberts era las infecciones por alimentos. Por años había investigado brotes de todas las clases de diarrea, náusea, y vómito por alimentos contaminados. Pasó un verano en un campo minero en California para seguir un remoto riachuelo contaminado con *Shigella*. Había ubicado el origen de una intoxicación estafilocócica en la pastelería servida a bordo de un crucero en el puerto de Miami. Una vez, en un brote de fiebre tifoidea, encontró al manipulador de alimentos que preparó las ensaladas para un banquete de quinientas personas. La mayor parte de los pequeños brotes de infecciones fueron por *Salmonella* o *Shigella*, y en su mayoría se pudo llegar directamente a los manipuladores de comida contaminados. Roberts era un apasionado de su trabajo y siempre se metía en las investigaciones con toda energía. Si fuera el caso, él sería la persona que descubriera algún complot alienígena para envenenar a la población entera. Sería el que descubriera un movimiento terrorista en masa para contaminar todo el suministro de agua o infectar la distribución de leche para un área metropolitana. Había una gran dosis de detective en él. Y cuando vio los resultados de cultivo de *Yersinia* en heces, se puso en alerta. Doce casos de *Yersinia* era un número récord.

Roberts disfrutaba su trabajo de campo, entrevistando a las víctimas de infecciones, a sus familias, vecinos, al entrar en sus hogares y lugares de trabajo. Tan pronto como identificaba la cohorte infectada, buscaba el grupo control apropiado que tenía que ser similar a la cohorte afectada, pero la selección debía hacerse al azar. La pregunta epidemiológica a ser probada necesitaba encontrar qué había de diferente en las conductas entre el grupo infectado y el grupo control no infectado. Con los años Roberts había

desarrollado un sistema de investigación casi aprueba de fallas. Seguía una lista de pistas, cada una lo llevaba más cerca de la conclusión e identificación del culpable. En epidemias en escuelas y otros grupos grandes, le gustaba graficar la ubicación exacta de los infectados. Por ejemplo, pedía saber con precisión en cuáles mesas cada mesonero había servido la comida. Siempre buscaba patrones o cualquier agrupamiento que podría sugerir el origen de la infección. Constantemente estaba detrás de la clave indicadora que estrecharía su búsqueda.

Kristen había registrado y medido la información sobre el brote reciente de *Yersinia enterocolitica*. Los doce pacientes eran todos menores de un año de edad. Ninguna de las familias con niños enfermos vivía cerca de las otras, y ninguna se conocía entre ellas. Ninguna iba a la misma iglesia. Los que tenían niños mayores no iban a la misma escuela. La transmisión humano-humano parecía estar excluida. El único denominador común era que los doce niños eran afroamericanos.

Los doce niños habían estado enfermos entre mediados de noviembre y el diez de febrero. Seis casos enfermaron en una semana alrededor del día de Navidad. ¿Qué había en relación con la época de fiestas y el ser un lactante afroamericano que causaba una infección de *Yersinia*?

Jonathan Roberts escuchaba cuidadosamente. Del interior de su extenso banco de memorias, el débil circuito neural hizo que surgiera de su cerebro, la luz. Esto fue todo lo que dijo, “Tiempo de matanza de cerdos.”

Kristen detuvo su reporte y miró sin entender. “¿Qué lo hace decir eso?”

Roberts contestó, “Época de navidad, todos los pacientes son negros, e inicio del frío. Eso es igual a una sola cosa: tiempo de matar cochinos.”

Se hizo circular cuestionarios entre las familias afectadas, y se realizaron entrevistas telefónicas. Un grupo control de infantes se seleccionó al azar de pacientes que eran similares por edad, género, raza y fecha vistos en el mismo período, en la misma emergencia del mismo hospital. El 100% de las familias de los infantes infectados había preparado *chitterlings* (intestinos de cochino) comparado con el 35% de las familias controles, dentro de cuatro días del comienzo de la diarrea.

Chitterlings (casi siempre pronunciado “*chitlins*”) se preparan por limpiar los intestinos de cochino, se frota el interior de los intestinos y se elimina la material fecal y grasa. Cada una de las familias infectadas había limpiado entre cinco y cuarenta kilos de intestinos de cochino. La limpieza se hacía en el lavaplatos de la cocina. Todos los infantes habían sido contaminados por la salpicadura en los biberones o los chupetes o por salpicar directamente sobre el niño.

Los intestinos, después de lavarlos, se hierven, y con probabilidad quedan esterilizados. Ninguno de los niños había comido *chitterlings*.

Jonathan Roberts recordó el reporte de una epidemia similar por *Yersinia* debida a contaminación de los niños al limpiar intestinos de cerdo, pero este recuerdo epidemiológico no fue lo que disparó sus palabras “tiempo de matanza de cerdos.” Esta asociación vino de las memorias profundas de su juventud en una finca en el sur de Georgia, donde Acción de Gracias y la llegada del frío anunciaban que era tiempo de matar cochinos, a tiempo para “*chitlins*” en Navidad. Y si la limpieza de los intestinos no era hecha con cuidado y lejos del contacto con niños, también sería tiempo para las infecciones por *Yersinia*.

Capítulo 16

La enfermera resuelve el misterio

La Sra. Beatrice Woosley fue admitida al 3West del hospital de la universidad con un diagnóstico inicial de cálculos en los riñones.

En su último ingreso, cinco semanas antes, se había recuperado de su orina tamizada pedazos de un cálculo que fueron analizados. Se encontró que los cálculos contenían xantina. Este hallazgo circuló rápidamente entre los médicos de la división renal interesados en bioquímica, que se había encontrado un paciente con xantinuria. Esta alteración extremadamente rara atrajo la atención del jefe de medicina igualmente interesado en la bioquímica. Beatrice Woosley fue llamada entonces para reingresarla al hospital. El cuerpo de profesores planificó una serie de estudios especiales y una conferencia de casos para discutir la xantinuria y los cálculos renales de xantina. Entre los profesores había entusiasmo y expectativa por la próxima conferencia. Ninguno había visto nunca un paciente con cálculos renales de xantina.

La xantina ordinariamente se convierte en ácido úrico excretado por la orina. La gente con xantinuria carece de la enzima que cataliza esta reacción química. La xantina se acumula en la sangre y forma depósitos o piedras, en el riñón. Como las piedras de ácido úrico, las piedras de xantina no son visibles en radiografías del abdomen. Este hecho explicó la ausencia repetida de piedras en los estudios radiológicos de los riñones de Beatrice Woosley.

Esta era la quinta admisión de Beatrice Woosley en tres meses. Ella se presentaba con más frecuencia en la sala de emergencia con severo dolor por el cólico renal, y cada vez requería de grandes cantidades de morfina o Demerol para su alivio.

El propósito de la readmisión de la Sra. Woosley era recoger más fragmentos de cálculos para análisis químicos y estudios adicionales. Al ingreso, Beatrice Woosley se quejó nuevamente de dolor intenso en el lado derecho de su espalda. Ella dijo que el dolor se irradiaba de la parte baja de la espalda al área púbica, un patrón clásico del dolor cuando está pasando un cálculo renal.

“Necesito recibir algo. Este dolor me está matando,” gritó. Cada vez que las enfermeras le administraban morfina, era solamente hasta que grite de nuevo pocas horas después con más dolor.

Después del ingreso, se le pidió que orine en un recipiente que estaba cubierto con gasa. La gasa filtraba la orina de modo que cualquier fragmento de cálculo pudiera quedar atrapado en la gasa. Como podía esperarse, Beatrice pronto produjo varios fragmentos pequeños de piedras que fueron llevados rápidamente al laboratorio para análisis.

Un día después del ingreso, el Dr. Joseph Conrad, el médico residente, fue llamado por la enfermera para que vaya inmediatamente a la habitación de la Sra. Woosley. La enfermera le dijo al joven médico que había entrado a la habitación de la paciente y que la encontró sentada en el piso doblada sobre el recipiente para la orina. Ella se estaba lastimando sus encías para hacerlas sangrar, dejando caer la sangre en el recipiente para la

orina. Los paciente con cálculos renales generalmente tiene trazas de sangre en su orina. La Sra. Woosley se estaba asegurando de que hubiera sangre en su orina.

La enfermera retiró con rudeza el instrumento punzante de la mano de la Sra. Woosley y descubrió que era una concha de pacana (un tipo de nuez común en el Sur). La Sra. Woosley había estado fingiendo el dolor por cálculos renales a fin de mantener su adicción a la morfina. Ella no tenía cálculos renales sino que estaba engañando para obtener sus drogas. Había usado la concha de la pacana no solo para romper sus encías, sino también para hacer la farsa de los cálculos renales. Pero ella no tenía idea que las conchas de las pacanas tienen alto contenido en xantina, o que los cálculos de xantina son invisibles a los rayos X, ni tenía idea del interés bioquímico que había creado en los profesores de medicina. Sin intención, ella había creado el crimen médico casi perfecto, fingir cálculos renales con conchas de pacanas cargadas de xantina.

Las enfermedades auto-infligidas vienen en por lo menos dos variedades. En el capítulo 11, Verónica, la instructora de enfermería, se produjo toda una suerte de auto-daños y lesiones, aparentemente sin otra razón que la de derrotar a los médicos y atraer atención por sus acciones.

Beatrice Woosley, por otro lado, tenía un claro propósito para sus acciones. Los que fingen están buscando alguna ganancia personal. Beatrice quería morfina.

La conferencia sobre xantinuria fue cancelada y convertida en una conferencia sobre la conducta de buscar drogas. No hay límites para la creatividad de los fingidores que buscan drogas narcóticas.

Capítulo 17

Un brote de ojos enfermos

El Dr. Dick Grimes era el residente de último año en la sala de emergencia, cuando llegó el primer paciente al área de examen. Él nunca había visto nada como esto. Era la una y media de la mañana, y acababa de suturar una laceración.

La paciente, Amy Wock, parecía ser de unos treinta años. Con los brazos cruzados al frente, parecía ser llevada por su esposo como una persona ciega a la sala de examen. Llevaba una bata sobre su camisión. Su cabeza estaba cubierta con una toalla, para evitar golpearse en el umbral, cuando ella sintió que entraba al área de examen.

“¿Qué le pasó?” preguntó el Dr. Grimes.

“No tenemos idea,” contestó Ted Wock, el esposo. “Cuando se fue a acostar alrededor de las once, después de que salimos a cenar, todo estaba bien. Ella se despertó hace pocos minutos gritando. Luego vi sus ojos...horribles.” Ted arrugó la cara cuando habló.

El Dr. Grimes retiró la toalla. Ambos párpados estaban hinchados y fuertemente cerrados. El tejido alrededor de los ojos estaba rojo y muy hinchado. Las lágrimas corrían por las mejillas enrojecidas de Amy. Ella gemía de dolor calladamente. La piel de toda la cara estaba roja como con una quemadura.

“¿Qué es esto? ¿Qué es esto?” seguía preguntando Amy.

El Dr. Grimes intentó examinar los ojos de Amy pero no pudo separar los párpados para ver los globos oculares debajo.

“Llame al oftalmólogo residente de guardia, ya.” pidió a la enfermera.

“Buena idea” respondió la enfermera. “Otro paciente con ojos hinchados acaba de entrar.”

Cuando el Dr. Jack Mayes, el residente de oftalmología terminó de examinar a Amy, dijo, “Se lo que ella tiene, pero no tengo idea de cómo lo adquirió. Tiene una fotoqueratitis clásica. La fotoqueratitis es causada por la exposición a la luz ultravioleta (UV). Mirar a alguien hacer soldadura puede causarlo, pero ella negó haber estado cerca de soldaduras.”

El Dr. Mayes volvió a interrogar, ninguna exposición a soldaduras, ni camas de bronceado, y ciertamente no había posibilidad de ceguera por la nieve, lo que también produce fotoqueratitis. La fuente de tan intensa luz UV afectando a un extraño en el medio de la noche era realmente un rompecabezas.

Cuando el Dr. Mayes estaba terminando de examinar a Amy Wock, otra mujer era llevada a la sala de espera por un hombre. Estaba con su bata y las manos al frente. El Sr. Wock que esperaba afuera del área de examen, vio a la pareja y corrió hacia ellos.

“No puedo creerlo, mi esposa tiene lo mismo. ¿Sus ojos están hinchados?” Le preguntó al extraño.

“Si, ella se despertó con dolor intenso, ¿Qué es esto?” preguntó el extraño.

“No se, espero que el doctor me diga.”

En el curso de la noche, un total de cuatro pacientes llegaron a la sala de emergencia con los ojos muy hinchados, quejándose de intenso dolor, sensibilidad a la luz y visión borrosa. Todos se habían acostado entre diez y media y once y media de la noche. Dos eran mujeres, y dos eran hombres. Ninguno conocía al otro. Todos negaban ninguna clase de exposición a polvo o a ninguna clase de aerosol. Para la mañana siguiente, siete pacientes más habían buscado atención médica por ojos hinchados y dolorosos.

Después de un estudio completo de la epidemia, la única cosa en común para los cuatro pacientes que entraron a la emergencia fue su asistencia a una cena para recaudar fondos para una organización de caridad sin fines de lucro. Seiscientas personas fueron a la cena que tuvo lugar de seis a nueve de la noche el día previo, en un gran auditorio en un gimnasio.

Dieciocho personas en la cena tenían tres o más de los síntomas siguientes: enrojecimiento, ardor o picazón, sensibilidad a la luz, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, visión borrosa, edema o piel roja en la cara. El comienzo de los síntomas ocurrió en las doce horas siguientes a la cena. Hubo dos personas que tenían lentes de protección ultravioleta, estos no tuvieron síntomas oculares ni quemaduras en la cara. Once de los dieciocho afectados buscaron cuidado médico.

De los dieciocho pacientes afectados, diecisiete estaban sentados o parados cerca de la parte posterior del gimnasio. Las autoridades posteriormente contactaron a todas las treinta personas sentadas en esta zona de riesgo. La tasa de ataque de síntomas oculares en esta zona fue del 46%.

El patrón de quemaduras faciales sugirió que la luz UV venía de la izquierda. Esto condujo al descubrimiento de una única lámpara de halógeno situada alto en el cielo raso del gimnasio.

Las lámparas de halógeno tienen un mecanismo de luz que genera intensa luz UV junto con la luz visible. Los filtros de vidrio impiden que la luz UV salga y permiten que solamente la luz visible escape. Cuando el envoltorio de vidrio está roto o dañado, la radiación UV es emitida en niveles que se sabe producen daño ocular. Este era el caso en esta epidemia.

El misterio de una epidemia de ojos rojos en el medio de la noche fue resuelto por el análisis cuidadoso mediante métodos de detección de estudio de casos.

Las autoridades de Departamento de Salud del estado de Tennessee y el Servicio de Inteligencia Epidémica (EIS) de los Centros para Control de Enfermedades fueron notificadas sobre el grupo de casos de fotoqueratitis. Miembros de la Facultad del Departamento de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de Vanderbilt fueron llamados como consultantes. Sus hallazgos fueron reportados en 2004 en un artículo de *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, titulado "Photokeratitis" (volumen 158: pp372-376). Además del grupo de fotoqueratitis presente, el trabajo señala otros dos grupos de pacientes, todos afectados por luces halógenas en gimnasios.

Capítulo 18

Casi muerto por hechicería

En la primavera de 1938, el Dr. Drayton Doherty ingresó al hospital a un hombre afroamericano de 60 años. En ese tiempo, el pequeño hospital estaba ubicado a la salida del pueblo en una casa vieja que se había convertido en un hospital de quince camas. Seis de las camas estaban en el segundo piso en la parte de atrás de la casa en lo que previamente había servido como un porche para dormir. Los pacientes eran hospitalizados en ese porche.

El Dr. Doherty me contó que el paciente Vance Vanders, había estado enfermo por muchas semanas y había perdido más de cincuenta libras. Se veía extremadamente depauperado y al borde de la muerte. Sus ojos estaban hundidos y resignados a la muerte. Las sospechas clínicas en aquel entonces para alguien con una enfermedad consuntiva eran tuberculosis o cáncer diseminado. El examen físico, rayos X y exámenes repetidos para esas enfermedades fueron negativos. A pesar del tubo nasogástrico para alimentarlo, Vanders continuaba en un curso en declive, rehusando comer y vomitando lo que fuera que se pusiera en el tubo. Decía repetidamente que iba a morir, y pronto alcanzó un estado cercano al estupor. Entrando y saliendo del estado de conciencia, apenas estaba lo suficientemente fuerte como para hablar. Solo entonces su esposa que había estado al lado de su cama, pidió hablar en privado con el Dr. Doherty. El médico conocía personalmente al hombre y a su esposa. Ambos trabajaban en una granja de un conocido del Dr. Doherty (este granjero, cuando lo entrevisté posteriormente, me verificó la historia de Vanders).

La esposa del enfermo se veía extremadamente nerviosa y ansiosa. Ella le pidió al Dr. Doherty guardar absoluto secreto y le hizo jurar no decirle a nadie la historia que le iba a contar. He aquí lo que la esposa le dijo al Dr. Doherty:

Cuatro meses antes de que Vanders fuera ingresado al hospital, había tenido una “agarrada” con el curandero local, o “sacerdote vudú,” como era llamado. Era bien sabido que muchos negros en el área practicaban vudú y que había varios sacerdotes en el área. Una noche tarde, un hechicero había convocado a Vanders al cementerio. La esposa no pudo descubrir por qué llamó a Vanders, sólo que una discusión había ocurrido. Mientras discutían, el hechicero sostenía una botella con un líquido pestilente que luego se lo derramó a Vanders en la cara. El curandero le dijo a Vanders que lo había “vuduado”, diciendo que Vanders moriría pronto, y que no había modo, ni con los médicos, de salvarlo. Vanders fue sentenciado a morir. Esa noche regresó tambaleante a su casa y no volvió a comer. Varias semanas más tarde, fue admitido moribundo al pequeño hospital.

Ni la esposa ni Vanders habían relatado esta historia porque el curandero les había dicho que hechizaría a todos sus hijos y a mucha otra gente que tomaría para mantenerlos en silencio. Aterrados, especialmente desde que vieron que la enfermedad de Vanders se desarrolló como lo predijo, ellos mantuvieron la historia en secreto. Viendo que Vanders estaba cerca de la muerte, la esposa vino a decirle al Dr. Doherty, con la esperanza de que pudiera de alguna manera salvar milagrosamente a su esposo.

El Dr. Doherty dijo que estaba sorprendido pero fascinado por la historia. Sabiendo que Vandens estaba cerca de la muerte, pasó esa noche pensando mucho tiempo qué estrategia debería tomar. Lo que sea que hiciera, sabía que debía hacerse del modo correcto o Vandens ciertamente moriría.

A la mañana siguiente, con su plan en mente, el Dr. Doherty fue a la cama de Vandens. Había pedido que todos los familiares estuvieran presentes. Diez o más de ellos se reunieron en la sala de seis camas. Estaban temblorosos y asustados de estar asociados con este hombre condenado. Se alejaron de la cama cuando el Dr. Doherty se aproximó.

Doherty relató que había anunciado con su voz más autoritaria que ahora sabía exactamente lo que estaba mal en Vandens. Les habló de un encuentro horrendo a medianoche la noche anterior en el cementerio local, donde había atraído al sacerdote de vudú con un pretexto falso. Dijo que le había contado al curandero que había descubierto su secreto vudú y cómo había hechizado precisamente a Vandens. Relató que al principio, el curandero se rió de él. El Dr. Doherty dijo que lo estranguló contra un árbol casi hasta matarlo para que el hechicero describiera exactamente lo que le había hecho a Vandens.

Aquí está lo que el Dr. Doherty dijo a Vandens y a la pequeña muchedumbre de familiares que estaban reunidos alrededor de la cama (ellos estaban boquiabiertos con cada palabra que profería).

“Ese sacerdote vudú frotó algunos huevos de lagartija en su piel, que se metieron en su estómago, rompieron el cascarón y salieron pequeñas lagartijas. Todas murieron, dejando una grande, la cual se está comiendo toda su comida y el interior de su cuerpo. Ahora, sacaré esa lagartija de su organismo y lo curaré de esta horrible enfermedad.”

Con esto se dirigió a la enfermera. Ella por arreglo previo había llenado una jeringa grande con apomorfina (una droga poderosa para inducir el vómito). Con gran ceremonia, el Dr. Doherty apuntando la jeringa al techo e inspeccionándola cuidadosamente por varios segundos, eyectó al aire una pequeña cantidad de líquido claro y arremetió hacia Vandens. El paciente había ahora reunido fuerza suficiente para sentarse en la cama con los ojos bien abiertos. Se arrió contra la cabecera de la cama, tratando de esquivar la inyección. Con movimientos dramáticos, el Dr. Doherty empujó la aguja en el brazo de Vandens e inyectó una dosis completa de apomorfina. Con eso se retiró sin decir nada y dramáticamente salió de la habitación.

A los pocos minutos la enfermera reportó que Vandens había comenzado a vomitar. Cuando el doctor llegó a la cama, Vandens estaba con arcadas, una onda de espasmos atrás de otra. Su cabeza estaba enterrada en una bacinilla de metal que estaba en la cama. Después de varios minutos de vómito continuo, y a un punto que juzgó estaba casi por terminar, el Dr. Doherty sacó de su maletín negro en secreto y con maestría, una lagartija verde. En el máximo de la siguiente arcada deslizó la lagartija en la bacinilla. Habló en voz alta, “¡Mire, Vance, mire lo que salido de usted. Usted está ahora curado. La maldición vudú ya no existe!”

Hubo un murmullo claramente audible en la habitación. Varios familiares cayeron al suelo y comenzaron a gemir. Según el Dr. Doherty y la enfermera que fue testigo del evento, Vandens vio la lagartija a través de sus ojos estrábicos, hizo una expresión de sorpresa, y luego tiró la cabeza hacia atrás en la cama, con los ojos abiertos y la mandíbula desencajada. Parecía atontado. No vomitó más pero cayó en un sueño profundo en uno o dos minutos sin decir nada. Su pulso era extremadamente bajo (la cuenta exacta no se registró), y su respiración se hizo lenta y extremadamente profunda. Este sueño/coma duró doce horas hasta la mañana siguiente. Cuando despertó, Vandens estaba hambriento.

Engulló grandes cantidades de leche, pan, algo de carne, y huevos hasta que se le hizo parar por temor a que se reventara su estómago.

En una semana Vanders egresó del hospital. En pocas semanas había recuperado su peso y fuerza. Vivió otros diez años o algo así, muriendo de que parece fue un ataque cardíaco, y sin haberse encontrado más con el hechicero. Nadie más en su familia fue afectado.

Yo conocía a la enfermera que había sido testigo de estos eventos. Ella confirmó la historia del Dr. Doherty. Mi tío, el Dr. Sam Kirkpatrick, Sr., un médico local, también la corroboró, como hizo el granjero en cuya tierra trabajó Vanders.

No sabía qué hacer con esta extraña y fascinante historia. Era mi primer encuentro con hechicería y vudú. Inicialmente, descarte la historia como una muestra supersticiosa de ignorancia primitiva. Sin embargo, era evidente que Vanders creía al nivel más profundo que había sido hechizado y condenado a morir. Me pregunté, ¿cómo unas palabras podían ser tan poderosas que pudieran inducir a la muerte? ¿Pueden solo palabras, meras palabras tener ese poder? Era un concepto completamente nuevo para mí. Era eso por lo que me hacía continuar pidiendo a otros verificar la historia, lo que hicieron. Finalmente, acepté la historia como verdadera. No pude encontrar una falla o una fisura en ella.

El Dr. Doherty había revertido lo que era casi con certeza, un resultado fatal. Lo hizo con acciones y palabras. Inventó una historia que era plausible en el mundo extraordinariamente extraño del vudú de Vanders. El Dr. Doherty fue capaz de entrar completamente a ese mundo. Sus palabras y acciones convencieron a Vanders de que lo había curado. Una vez convencido, Vanders se mejoró.

No hay un misterio más profundo que el poder de las palabras, sea que las palabras causen enfermedad, curación, o algunas veces incluso muerte.

Epílogo

La medicina clínica tiene muchas similitudes con el cuidadoso trabajo detectivesco.

El trabajo del médico detective requiere ir más allá de la usual u obvia jerga y terminología diagnóstica. La clave en la atención médica no es simplemente etiquetar la enfermedad con un nombre diagnóstico; el médico detective busca la causa básica de las molestias que aquejan al paciente. Hay un número limitado de diagnósticos médicos posibles, pero hay un número casi infinito de posibles causas de enfermedades y de síntomas. Considere en el capítulo 2 el gato con un polvo tóxico en la almohada de la esposa del minero de carbón. O la embarazada en el capítulo 6 paralizada por comer arcilla que captura potasio, descubierto por la tía vieja. O el joven en el capítulo 10 cuya novia bombeaba aire contaminado bajo su piel. Estos casos no caen en una terminología de diagnósticos médicos.

De los dieciocho casos presentados aquí, solo seis llegaron a un diagnóstico médico con un nombre. Doce casos pudieron ser explicados solamente por escuchar con cuidado, por hacer observaciones y /o búsquedas epidemiológicas.

El detective verdadero interroga a familiares, investiga en sus observaciones. Pregunta sobre mascotas, hábitos de trabajo, creencias personales, etc. ¿Qué es lo que en la vida del paciente está causando la enfermedad? Por encima de todo, el médico detective debe oír cuidadosa y repetidamente a los pacientes. Él hace esto hasta que el paciente se convierte en su propio detective, haciendo observaciones y correlaciones sobre las circunstancias y entornos de su vida. El detective examina la vida vivida del paciente; su proximidad a sustancias tóxicas, implicación con relaciones personales estresantes o de trabajo, o creencias personales disfuncionales que tienen que ver con sus quejas.

El médico detective sabe que las creencias personales, aunque irracionales, determinan respuestas psicológicas, como intentos de suicidio con un placebo en el capítulo 3, casi una muerte por maldición vudú en el capítulo 18, o la histeria colectiva del capítulo 7 por lo que se creyó eran gases tóxicos en el salón de clases.

El médico detective urge al paciente, especialmente a aquel con quejas crónicas, a reflexionar en dos preguntas generales e inespecíficas, que buscan dirigir al paciente a una búsqueda mental intensa por causas físicas, emocionales o espirituales:

1. ¿Qué está haciendo en su vida que debería *dejar* de hacer?
2. ¿Qué no está haciendo en su vida que debería *comenzar* a hacer?

En esta era de alta tecnología, que en mayor parte es visual, el escuchar al paciente se hace muy importante. Considere la multitud de imágenes en tomografías, *arteriogramas*, ultrasonidos, *scanners* cerebrales y endoscopias. Ninguna de estas pruebas requiere escuchar al paciente. Algunas veces me pregunto si todo nuestro proceso de audición con los pacientes está apagado. Parecemos estar diciendo, “Si la enfermedad no puede ser ‘vista’, entonces no existe.” Pero hay enfermedades que sólo pueden ser *oídas* como se ilustró en algunos de los casos aquí reportados.

Las historias de detectives de este libro evidencian el valor y la necesidad extremos de escuchar atentamente y de incorporar al paciente y su familia en su propio proceso detectivesco. No hay un diagnóstico médico para cada conjunto de síntomas, pero sí hay una causa demostrable.

Notas sobre los capítulos

Capítulo 1: Los senos del Dr. Jim

C.V. DiRaimondo, A. Roach, C. K. Meador. Gynecomastia, from exposure of vaginal estrogen cream, Letter to *New England Journal of Medicine* 1980; 302:1089-90.

Parcialmente publicado en: C. K. Meador. *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005).

Capítulo 2: Un joven médico y la esposa del minero

El Dr. William Hueston compartió este misterio médico conmigo y me permitió usar su nombre en la historia. El Dr. Hueston es jefe del Departamento de Medicina de Familia en Medical University of South Carolina en Charleston, South Carolina.

Capítulo 3: Un paradójico intento de suicidio

R. R. Reeves, M. E Ladner, R. H. Hart, y R. S Burke. Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29:275-77.

Capítulo 4: Una curiosa epidemia

S.M. Standaert, J.E. Dawson, W. Schaffner, J.E. Childs, K.L. Boggie, J. Singleton, R.R. Gerhardt, M.L. Knight, R.H. Hutcheson. Ehrlichiosis in a golf-oriented retirement community. *New England Journal of Medicine* 1995; 333:420-5.

El Dr. William Schaffner de la Escuela de Medicina de Vanderbilt compartió esta historia conmigo.

Capítulo 5: Una coincidencia extraña

E. Cardi. Hiccups associated with hair in the external auditory canal. Successful treatment by manipulation. *New England Journal of Medicine* 1961; 263:286.

M.S. Wagner, J.S Stapczynski. Persistent Hiccups. *Annals of Emergency Medicine* 1982; 11:1.

Capítulo 6: Una parálisis en el embarazo

Parcialmente publicado en: C. K. Meador, *Puzzling Symptoms*. Brule:Cable Publishing, 2008.

Capítulo 7: Una misteriosa epidemia en una escuela

F. Sirios. Epidemic hysteria: school outbreaks 1973-1993. *Medical Principles and Practice* 1999; 8:12-25.

T. E Jones, A. S. Craig, D. Hoy, E. W.Gunter, D. L. Ashley. D. B. Barr, J. W. Brock, W. Schaffner. Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. *New England Journal of Medicine* 2000; 342:96-100.

C. K.Meador. Texas Heat. En: *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005).

N. M. Hadler. If you have to prove you are ill, you can't get well: the object lesson of fibromyalgia. *Spine* 1996; 21:2397-400.

S. Wessely. Responding to mass psychogenic illness. *New England Journal of Medicine* 2000; 342:129-30.

El Dr. William Schaffner de la Escuela de Medicina de Vanderbilt compartió esta historia conmigo.

Capítulo 8: Dos casos de neumonía: dos causas diferentes

Parcialmente publicado en: C. K. Meador. *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005), y en C. K. Meador, *Puzzling symptoms* (Brule:Cable Publishing, 2008).

El Dr. Allen Kaiser de la Escuela de Medicina de Vanderbilt compartió estos casos conmigo.

Capítulo 9: Bajo los puentes del río Cumberland

Observaciones personales, C. K. Meador.

Capítulo 10: Algunas cosas entran debajo de la piel

Parcialmente publicado en: C. K. Meador. *Twentieth Century Men in Medicine*. (iUniverse, Inc., 2007); C.K. Meador, *Med School* (Nashville: Hillsboro Press, 2003); y C. K. Meador. *Puzzling Symptoms* (Brule:Cable Publishing, 2008).

Capítulo 11: El misterio no es qué sino por qué

La historia de Verónica fue relatada en forma abreviada en: C. K. Meador. *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005); y en C. K. Meador, *Puzzling Symptoms* (Brule:Cable Publishing, 2008).

Capítulo 12: Algunas enfermedades son como los asesinos en serie

M.G. Koenig, A. S. Spickard, M. A. Cardella, D. E. Rogers. Clinical and laboratory observations on type E botulism in man. *Medicine*; 43:517-45.

El Dr. Anderson Spickard, Jr. de la Escuela de Medicina de Vanderbilt compartió estas historias conmigo.

Capítulo 13: Algunas personas lo enferman a uno

Parcialmente publicado en: C. K. Meador. *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005).

Capítulo 14: El caso de la Sra. de Oliver Townwell

Una breve mención fue publicada en: C. K. Meador, *Puzzling Symptoms* (Brule:Cable Publishing, 2008).

Capítulo 15: Cerdos y biberones

T. F. Jones, S. C. Buckingham, C. A. Bopp, E. Rivot, W. Schaffner. From pig to pacifier: chitterling-associated yersiniosis outbreak among black infants. *Emerging Infectious Diseases* 2003; 9:1007-9.

Capítulo 16: La enfermera resuelve el misterio

Parcialmente publicado en: C. K. Meador, *Puzzling Symptoms* (Brule:Cable Publishing, 2008).

Capítulo 17: Un brote de ojos enfermos

D. L. Kirschle, T. F. Jones, N. M. Smith, W. Schaffner. Photokeratitis and UV-radiation associated with damage metal halide lamps. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2004; 158:372-6.

El Dr. William Schaffner de la Escuela de Medicina de Vanderbilt compartió esta historia conmigo.

Capítulo 18: Casi muerto por hechicería

C. K. Meador. All some patients need is listening and talking. En: *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005).

C. K Meador. Hex death: voodoo magic or persuasion? *Southern Medical Journal* 1992; 85:244-47.

Esta historia fue narrada en Discovery Health en el canal BBC TV en 2003 y posteriormente en Australian Television en 2011.

Sobre el autor

El Dr. Clifton K. Meador, nació en Alabama en 1931, asistió a la Escuela de Medicina de Vanderbilt en Nashville, donde se graduó con los más altos honores. Terminó su internado y comenzó su residencia en el Hospital Presbiteriano de la Universidad de Columbia en New York, luego pasó dos años en el Cuerpo Médico del Ejército antes de terminar su residencia y National Institutes of Health (NIH) *fellowship* en Endocrinología en Vanderbilt.

Durante su larga y variada carrera médica, el Dr. Meador dirigió el NIH Clinical Research Center en Alabama, sirvió como decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Alabama en Birmingham, creó el servicio de enseñanza de Vanderbilt en el Hospital Saint Thomas en Nashville, Tennessee, y entrenó doctores jóvenes como profesor de medicina en Vanderbilt University y Meharry Medical Collage. En los últimos diez años, sirvió como director ejecutivo del Meharry Vanderbilt Aliance, una fundación que apoya un programa de colaboración clínica, educativa, investigación y entrenamiento para Meharry Medical Collage y Vanderbilt University.

El Dr. Meador ha publicado extensamente en la literatura médica; es mejor conocido quizás por los artículos “The Art and Science of Nondisease” y “The Last Well Person” publicados en *New England Journal of Medicine*; y “Clinical Man: *Homo Clinicus*” publicado en *Pharos*, los que son tratamientos satíricos de los excesos de práctica médica. Es autor de varios libros que han sido muy populares: *Little Book of Doctors’ Rules*, *Little Book of Nurses’ Rules*, *Med School*, *Symptoms of Unknown Origin* y *Puzzling Symptoms*.

A Meador le gusta trabajar con madera, jugar golf (el objetivo es retar su edad) y escribir, su diversión favorita. Es el orgulloso padre de siete hijos. Está casado con Ann Cowden, una consumada retratista.

Contraportada de la edición original en inglés

En esta fascinante colección de dieciocho casos médicos de la vida real, el Dr. Clifton K. Meador presenta historias que son un rompecabezas pero que se resuelven a la cabecera del enfermo o por estudios epidemiológicos. Esta maravillosa contribución al género de historias de médicos detectives rinde homenaje a Berton Roueché, que como escritor en *The New Yorker* desde 1944 hasta su muerte cincuenta años más tarde, popularizó ese tipo de relatos.

El Dr. Meador descubrió las historias de Roueché cuando era adolescente, y al final el destino permitió que se encontraran para discutir uno de los casos de Meador. Como tributo, ese caso perplejo es revisado nuevamente en el capítulo de apertura de este encantador libro. *Médicos Detectives. Historias reales*, es una lectura cautivante que lo mantendrá maravillándose de las idiosincrasias del cuerpo y de la ingenuidad de la mente humana.

Por más de cincuenta años, el Dr. Meador ha practicado y enseñado medicina. Éste, su duodécimo libro, complementa sus escritos publicados y sus bien conocidos artículos satíricos que enfatizan los excesos clínicos de la medicina americana moderna. Graduado de la Universidad de Vanderbilt, el Dr. Meador ha servido como director ejecutivo de Meharry-Vanderbilt Alliance desde 1999, y es profesor en la Escuela de Medicina de Vanderbilt y en Meharry Medical College. Sus cargos anteriores incluyen haber sido jefe de medicina y jefe médico de Saint Thomas Hospital en Nashville y decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Alabama.

El Dr. Meador vive en Nashville con su esposa Ann. Tiene siete hijos, siete nietos y una bisnieta. Actualmente está escribiendo una novela médica que se publicará en 2013.

