

Loa nostálgica a un viejo estetoscopio

Dr. Rafael Muci-Mendoza, FACP

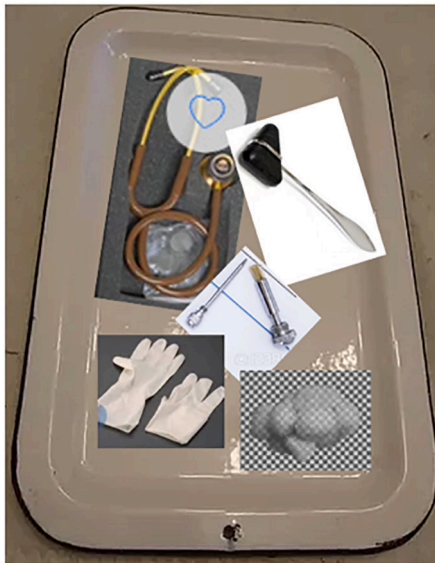
Definitivamente, confieso que soy un viejo romántico... Tengo dificultades para desprenderme de afectos y particularmente, de viejos afectos. Así, que viajando hacia la casa de mis recuerdos suelo evocar y añorar la amarillez de pretéritos tiempos; aquellos en que **privaba la soberanía de la mirada médica o mirada clínica** cuyo auge tuvo lugar en el siglo XIX cuando el vocablo "clínica", arte cualitativo y máxima expresión del oficio médico, nació a la cabecera de los enfermos en la Antigua Grecia (del griego *kliné*, "cama", que a su vez deriva del verbo *klinéin* "inclinarse"). Tiempos minimalistas cuando la información se obtenía con la simple ayuda de los cinco sentidos entrenados para traer hacia el afuera, la enfermedad aviesa escondida tras la opacidad de la piel del paciente, aderezada en el trajinar del oficio con la experiencia, el criterio, la crítica, el sentido común, pero por sobre todo un enorme afán por la búsqueda del conocimiento que conduce a la verdad; la verdadera verdad, la verdad del paciente y su circunstancia.

En **1958** cursando mi tercer año de medicina, ingresé a la **Sala 4 del Hospital Vargas de Caracas** para comenzar a aprender el arte de la relación médico-paciente, que por supuesto, incluía cultivar el

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2025. XXXII.4>

ORCID: 0009-0007-3174-0297

arte de examinarlo. Rememoro aquella famosa **bandeja de examen** de peltre blanco deconchado para uso de la multitud que contenía un estetoscopio "BD", un martillo de reflejos de Taylor o *tomahawk*, unos cuantos baja-lenguas, un par de guantes, copos de algodón y una aguja. ¡Para ese entonces era todo cuanto se consideraba necesario! Un inconveniente..., la fulana bandeja siempre estaba ocupada por otros. Pensé entonces que así nunca podría aprender, pues a cada paso tropezaba con el recipiente en manos de otro mientras yo perdía oportunidades... era necesario entonces, que yo me proveyera de cuanto fuera necesario para examinar a mis enfermos y aprender. Y así fue... adquirí aquel que todos usaban, un "BD" (**estetoscopio Fleischler B-D, o de Becton y Dickerson**) de membrana circular y tubos de caucho amarillo; con él entraba a formar parte de una élite de médicos que practicaba la ciencia y el arte de la medicina, por lo que, por arte de mi reluciente instrumento, yo, un *cagaleche*, me sentía fatuamente crecido y ya todo un profesional. ¡Cuán equivocado estaba...!



De mis años clínicos no recuerdo ningún instructor que nos guiara en el proceso de iniciación del arte auscultatorio, que no era un secreto, pero hasta ese momento para nosotros estaba muy bien resguardado y no había un baquiano que nos condujera por las tortuosas y pedregosas sendas del aprendizaje. Había que ir solos en su búsqueda y el sufrimiento para aprenderlo era el corolario: ¡muchos no aprendieron! Mis maestros, creía, veían y escuchaban al través de la magia, cosas que nosotros considerábamos invisibles. ¿Cómo hacer lo mismo; cómo convertir lo virtual en realidad? Comencé a imaginar los fenómenos que debía conocer y a reconocer **los crepitantes de la neumonía, los silbidos musicales del asma, y los gruesos soplos de las válvulas cardíacas muy enfermas, según eran descritos en mis libros.** Para mi época, el arte de la auscultación en las salas de medicina en general era más bien precario y quizá, más elaborado en lo relativo a los fenómenos auscultatorios respiratorios, menos numerosos, más fáciles de percibir y casi todos con onomatopeya establecida. Al igual que la **oftalmoscopia**, debíamos aprenderlo por nosotros mismos o nunca aprenderlo, con todas las dificultades, tropiezos y vicios de mala técnica que ello traía aparejado y que luego son tan difíciles de erradicar. Pero ¡No había lugar para la frustración, y si la había, debía ser pasajera!

Los pacientes, tal vez impresionados por nuestra ignorancia temerosa, en general nos brindaban gustosos sus pechos desnudos; nosotros, muchas veces olvidábamos que ese corazón palpitante era de un ser humano; pero entenderíamos más luego, que nunca finalizaríamos nuestro trabajo hasta que no tomáramos a nuestro cargo no sólo aquél problema de ruidos y válvulas vapuleadas por la enfermedad, sino experimentando la esencia de ser médico al ocuparnos también de "lo otro", de la subjetividad del paciente que allí yacía. **Vale decir, la diferenciación entre lo genérico, "la" enfermedad: el hecho auscultatorio, y lo singular, "su" enfermedad: el soplo suyo de él...** Aunque se ha repetido hasta la saciedad que no hay enfermedades sino enfermos, no es menos cierto que si se quiere entender y tratar científicamente a los enfermos, la mente humana debe hablar de

enfermedades también, pues **en el ser de cada paciente se amalgaman y se articulan “la” enfermedad genérica y “su” singular enfermedad...**



Mi admirado maestro de la cardiología, el doctor **Gilberto Morales Rojas (1915-1968)**, me hizo traer desde la aun nebulosa Londres el estetoscopio ideado por el doctor ***Aubrey Leatham del Saint George’s Hospital (1920-2012)***, quien, a más de ser pionero de los marcapasos cardíacos, había desarrollado y enseñado un método acerca de cómo adquirir destreza auscultando el corazón a la vera del enfermo.



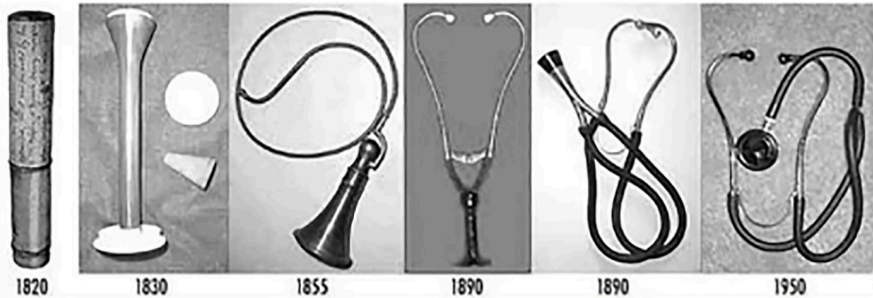
doctor *Aubrey Leatham del Saint George's Hospital (1920-2012).*

Ya iniciado en la docencia, parándome a sus lados y a un costado del enfermo, enseñaba a mis estudiantes, lo que era un **estertor crepitante** señalándoles que era similar a la crepitación de la sal en el fuego como los libros asentaban, pero, ¿dónde conseguir un fogón?; o más demostrativamente, haciéndoles frotar un mechón de sus propios cabellos cerca del estetoscopio mismo: **¡Eso mismo es lo que es un crepitante!**, les celebraba complacido cuando veía abrirse en sus pupilas la luminosidad del descubrimiento ingenuo...

Con **Sanderson** (1) habíamos aprendido que podían reproducirse y simularse el murmullo de los ruidos cardíacos haciendo que calzando los auriculares les hacíamos agarrar con la mano la pieza receptora con el diafragma hacia la palma. En su propio brazo mediante golpecitos recreábamos para ellos el primero (1R), el segundo (2) y el tercer ruido fisiológico; el ritmo de galope diastólico ventricular (3R) o *bruit de galop* introducido por **Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881) (1847)** y descrito años después por del gran **Ludwig Traube (1818-1876)**, sucesor de **Laënnec** como ritmo de galope, expresión feliz y maravillosamente descriptiva particularmente en los casos con taquicardia, que recuerdan exactamente la cadencia de tres tiempos del galope a media rienda de un caballo; pero además, el galope diastólico auricular (4R), chasquidos

de apertura, soplos de eyección y clic sistólicos en dependencia de la apropiada frecuencia y tiempo... ¡inmemorables tiempos aquellos...!

Mi estetoscopio es ahora tan viejo como los 63 años que cumplí de graduado, tanto como las ojeras y las canas que me gané intentando aprender sus secretos. Hasta el presente, y ante el asombro y desgaire de muchos de mis alumnos, continúo usándolo a pesar de lo bastante aporreado que aparenta estar; total, sin aspavientos, es una pieza cándida de tecnología simple y bien diseñada, que brinda bondadoso sus misterios al oído educado, con campana para oír los tonos bajos y membrana para filtrar los altos – por aquello de que los soplos y los ruidos tienen diferentes frecuencias-; es un instrumento de bajo coste, y escaso mantenimiento, cuyo origen se empata con aquella otra medicina que bien sabía cómo asir con calidez la mano del paciente anhelante..., cómo comulgar su pena con él en el esfuerzo por diagnosticarle, prerequisite para curarle o aliviarle...



Sin embargo, mi **Leatham** por su peso, no es práctico para echárselo al cuello como es ahora la moda, pues a cada rato se rueda y se me ha caído muchas veces; así, que debo mantenerlo en mi mano, o como a la antigua, dentro de mi bolsillo...

Mis alumnos en broma le adjudican la categoría de “*auditus eruditus*”, y así, me dicen que, si mi estetoscopio tuviera memoria transmisible, sería más fácil para ellos oír tantos corazones ya escuchados, y que, si tuviera el don de hablar, cuántas historias de tantos pacientes les hablarían de mis muchos fracasos y de tan escasos triunfos...

Aunque la **auscultación inmediata** era conocida por muchos antes de la invención del estetoscopio, sólo fue practicada por unos pocos. Referencias a los ruidos respiratorios se encuentran en el **Papiro de Ebers (1500 a.C.)**, en el **Veda hindú (1400 a 1200 a.C.)** y en los **escritos hipocráticos. Cælius Aurelianus (500 a.C.)**, **Leonardo Da Vinci**, **Ambrosio Paré**, **William Harvey**, **Jean Baptiste Morgagni** y **William Hunter** en su momento, se refirieron al tema auscultatorio. El inglés **Robert Hooke (1635-1703)**, biólogo -empleó el microscopio para definir las células-, físico planetario, mecánico y uno de los científicos experimentales más importantes de la historia de la ciencia describió los ruidos cardíacos y las sibilancias; su escrito fue premonitorio al expresar, “Quién sabe... será posible descubrir los movimientos de sus partes internas... por los sonidos que producen”; pero, no existe evidencia de que alguna vez hubiera implementado su aserto.

El estetoscopio y su historia ocupan un lugar especial en medicina, pues se encuentran amalgamados a la imagen del médico, siendo el símbolo que en las últimas tres centurias mejor ha caracterizado a la profesión de curar y aliviar. Por algo se requirieron tres generaciones y los esfuerzos de dos médicos para su introducción, enseñar su uso y vencer resistencias y prejuicios de sus contemporáneos.



Los antecedentes *de* cómo fue inventado el estetoscopio es historia harto conocida, pero como muchos no escuchan o no recuerdan, de tiempo en tiempo, es bueno recapitularla nuevamente para aprender lo que significa el ingenio y la tenacidad. Precedió la épica, el *Inventum novum* (2) del médico austríaco **Leopold Auenbrugger (1722-1809)**. Era la técnica de la percusión torácica en independencia de los síntomas del paciente, pero asistida por autopsias. Fue descrita en un pequeño panfleto que fue largamente ignorado hasta que fuera traducido, expandido y popularizado por **Jean Nicholas Corvisart (1755-1821)**, **médico de Napoleón Bonaparte**, quien fundió las ideas de **Giovanni Morgagni (1682-1771)** apodado "Su majestad anatómica", considerado como el padre de la anatomía patológica quien escribió el primer trabajo exhaustivo en patología, "*De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*"



En 1816 **René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826)** trabajaba en el **Hospital Necker de París**, en medio del caos de El Terror y a la sombra de la acerada guillotina; allí fue entrenado para valerse del sonido como herramienta de diagnóstico; por supuesto que conocía acerca de la auscultación inmediata, como **Corvisart**, uno de sus maestros, le había mostrado ocasionalmente en La Charité; pero él nos cuenta que a su cercano amigo, Gaspard Laurent Bayle, quien muriera de tuberculosis, "fue el primero a quien vi ejecutarla...".

Pero mejor dejemos que el propio **Laënnec** nos narre la gestación y nacimiento de su instrumento (3):

“Fui consultado por una joven que presentaba síntomas generales de una enfermedad cardíaca. Su edad y su sexo no me permitían realizar el procedimiento que acabo de describir, es decir, la aplicación directa de mi oreja sobre su pecho. Recordé entonces un fenómeno acústico bien conocido: si uno coloca su oído en un extremo de una vara de madera, el rasguño de un alfiler en el otro extremo es claramente escuchado. Se me ocurrió entonces que esta propiedad física podría ser útil a mi propósito en el caso bajo examen. Tomando una mano de papel la enrollé haciendo un tubo ajustado; un extremo lo coloqué sobre el área precordial de la joven en tanto que ponía el otro en mi oído. Fui gratamente sorprendido y gratificado cuando pude escuchar los latidos del corazón con mayor claridad y precisión como nunca lo había percibido con la aplicación directa de mi oído”.

El rollo de papel fue pronto reemplazado por un cilindro de madera de 30 cm de longitud y 4 cm de diámetro: “*El tubo de Laënnec*”. Sabemos que inauguró el empleo de su primitivo estetoscopio hace 206 años, en septiembre de 1816. Lo llamó “*el cilindro*” y *algunas veces “estetoscopio”* (Figura 5). Tres años más tarde y producto de una brillantísima investigación clínico-patológica presentó sus hallazgos ante la **Academia de Ciencias de París en febrero de 1818**, y en mayo y julio hizo lo mismo en la **Academia de Medicina**. En 1819, publicó su obra en dos voluminosos tomos: “*De l’auscultation médiate ou traité de diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d’exploration*”, uno de los grandes clásicos de la literatura médica. Fue vendida por 13 francos y con un estetoscopio incluido, por 3 francos más.

Con la minuciosidad del analista clínico, había estado delimitando los cuadros semiológicos y para ello se había apoyado con autopsias para hacer la correlación. Él mismo las realizaba sin ninguna protección. Son numerosas las lesiones que caracterizó en sus excelentes descripciones; entre ellas: bronquitis, bronquiectasias, enfisema pulmonar, edema e infartos pulmonares, neumonía lobar,

gangrena pulmonar, pneumotórax, hidrotórax, pleuresía, tuberculosis pulmonar y el compromiso tuberculoso de otros órganos, entre ellos de las meninges. Se adelantó en más de medio siglo en reconocer que los tubérculos y el exudado gelatinoso y caseoso correspondían a la misma enfermedad y no a dos distintas como se creía entonces. Una legión de nuevos términos médicos inundó su libro, *estetoscopio* –combinación de dos raíces griegas, *stethos*: pecho y *skopos*: observación o examen-; *auscultación, estertor, frémito, retintín metálico, soplo, egofonía, broncofonía, soplo cavernoso, respiración pueril y la pectoriloquia*, como signos de la presencia de una caverna tuberculosa. Su capacidad auscultatoria era rayana en lo increíble.

Los grandes clínicos consiguieron desarrollar, ordenar e integrar los sentidos en sucesión. El interrogatorio o comunicación íntima y solidaria, se mezclaba con la observación, la cual era seguida de la maravillosa palpación, para casi por añadidura proceder a la percusión y de allí a la auscultación y a la interpretación mediante la introspección en solitario que definen al mejor doctor; *¡tal cual la comunión con el cuerpo de Cristo!*

También hemos asentado que cuando se interpuso la longitud del tubo del estetoscopio en la relación médico-paciente, se inició la separación no sólo física sino espiritual entrambos; no obstante, todavía tiene una razonable longitud que permite escuchar adecuadamente y estar también, suficientemente cerca para conectar al médico emocionalmente con su paciente.

Dickinson Richards (1895-1973) Cardiólogo y fisiólogo, **correcipiente del Premio Nobel de Medicina o Fisiología 1956** por el desarrollo del cateterismo cardíaco, dijo en 1962, *“Para que un estetoscopio funcione dos cosas se hacen necesarias: ¡Por Dios!, un hombre enfermo en un extremo y un médico que sepa emplearlo en el otro...”*.



Colofón

Mi estetoscopio Leatham, inanimado, pero atado a mí emocionalmente al través del sentimiento y la nostalgia, pareciera haber cumplido conmigo su expectativa de vida (4), siempre noble, dispuesto y silencioso, facilitándome amplificar mi propio escuchar y mi inacabable aprendizaje; pero ni él ni yo, estamos aún preparados para vivir esa existencia vegetativa que podría implicar una jubilación que nos conduzca a la muerte biográfica. No, no, aún no... Y así, "inseparables camaradas como no se encuentran mil, a mi lado él ha marchado", al paso vigoroso de mi práctica, y así, seguiremos ayudando dentro de nuestras magras posibilidades a aquellos otros, portadores de pesados fardos de penas y también viajeros en la ruta de la vida, con quien nos hemos topado en nuestro camino...

REFERENCIAS

1. Sanderson J. Amer J Cardiol. 1975;36:925-928.
2. Davies MK, Hollman A. Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809) Heart. 1997;78:102.
3. Tomos I, Karakatsani A, Manali ED, Papiris SA. Celebrating two centuries since the invention of the stethoscope. René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826). Ann Am Thorac Soc. 2016;13(10):1667-1670.
4. Wilkins RL. Is the stethoscope on the verge of becoming obsolete? Care. 2004;49(12):1488-1489.