



Revista de la Asociación Médica Argentina

EDITORIAL

Educación global digna (II)

ProfDr Elías Hurtado Hoyo

NOTICIA SOCIETARIA

**13° Acto de Homenaje a la Escuela
Quirúrgica Finochietto**
Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto
al Dr Jorge A Decoud

ARTÍCULO ORIGINAL

**Taquipnea persistente en un lactante por
hiperplasia de células neuroendocrinas
pulmonares**

*Dres Eduardo R Lentini, Megan K Dishop, Alan S Brody,
Julio Oliva, Lic Adriana López Millán*

ARTÍCULO ORIGINAL

**Canon de las proporciones humanas y el
Hombre de Vitruvio**

*Dres Ricardo Jorge Losardo, Diana Margarita Murcia,
Vivian Lacerá Tamaris, Walter Hurtado de Mendoza*

ARTÍCULO ORIGINAL

**Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una
patología reemergente**

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

ARTÍCULO ORIGINAL

**Consideraciones sobre la historia de
la clasificación de las enfermedades
dermatológicas**

Dras Amalia M Bores, Inés A Bores

ACTUALIZACIÓN

**Vida, obra y legado de Osvaldo Fustinoni
(1909-2000)**

Dr Juan Carlos Fustinoni



VOLUMEN 128

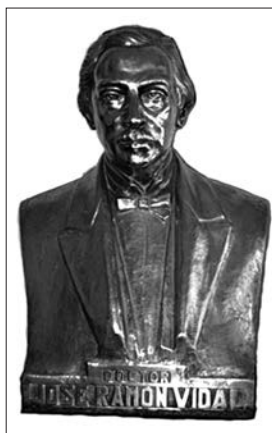
1/2015

MARZO DE 2015

HOMENAJE AL DR JOSÉ RAMÓN VIDAL

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

El Dr José Ramón Vidal (1821-1871) fue un destacado médico y filántropo que, en cumplimiento de su deber profesional durante la epidemia de fiebre amarilla que azotó al país en 1871, sucumbió víctima del flagelo en ese año en la ciudad de Corrientes, cuando ejercía la Senaduría por Corrientes en el Congreso Nacional. Esta epidemia redujo a la mitad la población de la ciudad de Buenos Aires, ya sea por muerte o por exilio, y murieron entre 2.500 y 2.600 personas en Corrientes. Un grupo de médicos y practicantes se abocó a mitigar el sufrimiento de sus semejantes hasta dejar su vida en la misión. Se los reconoce como “los héroes civiles” correntinos;



entre ellos se destaca José Ramón Vidal, quien despojándose de su alta investidura dio su vida en la noble tarea de luchar contra el flagelo.

Se lo homenajea en Corrientes de muchas maneras.

En el hall de acceso al hospital que lleva su nombre se encuentra un busto de bronce, de tamaño natural, del doctor José Ramón Vidal, realizado por el escultor Luis Perloti en 1937, erigido sobre un pedestal de granito, artísticamente trabajado, que termina en forma de pirámide. Luis Perloti (1890-1969) fue un escultor reconocido por sus magníficas obras, entre las que se destacan los monumentos a Alfonsina Storni en Mar del Plata y al Gral Mitre y las Cautivas en Corrientes. En el busto se lee: “Doctor José Ramón Vidal”.

En el frente, en una placa de bronce de 40 x 40 centímetros, está inscripta la leyenda: “El cuerpo médico de la Municipalidad en homenaje al Dr José Ramón Vidal”. En el costado izquierdo, en una placa del mismo tamaño que la anterior, estas palabras: “Altruismo, Humanidad, Valor, Sacrificio”.

En el costado derecho están, en una placa de bronce semejante, estas palabras: “Política, Representación, Gobierno, Ciencia”.

En el mismo lugar una placa de bronce y mármol con su efigie lo recuerda.

En el frente del citado nosocomio se ha emplazado otra placa de bronce, de 66 x 60



centímetros, que representa en sobrerrelieve a unas mujeres acongojadas sobre una tumba y un médico consolando a otra, con esta leyenda:



“La Municipalidad de Corrientes al Dr José Ramón Vidal, el primero de sus héroes civiles (1821-1871)”.

Otro reconocimiento importante se encuentra en el centro de la plaza La Cruz en Corrientes (foto tapa). Se trata de un monumento de piedra rosada, arenisca, de las canteras de dicha Provincia, con bajorrelieves en bronce, coronado por la figura en bronce del doctor José Ramón Vidal. Es obra del escultor Juan Carlos Oliva Navarro (1888-1951). Toda la obra fue hecha bajo un estilo de la corriente Artdecó, de principios del siglo XX.

En las caras del basamento se encuentran los siguientes bajorrelieves, en bronce, todos ellos de forma rectangular:

- Una escena en que se revela un cuerpo humano, con inmensa emoción. Debajo de la leyenda: “Dr Javier Puydemasa”.

- Una sala de hospital de infecciosos. Debajo: “Practicantes: Carlos Harvey y Luis Baibiene”.

-En el basamento se encuentran estas leyendas grabadas en la piedra: “Dr José Ramón Vidal. A los médicos caídos en la epidemia del año 1871”.

Al erigirse este monumento, se dio a la plaza el nombre de “Doctor Juan Ramón Vidal”. La denominación de La Cruz, fue restablecida en 1944.

Dra Ofelia Gorodner
Prof. Titular de Histología
Facultad de Medicina UNNE

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2015

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: http://www.ama-med.org.ar

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente Honorario de la Asociación Médica Argentina

Dr. Francisco Javier Romano[†] (2508)

Dr. Luis Julio González Montaner[†] (5235)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dr. Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

Prosecretario

Dr. Jorge Gorodner (9128/8)

Vocales Titulares

Dr. F. Juan Domínguez (33933/5)

Dra. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Carlos Mercau (33207/4)

Dr. Gustavo Piantoni (13208/5)

Vicepresidente

Dr. Miguel Falasco[†] (10179/6)

Secretario de Actas

Dr. Roberto Reussi (12263/1)

Vocales Suplentes

Dr. Armando E. Guglielminetti (7063/4)

Dr. León Turjanski (5926/1)

Secretario General

Dr. Miguel A. Galmés (16619/1)

Tesorero (a cargo)

Dr. Vicente Gorrini (15732/4)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr. Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr. Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr. Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr. Enrique Francisco E. Labadie (6268) - Dr. Abraham Lemberg (3498) - Dr. Jorge Mercado (14146) - Dr. Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr. Rodolfo Jorge Bado (14711) - Dr. Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr. Luis Hilarión Flores Sienna (25137) - Dra. Analía Pedemera (14795) - Dr. Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr. Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra. Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr. Carlos Mosca (15076) - Dr. Héctor A. Morra (15183) - Dr. Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr. Eduardo Abbate (9314/1)

Dr. Ángel Alonso (10896)

Dr. Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr. Manuel L Martí (7683/0)

Dr. Víctor Pérez (5314/4)

Dr. Román Rostagno (9807/5)

Miembros Suplentes

Dr. Mario Bruno (12357/4)

Dr. Germán Falke (31714/5)

Dr. Horacio López (14518/5)

Dr. Daniel López Rossetti (21392/59)

Dr. Juan J. Scali (27242/0)

Dra. Lidia Valle (16932/3)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dra. L. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Juan C. García (36953/5)

Dr. Horacio A. Dolcini (9951/5)

Dr. Jorge F. Yansenson[†] (12478/1)

Dr. Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr. Fabián Allegro (29815/5)

Dr. Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr. Pedro Mazza (7635/2)

Dr. Pedro Morgante (38065/1)

Dr. Juan J. Solari (5920/7)

Secretario del Tribunal

Dr. Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Asesor Letrado Honorario

Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

Asesor Letrado Alterno

Dr. Carlos do Pico Mai

Escribana

Sra. María Cristina Soler

Relaciones Institucionales

Lic. Fernando Portiglia Tade (42264)

Administrador

Sr. Guillermo E. Couto

Biblioteca

Dr. Rodolfo Maino (9399-5)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 128, número 1 de 2015. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 128 - Nº 1 - MARZO DE 2015

SUMARIO

EDITORIAL	Educación global digna (II) <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo</i>	3
NOTICIA SOCIETARIA	13° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Jorge A Decoud	4
ARTÍCULO ORIGINAL	Taquipnea persistente en un lactante por hiperplasia de células neuroendocrinas pulmonares <i>Dres Eduardo R Lentini, Megan K Dishop, Alan S Brody, Julio Oliva, Lic Adriana López Millán</i>	11
	Canon de las proporciones humanas y el Hombre de Vitruvio <i>Dres Ricardo Jorge Losardo, Diana Margarita Murcia, Vivian Lacera Tamaris, Walter Hurtado de Mendoza</i>	17
	Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una patología reemergente <i>Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	23
	Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas <i>Dras Amalia M Bores, Inés A Bores</i>	26
ACTUALIZACIÓN	Vida, obra y legado de Osvaldo Fustinoni (1909-2000) <i>Dr Juan Carlos Fustinoni</i>	30

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director
Prof Dr Ángel Alonso

Subdirector
Prof Dr Horacio López

Secretarios Editoriales
Dr Daniel Carnelli
Dra Betina Dwek
Dr Miguel Ángel Falasco[†]

Consejo Editorial
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J Bado
Dr Alfredo E Buzzi
Dr Silvia Falasco
Dr Carlos Mercau
Dr Juan Carlos Nassif
Dr Federico Pérgola
Dr Néstor Spizzamiglio
Dr León Turjanski
Dr Lidia Valle

Producción Gráfica
Raúl Groizard

Corrector Literario
Dr Hernán Sassi

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Sr Enrique Mourgués

Educación global digna (II)

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo*

* *Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló; Prof Hon Univ del Aconcagua. Miembro de Acad Argent Cirugía; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente Asociación Médica Argentina.*

En una Sociedad democrática normal “la Misión más importante de la Educación es la de hacernos personas de bien” para que actuemos como ciudadanos libres en la búsqueda del bienestar individual y comunitario. Para ese logro todos los eslabones educativos adquieren la misma relevancia. Desde los niveles iniciales en la infancia, donde se incluye el permanente rol familiar, hasta los llamados “superiores” de posgrado. Esta premisa debe ser respetada en todas las ramas del pensamiento. Recordar que la educación puede también ser instrumentada programándola para hacer el mal, según nuestras concepciones.

En el camino del aprendizaje el componente informativo se adquiere por la transmisión o recolección de los conocimientos, los cuales deben tener un acompañamiento imprescindible en la experiencia práctica del componente formativo tanto en el tema elegido como en los valores ético-morales que hacen a la vida de relación. Una Educación de Excelencia sólo se logra combinando todos los aspectos. De no conseguirlo es una educación no completa o frustrada. En general es más sencillo, y de menor esfuerzo, satisfacer las pautas informativas que las trascendentes formativas proyectoras de una sociedad saludable merecedora de ser vivida.

En otro plano, las entidades científicas, por el compromiso voluntario democrático de sus asociados, participan en forma activa en la Educación integrativa, corporativa y multidisciplinaria. Cumplen un lugar de relevancia en la modelación final de los individuos. Son los ambientes donde en general las ideas elaboradas se someten a consideración frente al calificado filtro de los pares. Sus actividades concretas que justifican su desarrollo son: la presentación de trabajos científicos de investigación básica o clínica, seminarios, discusión de casos, etc. No sólo hay que saber, sino también hay que aprender a expresar lo observado y/o comprobado. Son los ámbitos, del consenso o del disenso, que permiten enriquecer los pensamientos con responsabilidad.

Sin embargo, debemos reconocer que si ya es difícil para la Educación en general jerarquizar lo formativo, en las últimas décadas se encuentra cada vez con mayores frentes externos competitivos, superfluos, facilistas y transgresores de la vida cotidiana, difíciles de ponderar. Estimulados por el consumo llegan permanentemente a toda la población a través de los medios de comunicación, en especial en esa caja de alta resonancia que es la televisión, donde una mínima imagen, o un gesto, o una palabra

(oral o escrita), tienen un efecto multiplicador exponencial. Es más, para muchas personas es el único “medio comunicativo-educativo” al que acceden.

Debe conocerse y aceptarse que cada expresión comunicacional se transforma en forma implícita en una fuente emisora cultural para el ciudadano-receptor pudiéndole influir en mayor o menor grado según su personalidad. Asimismo esto conlleva a la generación de líderes de opinión a los que se imita o emula, en forma consciente o inconsciente, estableciéndose una “educación informal” aunque no sea pretendida, donde los valores esenciales pueden distorsionarse. Cuanto más alta es la jerarquía del ciudadano que transmite una comunicación de cualquier índole, mayor es su responsabilidad ética, moral y legal en la educación formativa de los pueblos con influencia directa en sus conductas. Según se eduque a la ciudadanía se define el Estado de Salud psíquica, física, social, ambiental y espiritual de un país. Según cómo se instrumenten los distintos lenguajes utilizables, los mismos pueden actuar como factores placenteros o transformarse en agentes agresores (noxas) que modifican en algún grado el nivel del estado de la salud, sobre todo en las áreas del comportamiento.

Muchas entidades educativas, con mucha constancia y gran esfuerzo, han asumido el compromiso de acercarse a la comunidad y transmitir sus ideales con un concepto claro de familia, sociedad y patria. Sin embargo, no logran la mayoría de las veces el objetivo propuesto, probablemente por la metodología utilizada. Por ello se deben estimular en forma sistemática actividades interesantes educativas más creativas que puedan competir en el rating de lo que la gente consume. Estamos en una época de mayor necesidad de la comprensión del otro. Los educadores, independientemente de que sean laicos o religiosos, debemos ser capaces de aprovechar al máximo las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para recuperar el humanismo y la espiritualidad en el espacio logrado vertiginosamente por nuestro humilde SER Francisco. Nos enseña algo tan simple como es el AMOR al prójimo y a uno mismo. Todo ello para nosotros es parte esencial del concepto de la Salud.

El mayor desafío que tenemos todos es dejar de lado en forma espontánea los oropeles y la arrogancia para unirnos cediendo preconceptos. El objetivo mayor, que nos supera individualmente, es el logro del bien común de la raza humana. Los nuevos cambios son en este “tiempo de vida”. La puerta hacia un futuro mejor siempre estará abierta, pero crucémosla. Se nos invita a una profunda reflexión. Construyamos juntos de lo existencial hacia lo trascendente del capital intangible de una Educación Global Digna centrada en la persona.



13° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto

Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Jorge A Decoud

Palabras del Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina. Prof Dr Elías Hurtado Hoyó

Buenas tardes. Me complace presidir una vez más una reunión para la entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto, glorias de la medicina argentina e internacional. Estamos en la 13° entrega. Agradezco la presencia de todos Uds como así también la de los miembros de la mesa, Dres Eduardo Zancolli, Mario Lugones, Miguel Galmés, Nelson Castro y el homenajeado de hoy el, Dr Jorge A Decoud.

Dr Decoud, he seguido con mucho interés su trayectoria científica desde que introdujo la cirugía laparoscópica en el país, la cual modificó todas nuestras actitudes relacionadas a los abordajes de la Cirugía, para nosotros la Cirugía Torácica. Este Premio otorgado por la Asociación Médica Argentina, con la colaboración invalorable de la Comisión Homenaje, fue creado para mantener la trascendencia y vigencia de la escuela Quirúrgica de los Hermanos Finochietto. Ud ha sido elegido por unanimidad y es un indiscutible reconocimiento más a su prolífica carrera profesional.

Para el acto de hoy me ha parecido más oportuno mostrarles cómo la AMA, con su personal técnico altamente calificado, paso a paso, está registrando la Historia de la Escuela. La tecnología actual con Internet permite mantener viva la Escuela, a la vez, tal vez también conservar las imágenes de todos aquellos discípulos que han participado de estos actos.

Como ustedes pueden ver (se va proyectando) en la página de la AMA la Escuela tiene un *link* fijo, en el cual Uds encuentran cada uno de los actos desde el 2002, en orden cronológico. Me detendré al azar en algunos de ellos. Están todos los discursos de los premiados, las palabras de los presentadores, el reconocimiento a algún miembro representativo de la Escuela ya fallecido, como así también los hechos culturales y sociales relacionados a la esencia de la Escuela. Las fotos de cada acto nos releva de comentar la jerarquía del espacio que la Escuela tiene en Internet. Muchos de los hoy presentes pueden reco-

nocerse. La presentación la hago además para estimularlos a que a lo ya aportado por ustedes puedan enriquecerlo aún más con vuestra creatividad.

Bueno, una vez más vuestro cursillista, Víctor Desseno, nos sorprende con sus contribuciones para la gloria de la Escuela. Como recordarán entre sus aportes está el haber reunido en estos salones las cenizas de los hermanos Finochietto, las que luego por la voluntad de las familias Menéndez Gorrini y Casco Madero, depositamos en el Cementerio de la Recoleta (se proyecta).

Hoy nos ha traído una de las 23 carpetas con los dibujos originales de Ricardo Finochietto que se los cediera el Dr Azulay, carpetas que nos hemos comprometido a digitalizar. En ésta hay una carta de Ricardo a sus maestros y a sus discípulos. Le he pedido al Dr Desseno que tenga la amabilidad de leérnosla. Víctor, el micrófono está a tu disposición.

Muchas gracias.

Lectura realizada por el Dr Desseno del original de la carta de la Conferencia Inaugural del ciclo de 1960 del Dr Ricardo Finochietto



Discurso Dr Oscar Zimman recuerdo al Dr José Alberto Cerisola

Buenos noches, gracias a la Comisión Directiva de la Escuela Finochietto por darme la posibilidad de recordar a un maestro de la Cirugía Plástica Argentina: el Dr José Alberto Cerisola.

Es interesante señalar que Cerisola no solo se destacó como cirujano plástico y máxilo-facial, sino que fue uno de los pilares en el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Fundó en 1952 el Laboratorio Sanitario que dio origen al Instituto de Parasitología María Fatala de Chaben. Aquí están los testimonios de sus compañeros de trabajo, Elsa Segura y Edgardo Schapochnik, y de quien dirige el Instituto, Sergio Sosa Estani, quienes lo recuerdan con respeto y afecto.

Pero es interesante destacar que no soy discípulo de Cerisola. Tuve en la vida tres encuentros con él en distintas etapas de nuestras vidas que me marcaron definitivamente: el primero cuando fui médico residente de Cirugía General en la Sala XV del Hospital Rawson de 1968 al 71, luego fue Presidente del Jurado en el concurso de Jefe de Sección de la Municipalidad de Buenos Aires (hoy GCBA) en 1981 y luego en el claustro docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires formando parte del Comité de Evaluación y Selección de la Carrera de Médicos Especialistas en Cirugía Plástica, de la cual era el coordinador y Cerisola como figura notable de la especialidad. Allí, entre 1998 y 2002, compartimos largas horas de debates sobre la enseñanza, una preocupación de ambos. A modo de recordatorio, en el querido Hospital Rawson había muchos lugares en donde se practicaba la cirugía plástica y la de cabeza y cuello, y Cerisola tenía un pequeño lugar en el las Salas 5 y 6 en donde hacía cirugía plástica sobre todo facial. Mi mentor en la especialidad, el Dr Eduardo Marino, siempre me hablaba muy bien de él y me sugería que lo visitara.

Ocasionalmente coincidíamos en congresos científicos como se ve en esta foto.

Posteriormente presidió el jurado del que ya hice mención y al que me referiré luego.

Pero mi verdadero contacto y amistad con Cerisola fue cuando me incorporé al claustro educativo de la Carrera de Especialistas de la Facultad de Medicina de la UBA. Cerisola ya pertenecía al consejo académico de la Carrera y yo como Profesor Regular Asociado de la especialidad y coordinador de la misma.

Desde la confección de las planillas de ingreso a la carrera se ocupaba de qué elementos tener en cuenta a la hora de entrevistar a los posibles alumnos, y las clases las concluía entregándonos las preguntas a responder en el examen de ingreso a la Carrera. A través de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica de la AMA, elaboró, junto a Pedro Dogliotti, las "Normas para una Residencia en Cirugía Plástica".

Pero para mi sorpresa un día me llama por teléfono y me dice: "Zimman, necesito hablar con vos, pero necesito 2 horas que me dediques en tu consultorio."

Arreglamos para el 17 de julio de 2002 y nos encontramos.

Para mí fueron dos horas que han quedado en mi memoria por todo lo que me dijo y los preciados regalos que conservo y custodio con todo afecto.

Con respecto a mi concurso en el quedé último de los 14 participantes, me trajo las puntuaciones que me había calificado, en antecedentes y entrevista, por lo cual habría posicionado como tercero en la lista, pero finalmente, sin antigüedad municipal, quedé último. Trajo además instrumental de Enrique Finochietto, con su caja original con sus iniciales, una carpeta con documentación histórica, dibujos originales de Ricardo Finochietto del libro *Cirugía Básica* sobre tratamiento de fracturas de malar; una foto enmarcada de Enrique y Ricardo que conservo en mi biblioteca, una carpeta con todos elementos para seguir trabajando en certificación y recertificación de especialistas.

Finalmente, una carta explicándome los fundamentos de la donación en la que habla de mí, pero que no es el momento de comentarla, ya que el motivo de esta pequeña charla es hablar de José Alberto Cerisola. De todas maneras, cada vez que recuerdo el encuentro y la responsabilidad que me legó, me provoca una emoción muy grande.

Agradezco al Dr Juan Martín Chavanne por las fotos del Dr Cerisola.

Muchas Gracias!

Presentación del Dr Jorge Decoud por el Dr Nespral

Sr Presidente de la AMA, Dr Hurtado Hoyo, Sres Académicos, colegas, Sras y Sres presentes.

Se mezclan en este acto una gran cantidad de sensaciones, todas ellas agradables, como responsabilidad, agradecimiento, honor y alegría (Figura 1).

Es una gran responsabilidad tratar de representar a los que hoy han concurrido a felicitar al Dr Jorge Alberto Decoud, es por esta razón que quiero agradecer profundamente esta oportunidad que me brindan a las autoridades que otorgan este prestigioso premio Enrique y Ricardo Finochietto (Figura 2). Quiero agradecer también además al Dr Decoud y al Dr Serafini por la colaboración prestada, y el material ofrecido para poder realizar esta presentación.

Es un inmenso honor para mí poder presentar a alguien a quien admiro profundamente, sentimiento éste compartido por la mayoría de los aquí presentes, y es una gran alegría poder participar en este acto de estricta justicia donde sus pares premian su brillante trayectoria.

Si recorremos a todas las personas aquí presentes, podemos ver a sus familiares, sus amigos, a sus maestros, a sus compañeros de trabajo y a sus discípulos. Es un gran orgullo haber sido uno de ellos.

Jorge Alberto Decoud nació el 11 de diciembre de 1940, en la Ciudad de Buenos Aires; rápidamente sus padres Marina y Carlos Alberto se trasladaron a José de San Martín, pequeño pueblo junto a la pre

Figura 1.

De izq a der: Dres Prof Elías Hurtado Hoyo, Miguel Galmés, Nelson Castro, Eduardo A. Zancolli, Jorge Decoud, Mario Lugones.

cordillera en Chubut. A los 6 años regresan e inicia la escuela primaria y secundaria en Colegio Guadalupe en Bs As. Con ellos recorre el mundo en un largo viaje y comienza su carrera de medicina en la UBA de donde egresa en 1965.

De familia con profunda impronta quirúrgica, su tío abuelo, Diógenes Decoud, era un reconocido médico miembro de la Academia Nacional de Medicina y fundador de la escuela quirúrgica del Hospital Ramos Mejía. Su padre, cirujano general, diseñaba algunos de sus instrumentos y fue concurrente a la escuela quirúrgica para graduados de los hermanos Finochietto.

En la adolescencia, Jorge ya ayudaba a su padre en cirugías. A instancias de él, ingresa como ayudante y disector en la cátedra de Anatomía del Prof Belleville hasta que comienza su formación de posgrado en 1965 como concurrente a la escuela quirúrgica de graduados en la sala XV del Hospital Rawson.

En 1966 se inicia el programa de residencias en reemplazo de dicha escuela y entra por concurso como residente a dicha sala a cargo del profesor Dr Diego Zavaleta. Ejerce la jefatura de residencia y permanece en el hospital hasta el año 1977 reconociendo como sus más apreciados maestros, entre otros, al Dr Diego Zavaleta, al Dr Santiago Perera, al Dr Artu-

ro Heidenreich, y al Dr Juan Carlos Olaciregui. Con estos dos últimos mantiene aún hoy una incondicional amistad y admiración. Fue también practicante en el Hospital Rawson y en el Hospital de Morón.

Dueño de un espíritu inquieto, que aun hoy conserva, decide ampliar su formación aceptando una beca de 9 meses por el Hospital Wilhelmina Gasthuis de Amsterdam a cargo del Prof Ite Boerema.

En su incursión europea, y habiendo visitado numerosos centros quirúrgicos, trajo la certeza que la escuela ideada por los hermanos Finochietto era la mejor herramienta para la formación de cirujanos nóveles.

En 1971, simultáneamente a su actividad en el Hospital Rawson, comienza como cirujano de guardia en el Sanatorio Güemes donde ingresa por concurso. Por el año 1976, preso de las erráticas políticas implementadas en nuestro país y ante la incomprensible inminencia del cierre del hospital, dedica todo su tiempo al Sanatorio Güemes donde comienza a soñar en recrear la misma estructura pensada por los hermanos Finochietto. Junto a los Dres Kaplan, Freilejer y otros recién ingresados organiza los primeros Ateneos quirúrgicos en ese Centro privado.

En 1976 es nombrado Jefe de Guardia de Cirugía del Sanatorio Güemes, y tres años después, Jefe del Servicio y Departamento de Cirugía. Desde ese

Figura 2.

De izq a der: Dres Victor Desseno, Miguel Galmes, Eduardo Zancolli, Prof Elías Hurtado Hoyo, Jorge Decoud, Mario Lugones.

puesto y con el invaluable ingreso del Dr Agrest y su equipo se abocan a la creación del sistema de residencias, siendo el inicio formal de la misma en 1980, constituyendo éste uno de sus mayores logros.

Con la presentación de numerosos trabajos, cuatro de ellos premiados, y participación en distintas Sociedades y Congresos, su prestigio dentro de la comunidad médica creció paulatinamente y fue así que el 10 de septiembre de 1985 fue designado Miembro Asociado Titular de la Academia Argentina de Cirugía.

Estos reconocimientos nuestro jefe los validaba diariamente en los quirófanos operando todo tipo de patología con excelente técnica y resultados tal como sus maestros en la escuela Finochietto le habían enseñado.

En las cirugías resaltaba por su elegancia en los gestos, y por su obsesión por lograr una excelente exposición del campo quirúrgico, maravillaba la utilización de la mítica pinza rusa y la excelsa habilidad en el uso de la tijera. Podríamos decir que en el jefe se cumplía aquel aforismo del cirujano que debía tener manos de mujer, ojos de águila y corazón de león.

Partiendo de la base de que es fácil enseñar lo que uno hace, al jefe le resultaba sencillo enseñar a operar; los que lo veíamos teníamos la sensación que podríamos imitarlo; esa sensación se diluía al momento de pasar a los hechos.

Dueño de una atractiva personalidad y un cautivante poder de seducción, siempre estableció una excelente relación con sus pacientes, colegas y amigos.

Su dimensión como cirujano nada tenía que ver con sus cualidades deportivas, jamás lo vi jugar al fútbol, pero se confesaba un negado; en el tenis logró un nivel aceptable gracias a sus escapadas con su compañero y amigo Cuchi Rivas Diez, y fue en ese deporte donde apostaba jugosos premios con algunos de sus residentes donde el más preciado era ser ayudado en alguna cirugía mayor. Posteriormente se dedicó al golf, donde maltrató los campos de Las Praderas por algunos años. Tal vez su mayor pasión deportiva sea la náutica, que lo llevó a tener distintas embarcaciones que compartía con sus hijos, Alain, Roger y Thierry, y con amigos con cruces a la costa uruguaya incluidos.

Su principal *hobby* se reparte entre el piano y las tareas manuales con madera tales como la realización de embarcaciones, sillas en miniatura, hasta la restauración del interior de un auto antiguo que luego cedió a sus hijos. En las entrevistas a los aspirantes a residentes indagaba sobre estas inclinaciones, pero con el tiempo estas averiguaciones carecieron del factor sorpresa, probablemente por la acción de su secretaria de toda la vida, Graciela Bernad: todos los aspirantes ya conocían de su afición.

Llegamos así al año 1988 donde el jefe disfrutaba de su bien ganado prestigio como cirujano y de su servicio de cirugía en el sanatorio Güemes compuesto en su totalidad por ex-residentes por él formados quienes le profesaban respeto, admiración y lealtad, sentimientos que aún perduran hacia él.

Se estableció un grupo de trabajo donde cada uno cumplía con su función específica y el premio consistía en enfrentar cada vez mayores desafíos quirúrgicos. Él experimentaba una creciente satisfacción personal con los logros de su equipo, pero siempre atento a cualquier necesidad que el servicio presentara.

Disfrutaba discutir sobre los pacientes tanto en los ateneos como en su oficina; siempre atento a otras opiniones, trataba de formar cirujanos sólidos que defendieran sus convicciones, y cuando en raras ocasiones a nuestro jefe no le asistía la razón, aparecía una mirada cómplice, una media sonrisa pícaro y la famosa frase: “¿y yo qué dije?”

En el año 1990 plasma su más resonante aporte a la cirugía argentina que lo ha hecho ingresar a la historia misma, honrando a sus maestros y haciendo partícipes a sus discípulos. Fue el 10 de octubre en el quirófano 14 del sanatorio Güemes donde se realizó la primera colecistectomía laparoscópica del país. Seguramente los Dres Finochietto y Zavaleta, que en vida sostenían que a grandes cirujanos les correspondían grandes incisiones, estarían orgullosos de su discípulo, que se transformó en adalid de la cirugía mini-invasiva.

Pero vale la pena hacer algunas consideraciones sobre esa primera colecistectomía laparoscópica. En el *American College* de 1989 en Atlanta se presentó la nueva técnica y se vieron los primeros videos. Gracias a su amigo, el Dr Luis Viola, uno de esos videos llega a manos del jefe a principios de 1990, quien consideró que esa técnica era factible y útil para los pacientes y decide desarrollarla. Así se pone en contacto con importadores de instrumental y venciendo múltiples trabas burocráticas, económicas e institucionales, logra luego de seis meses importar el primer equipo de laparoscopia, que llega con faltantes tales como el insuflador y la clipadora.

Dueño de una gran imaginación y valentía decide realizar la primera cirugía el 10 de octubre, combinando una posición francesa (de Pean) del paciente con colocación de trocares según la técnica americana con el objetivo de tener de frente el campo operatorio. Ante alguna falla del insuflador, se utilizó una pera de Richardson para continuar con el Neumoperitoneo. Debo confesar que esa fue mi función y aún hoy recuerdo el dolor de brazos que me produjo dicha cirugía. Las clipadoras faltantes fueron aportadas por la lucidez del Dr Julio Kaplan, quien las pidió como souvenir en el *American College* en septiembre de 1990, un mes antes de la cirugía, ya que no se conseguían de otro modo.

La cirugía fue un éxito, y a la paciente le fue desconectado el televisor para que no se viese en el noticiero de esa noche ya que la dirección del Sanatorio la publicó inmediatamente.

Los años siguientes fueron de intenso trabajo asistencial, académico y sobre todo educativo ya que nos enseñó la técnica a todos nosotros y a todos aquellos que quisieran aprenderla. Recibía diaria-

mente numerosos cirujanos del interior y del extranjero. Ello motivó que fuera invitado a hacer numerosas demostraciones quirúrgicas.

El jefe se caracteriza por poner en práctica lo que piensa y él cree que si el conocimiento permanece dentro de uno mismo, es como una vela apagada, y tanto lo puso en práctica que más de una vez se enfrentó fuertemente con quienes pretendían que la cirugía laparoscópica fuese un secreto empresarial no divulgable, actitud ésta que lo honra a él y en él a sus maestros.

El jefe es un ser agradecido y tanto lo fue que no solo ayudaba a sus residentes sino que también asistió en su primera colecistectomía laparoscópica a quien fuera su maestro en Cirugía Biliar, el Dr Santiago Perera.

En los años posteriores alentó a sus discípulos a enfrentar desafíos mayores, y así se presentaron los primeros trabajos de complicaciones en colecistectomías laparoscópicas, colecistectomías laparoscópicas en pancreatitis aguda, coledocolitiasis anastomosis laparoscópica, cirugía colorrectal resectiva por vía laparoscópica y la resección de adenomas suprarrenales.

Sus deseos de brindar cirugía de excelencia con educación médica continua se vieron afectados por la inestable situación económica del país y por ende de las instituciones médicas, motivo por el cual debió emigrar con su servicio al Policlínico Bancario y luego a los Institutos Médicos Antártida, donde continuó formando nóveles cirujanos y difundiendo la cirugía laparoscópica.

En el año 2006 recibe el reconocimiento de sus pares y es designado miembro académico emérito de la Academia Argentina de Cirugía.

En los últimos años se dedicó a la actividad privada y sus mayores esfuerzos los orientó hacia la revalorización de la actividad médica.

El admirado y querido Dr Agrest definía al maestro como un hacedor que sabe generar el deseo de aprender y hacer, no conformándose solo con la mera erudición, y fiel a esta definición el título de maestro le corresponde perfectamente a nuestro querido jefe.

Su intensa actividad profesional y docente le permitió formar una gran cantidad de discípulos dispersos a lo largo y ancho del país, quienes tenemos el desafío de no defraudarlo.

Conociendo como lo conozco al jefe, seguramente no lo defraudaremos si hacemos realidad la máxima de los hermanos Finochietto, que sostenía que el cumplimiento del deber solo se logra cuando se va más allá de las obligaciones.

Discurso del homenajeado Dr Jorge A Decoud

Sr Presidente de la AMA, Prof Dr Hurtado Hoyo, Sres Académicos, colegas, familiares y amigos. Gracias por su presencia.

Es para mí un gran honor haber sido elegido para integrar la lista de los galardonados con el pre-

mio Enrique y Ricardo Finochietto dada la jerarquía médico quirúrgica de quienes me precedieron.

La escuela Finochietto ha sido y es la fuente de destacados cirujanos y una de las más reconocidas en el mundo. Esta ha sembrado profesionales en todos los rincones del país, donde la formación técnica, ética, científica y la disciplina fueron sus banderas.

Fue un privilegio haber transcurrido en ella junto a maestros que se brindaron con generosidad y fueron modelos que quedaron grabados en mi mente.

Diego Zavaleta, nuestro jefe, gran cirujano, enérgico, con la autoridad nata que nacía de su enorme capacidad y sus conductas, nos instó al estudio, dedicación, respeto al paciente, perfección técnica y superación permanente.

No puedo dejar de recordar el plantel de la Sala XV del Hospital Rawson con mi agradecimiento a todos ellos y una oración para quienes ya no están, ni olvidar nombres como Piñeiro Sorondo, Bueno, Perera, Abeleyra, Trigo, Caamaño Días, Gugliotela, Marino, entre otros.

Pero muy especial es mi reconocimiento a los Dres Arturo Heidenreich y Juan Carlos Olaciregui, a quienes admiré, acompañé, me guiaron con su ejemplo, con su capacidad y me honraron con su amistad y afecto mutuo. Ejemplos de generosidad docente.

Fue afortunado luego mi ingreso al entonces Sanatorio Güemes donde la calidad directiva y hombría de bien del Dr Mauricio Baron permitió conjugar la ética, la superación, el crecimiento profesional, la docencia y fundamentalmente el respeto al colega.

Allí se pudieron introducir las características de la Escuela Finochietto.

Luego se enriqueció la calidad médica, el nivel de conocimiento y la organización con la llegada del Dr Alberto Agrest y su destacado equipo de médicos clínicos, Dres Jorge Hevia y Aldo Barsanti, entre otros. Ello permitió la creación de las residencias en todas las especialidades, con tal prestigio que se presentaban 1.500 postulantes por año.

Fue un privilegio también compartir allí, con otras jefaturas de tan alto nivel como la de los Dres Agrest, Chacón, Loza, Yoel y Simkim, Scapatura, Stambulian, Stecovich, Sánchez Avalos, De La Fuente, Favalaro, Gross González Moles, Bertolasi, Vitaco, Borrue, Prieto, entre otros. Y la Sra Juana Bustingorry, que posibilitó la organización de 25 quirófanos donde se podían realizar hasta 100 cirugías por día.

Hace unos años el Prof Laurens en su conferencia por el alejamiento de la Cirugía dijo: "el cirujano apasionado de su profesión deja de operar cuando ya no disfruta de la misma". Me permito agregar que entonces se comienza a disfrutar de los recuerdos. En los míos surgen las residencias, aquella donde me formé en el Hospital Rawson, como las que ayudé a organizar en el Güemes, Antártida y Bancario. En ellas surgieron cirujanos que superaron las expectativas y a su jefe, llevando algunos a muchos rincones del país la mística y calidad quirúrgica de la Escuela Finochietto.

Debo destacar que luego de 21 años de desempeño en el Güemes, cuando un mal cambio en su Dirección me obligó a renunciar; los ex-residentes, entonces ya cirujanos de staff, renunciaron en masa por solidaridad, a pesar de mi insistencia en lo contrario. Lealtad que no olvido. Estoy orgulloso de sus trayectorias y éxitos profesionales.

En la reapertura y nueva administración del Güemes se ha restablecido el sistema de residencias persiguiendo la Escuela en dicha Institución bajo la jefatura de un ex-residente, el Dr Serafini, y otros ex-residentes, hoy modelo de servicio.

Muchas empresas de la medicina se preocupan por el control de gastos porque sus directores aún no han aprendido que la educación médica continua y las residencias son el mejor método para el control de la calidad médica, y por lo tanto, la reducción de sus costos. Y que los ateneos médicos y las horas de estudio como los congresos no son horas de descanso. Por ello me congratulo con el Dr Lugones que ha permitido renacer en el Güemes el mencionado sistema, hoy exitoso y de prestigio creciente.

Agradezco a la comisión Directiva esta distinción por mi trayectoria, aunque fue producto de la inestimable colaboración del Dr Julio Kaplan, de nuestros residentes con quienes formamos un grupo unido y sólido de trabajo y el distinguido conjunto de jefes de Servicios y profesionales que me acompañaron. Sin todos ellos nada hubiera sido posible.

Agradezco especialmente a mis amigos, al Dr Nepal por sus palabras, a los Dres Serafini, Taddei, Menéndez, pilares fundamentales que me acompañaron luego de tantos años en las buenas y en las malas. A mis ex-residentes, algunos hoy venidos del interior, a mis colegas, amigos presentes, al Dr Urquijo, destacado Cirujano que ha venido de España, a mi familia. A mis queridos hijos de quienes estoy orgulloso.

Y por qué no decirlo, de mi reciente primer nieto que me ha dado tanta felicidad.

Muchas Gracias

Palabras del Dr Nelson Castro

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Decoud, Prof Zanco, Dr Lugones, querido amigo Prof Miguel Galmés, colegas, Sres presentes.

Para mí es un verdadero honor estar aquí, y además representa una verdadera emoción observar y apreciar en este acto la valoración que cada uno de ustedes hace de trayectorias y de lo que representa para una sociedad la existencia, el trabajo y la labor de un Maestro.

Lo felicito Dr Decoud, lo felicito a quien lo homenajeó en nombre de sus discípulos y felicito a la AMA por esta conducta, porque se engarza en el desafío fundamental que tiene la Argentina en este presente de cara al futuro mejor que todos queremos.

La historia de los hermanos Finochietto y la Historia de la Escuela Quirúrgica, fundada por los

hermanos Finochietto, creo que representa en su devenir la tragedia argentina, aquella de la cual debemos aprender para no repetirla y para encontrar el camino de superación que necesitamos. ¿Y por qué digo que representa esto la tragedia argentina? Porque la destrucción de aquella Escuela, el intento de destrucción al cual por supuesto Uds con su labor se resistieron, el cierre de aquel hospital glorioso, el Hospital Rawson y de la Sala 15, representa, y utilizo una vez más la palabra, en esencia, este mal que nos aqueja a los argentinos y del cual necesitamos salir desesperadamente.

La vida me premió, teniendo la fortuna de ser discípulo de dos de los hombres, de los grandes profesores mencionados por todos ustedes, el Prof Trigo y el Prof Olaciregui, que conocí como estudiante junto con Miguel en aquel Hospital Alvear, también cerrado. ¿Y por qué digo que necesitamos nosotros aprender de esto? Es muy importante lo que Uds están haciendo y transmitiendo al mundo: aquella Sala se cerró como consecuencia de un revanchismo político doloroso, penoso y nocivo para el país como fue doloroso, penoso y nocivo el ostracismo brutal al cual fue sometido el Dr Ricardo Finochietto tras el derrocamiento del segundo gobierno del Gral Perón, ese exilio que nos privó de esa presencia que castigó por razones ideológicas, que pudo haber tenido posiciones criticables o no en lo político pero que hizo escuela, hizo docencia y generó un legado para el país que Ustedes representan; creo que forma parte de lo que nosotros debemos aprender con la idea de evolucionar. La tragedia de la Escuela Quirúrgica en su desaparición representa la tragedia de la Argentina, representa la exégesis de la intolerancia y ejemplifica los males que la intolerancia genera para una sociedad y nos pone a nosotros de cara a un interrogante crucial, que por supuesto muchos de los que llevaron adelante esa tarea que tenía como fundamento la venganza, eran colegas del Dr Finochietto.

Nos debemos preguntar por qué, y nos debemos preguntar de cara a no repetirlo y de cara a un profundo problema que enfrenta la Argentina que tiene esta tendencia de divisiones que la historia repite a lo largo de los años y a lo largo de los siglos; fue en el siglo XIX, fue en el siglo XX y tal vez la estemos viviendo ahora; por eso este acto es muy importante no solamente para la medicina, es importante para la sociedad argentina porque Uds encarnan una concepción de excelencia de la medicina profundamente puesta al servicio de la sociedad. Se homenajea aquí no a una elite, se homenajea aquí a un destacado Profesor que utilizó y utiliza su conocimiento para el bien de la sociedad de pobres y

ricos, de abogados, ingenieros, médicos, carpinteros, estibadores y quién sea de hombres y mujeres de distintas extracciones políticas: peronistas, radicales, comunistas, independientes, lo que fueren, es decir, se homenajea aquí a ciudadanos y a personas que han puesto el noble fin de la medicina como Norte fundamental de la adquisición de sus conocimientos, y se recuerda aquí al homenajear a tan destacada trayectoria una tragedia que es importante recordarla para no repetirla. La Argentina tiene un desafío, la Argentina se informa de la historia pero no la aprende, la Argentina parece conocer la historia pero no saca conclusiones para mejorarla; ésta es una historia para conocer y yo celebro que Uds lo hagan de esta manera marcando las virtudes, marcando la nobleza de propósitos, marcando la existencia de ideales que son tan fundamentales en cada hora de construcción de una Nación, más ahora, donde el exitismo fácil parece ser el Norte que rige el comportamiento de la conducta humana acá y en muchas partes del mundo.

Los principios finochietistas que Uds enarbolan constituyen la base no solamente de una medicina de excelencia, constituyen la base de una cultura de vida del cual nosotros tenemos enorme necesidad en la sociedad.

Quiero entonces darle esta trascendencia a este acto, quiero entonces decirles el por qué me siento enormemente honrado de la distinción que me han hecho en su participación. Quiero felicitarlos, quiero felicitar al Dr una vez más y a sus discípulos, y quiero estimularlos para que Uds continúen en esta ruta con este mismo ejemplo, con este mismo camino haciendo cosas por el país que es lo que hacen los buenos médicos. Los países que valoran a sus médicos, sobre todo cuando sus médicos tienen estos ideales, son países mejores. La Argentina fue peor después del cierre del Rawson, no fue mejor, la Argentina fue peor cuando llamó al ostracismo a estos Maestros, la Argentina va a ser mejor gracias a Uds, y los insto a quienes son sus discípulos, Dr Decoud, a que no desfallezcan así como todos aquellos que tienen los ideales finochietistas, manténgalos, sosténgalos, ejérzanlos, divúlgenlos no solamente en los ambientes médicos sino en todos los ambientes, en sus familias, en el barrio, en el club, en donde fuere porque son ideales de superación no solamente médica sino de superación social, ideales sin los cuales seguramente va a ser difícil alcanzar el mañana mejor que todos soñamos para nuestro querido país.

Muchísimas Gracias

Taquipnea persistente en un lactante por hiperplasia de células neuroendocrinas pulmonares

Dres Eduardo R Lentini,¹ Megan K Dishop,² Alan S Brody,³ Julio Oliva,⁴
Lic Adriana López Millán¹

¹ Servicio de Neumonología. Hospital de Niños HJ Notti. Mendoza, Argentina.

² Department of Pathology and Laboratory Medicine. Children's Hospital of Colorado and University of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado, EE.UU.

³ Department of Radiology. Cincinnati Children's Hospital, EE.UU.

⁴ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Niños de Mendoza, Argentina.

Resumen

Introducción. Sobre la base de un caso clínico se presenta la descripción de un cuadro intersticial pulmonar por hiperplasia de células neuroendocrinas en un lactante. **Método.** Seguimiento clínico desde el sexto mes hasta los 17 meses con extensos estudios para descartar otras patologías semejantes. El diagnóstico definitivo fue determinado por taquipnea persistente y rales crepitantes con imágenes en vidrio esmerilado características, en lóbulo medio y llingula. La biopsia pulmonar fue "normal" a la observación con microscopio óptico a pesar de las imágenes evidentes en TAC. La tinción con bombesina demostró acumulaciones anormales de células neuroendocrinas de 10,9% en bronquiolos e hiperinsuflación (Children's Hospital of Colorado). **Resultados.** Se confirmó en este lactante con síntomas de cuadro intersticial la patología pulmonar sospechada: hiperplasia de células neuroendocrinas. Ésta debe ser sospechada en un lactante con: taquipnea, rales crepitantes persistentes, posible desnutrición, radiografía hiperinsuflada, tomografía que muestra imágenes en mosaico tipo vidrio esmerilado especialmente en lóbulo medio y llingula. **Biopsia pulmonar casi normal y aumento porcentual de células neuroendocrinas en bronquios periféricos.**

Palabras claves. Enfermedad intersticial pulmonar, infancia, células neuroendocrinas, taquipnea persistente.

Persistent tachypnea of infancy and pulmonary neuroendocrine cells hyperplasia

Summary

Introduction. A clinical case of a 6 month old infant with symptoms of interstitial lung disease is presented. **Methodology.** Follow up until 17 months of age is described. Extensive studies were included to rule out other similar pathologies of infancy. Final diagnosis was determined by characteristic clinical symptomatology of persistent tachypnea and crepitant rales, hyperinflated chest x rays, CT scan presenting ground glass opacities in the middle lobe and lingula. Lung biopsy was nearly normal and bombesin staining showed increased percentage of neuroendocrine bronchial cells (10.9%) (Children's Hospital of Colorado). **Results.** NEHI was confirmed in this 6 months old infant. This diagnosis should be suspected in a tachypneic infant, with persistent fine rales, possible undernutrition, chest x-rays hyperinflation and CT scan with ground glass opacities more characteristically in middle lobe and lingula. **Lung biopsy is near normal but staining with bombesin shows increased number of neuroendocrine cells and neuroendocrine bodies.**

Key words. Interstitial lung disease, NEHI, persistent tachypnea of infancy.

Abreviaturas

EPCNE: Enfermedad Pulmonar por Hiperplasia de Células Neuroendocrinas.

TAC: Tomografía Axial Computada.

LBA: Lavaje bronco-alveolar.

Introducción

La evolución histórica de la clasificación clínica-anatomopatológica de los cuadros pulmonares intersticiales ha pasado por una primera etapa cen-

Correspondencia: Dr Eduardo Lentini
Paso de los Andes 55, Mendoza (5500), Argentina
E-mail: doclentini@gmail.com

trada en el adulto que comenzó con Liebow, siendo luego mantenida en 4 entidades anatomopatológicas por Katzenstein.¹ Clasificaciones de procesos que se denominaban simplemente como fibrosis pulmonar idiopática o alveolitis fibrosante criptogénica han probado ser de escasa utilidad en la infancia; tal es así que la UIP (*usual interstitial pneumonia*), o Neumonía Intersticial Habitual, descrita como una de las más frecuentes en el adulto, es puesta en duda en cuanto a su existencia en la infancia.²

Nuevas clasificaciones etarias han surgido para la niñez, tomando los 2 años de edad como un punto de inflexión que separa procesos relativamente distintos en cuanto a su edad de aparición y significado. Es así que en los mayores de 2 años encontramos encabezados de clasificación separándolos en: **a)** enfermedad pulmonar intersticial “intrínseca” (donde están algunas de las entidades descritas por Katzenstein) y también **ie:** los síndromes de hemorragias alveolares, entre varias; **b)** asociadas a enfermedades sistémicas, **ie:** colagenosis.³ No se describen obviamente aquí todas las patologías bajo cada encabezado clasificatorio.

El término “intersticial” es algo limitado ya que actualmente se reconoce que la afectación puede abarcar no sólo el intersticio sino también las vías aéreas, alvéolos, vasos sanguíneos pulmonares, linfáticos y la pleura; es por eso que algunos prefieren llamarlas “enfermedad pulmonar difusa infrecuente (EPDI) (*rare diffuse lung disease*).

Nos concentraremos en las clasificaciones que abarcan a menores de 2 años ya que el caso a presentar se encuentra en ese rango etario.⁴

Dentro de las enfermedades pulmonares difusas de la infancia –menores de 2 años– que abarcan múltiples estructuras del pulmón (EPDI) y descartando las más frecuentes (FQ, aspiración DBP etc) queda un grupo que en la literatura inglesa se ha dado en llamar “*chILD*” (*childhood interstitial lung disease*), dentro de las cuales se destacan los defectos del surfactante B-C y el ABCA-3 (*ATP-binding cassette 3*) que causan patología aguda/crónica de evolución frecuentemente fatal, sino crónica.⁵ Las hemos denominado SINI (Síndrome Intersticial de la Infancia). Dentro de ese grupo, en su espectro más leve, se encuentra la enfermedad pulmonar por hiperplasia de células neuroendocrinas (EPCNE) que es la que se presenta aquí, a propósito de un caso.⁶

El papel de las células neuroendocrinas en el pulmón no está claro: son células granuladas epiteliales distribuidas en las vías aéreas de conducción y a veces como pequeños agrupamientos llamados cuerpos neuro-epiteliales (CNE). Producen productos bio-activos (péptidos tipo bombesina, serotonina y calcitonina) que pueden causar broncoconstricción, actividad vasomotora, diferenciación epitelial y alteraciones del músculo liso bronquial. Están presentes en mayor número en la vida fetal donde se piensa que juegan papel en el desarrollo pulmonar.⁷ También se han descrito incrementadas en varias

enfermedades asociadas con hipoxemia y daño pulmonar como la DBP, síndrome de muerte súbita, hipertensión pulmonar y fibrosis quística.⁸

Objetivo

Presentar un caso de un lactante con taquipnea persistente y crepitantes, desaturaciones de O₂ variables, tomografía sugestiva de EPCNE y biopsia pulmonar normal. Corroborado el diagnóstico con la colaboración de Centros con más experiencia y tecnología con tinción para bombesina, se presentan las características clínicas, tomográficas y de biopsia de los cuadros EPCNE que deben hacerlos sospechar, así como los posibles diagnósticos diferenciales y metodología diagnóstica.

Metodología

Este es un estudio de seguimiento clínico, de laboratorio, tomográfico y de biopsia pulmonar de un lactante que fue derivado al sexto mes de vida al Servicio de Neumonología, por taquipnea desde el 3er mes de vida con el antecedente de una “bronquiolitis” al mes, saturación O₂ de 81% y pobre progresión de peso (Pc 3). La radiografía de tórax mostraba hiperinsuflación bilateral y la auscultación encontró rales crepitantes en ambas bases.

La tomografía computada (TAC) se realizó con sedación bajo anestesia y se realizaron tomas en inspiración-espriación.⁹ Se envió la fotografía digital, por Internet, al Centro de Radiología Pediátrica del *Cincinnati's Children's Hospital* donde fue reinterpretada por el Dr Alan Brody, Jefe del Servicio.

Biopsia

Se realizó a cielo abierto evitando los bordes del lóbulo medio. La muestra se insufló apropiadamente previo a su fijación.¹⁰ Después de su observación en nuestro laboratorio de Anatomía Patológica, se realizaron las correspondientes tramitaciones ante Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación y se reenvió el taco a EE.UU, donde la Dra Megan Dishop, Jefa de Patología, realizó tinciones con bombesina y recuento de la cantidad y proporción de células claras (neuroendocrinas).¹¹

Lavaje bronco-alveolar (LBA)

Inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales con técnica de segundos anticuerpos biotinilados y polímero con estreptavidina-biotina-peroxidasa.

Los estudios realizados se describen en “Resultados”.

Resultados

La presentación de este enfermo cuenta con la aprobación familiar.

Presentación clínica: Lactante que comienza a ser visto a los 6 meses de edad. R Nacido a término (40 semanas); parto por cesárea por “sufrimiento fetal”; PN 2.690 gr (PAEG); APGARD: 9-10. “Screening”

neonatal normal. Un tío materno: "alérgico". No ha vivido en lugares de elevada altitud, no hay registro de fumadores en el hogar. No ha habido enfermos con patología pulmonar crónica en la familia. Tiempo de seguimiento: hasta los 17 meses –fecha de esta evaluación de su H Clínica– y continúa.

Comentarios sobre la tabla: Taquipnea: no registra taquipnea al nacer, sí un episodio de "bronquiolitis" al mes y la madre lo nota taquipneico desde el 3er mes. Con alternativas de empeoramiento y mejoría, la taquipnea persistente se mantuvo hasta el año de edad. A partir de allí la madre informa que sólo lo ve taquip-

neico al deambular. **Desaturación** de O_2 : salvo la primera determinación al 6º mes de 81%, su hipoxemia no ha sido importante (descensos a 88% al 10º y 11º mes). El resto del tiempo ha mantenido valores de 95% o superiores y no ha requerido oxígeno domiciliario. **Tiraje** hasta los 12 meses y siempre murmullo vesicular normal. **Estertores crepitantes** (descritos en la literatura frecuentemente como persistentes), se mantuvieron hasta los 11 meses en que dejaron de auscultarse. **Peso:** su seguimiento registra Pc <3 al 7º mes. A partir de allí se nota una lenta recuperación lográndose un peso entre Pc 10-25 a partir de los 15 meses.

Tabla 1. Principales signos clínicos.

Edad meses	Taquipnea > 45 x'	Satur. O_2 %	Tiraje	M. vesic. normal	Crepit.	Peso (Pc)	Proc. Diagnós.
6	48	81	Sí	Sí	Sí	¿?	
7	52	95-98	Sí	Sí	NO	<Pc 3	
8	65	95	Sí	Sí	Sí	Pc 3-10	
10	68	88	Sí	Sí	Sí	Pc 3	
11	74	88	Sí	Sí	Sí	Pc 3	TAC-LBA-Biopsia
12	60	95	Sí	Sí	NO	¿?	
15	NO *	98	NO	Sí	NO	Pc 10-25	
17	NO *	95	NO	Sí	NO	Pc 10-25	

Aclaración: * taquipnea sólo con la deambulación.

Estudios y resultados

Teniendo en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales y/o complicaciones que pudieran agregarse al cuadro intersticial, se pidió:

Hemograma completo (normal).

Estudio virológico de secreciones nasales (Inmuno-fluorescencia Indirecta): Negativo para VRS, Adenovirus, Para-influenzae I-II-III, Influenza A-B.

Estudio inmunológico completo (incluyendo inmunoglobulinas, IgE y sub-grupos de IgG).

Factores del complemento, anticuerpos anti-

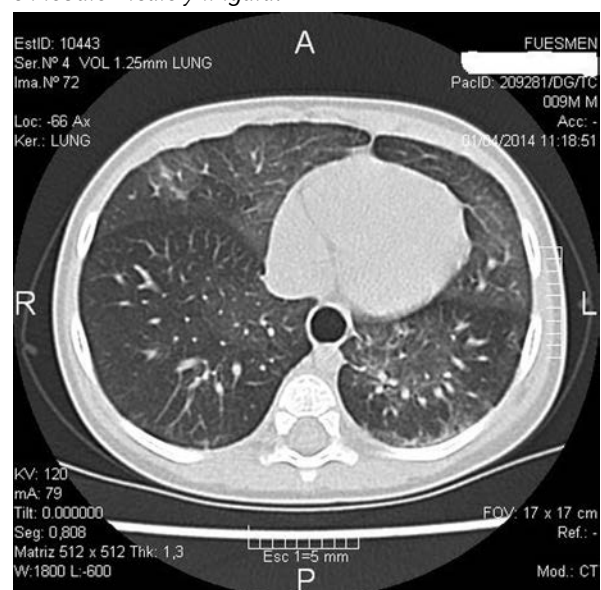
pneumococo: todo normal salvo ligero descenso de IgA secretoria.

Seriada Gastro-Esofágica (buscando reflujo): normal.

Figura 1. "Se nota una importante hiperinsuflación pulmonar sobre todo en el perfil. Obsérvese la casi total normalidad de los campos pulmonares".



Figura 2. Se observan imágenes en "vidrio esmerilado" en lóbulo medio y lingula.



Biopsia Pulmonar H & E (hecha a los 11 meses de vida, junto con el LBA). Resultados: negativa para bacterias; microscopía óptica informa: "Parénquima pulmonar distal sin hallazgos histopatológicos significativos".

A. Patológica Hospital Notti.

LBA: "Hecho en el mismo momento que la biopsia. Es negativo para bacterias. Se encuentra positivo para *Pneumocystis Jirovecii*(PJ); *Chlamydiae* y *Mycoplasma Pneumoniae*(MP).

Test del sudor: Cl- 10,63 mEq/L (volumen 254 mgr): normal.

Estudios para tiroides: TSH, T3, T4: normales para la edad.

Eco-doppler color cardíaco: (al 8º mes): anatomía cardíaca normal, no hay signos de hipertensión pulmonar.

Rx tórax: 6º mes: hiperinsuflación bilateral sin otros signos (se incluyen Figuras 1 y 2).

TAC pulmonar (inspirada/espirada): imágenes en vidrio esmerilado (IVE) comprometiendo llingula y lóbulo medio (se incluyen imágenes).

Biopsia pulmonar

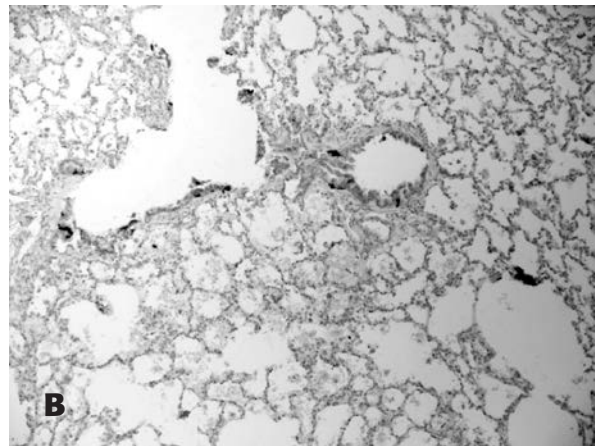
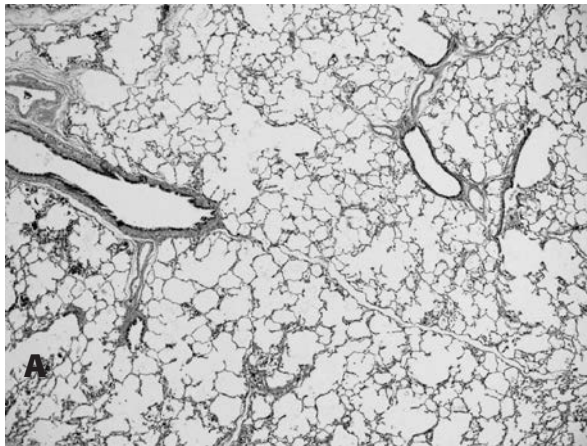
Resultados de evaluación de "taco" enviado (Children's Hospital of Colorado-Laboratory): **informa:** "*wedge biopsy: features consistent with neuroendocrine cell hyperplasia of infancy (nehi)*".

1- *Mildly increased bronchiolar neuroendocrine cells (up to 10.9%)*.

2- *Alveolar hyperinflation*".

Traducción y síntesis: se encuentra un incremento de células neuroendocrinas de 19,9% en zonas bronquiolares. El diagnóstico es compatible con EPCNE (NEHI).

Figura 3. a) Biopsia pulmonar. Histología casi normal. Desarrollo alveolar normal, sin inflamación o enfermedad vascular. Las áreas con distensión alveolar indican hiperinsuflación (Hematoxilina & Eosina, 10x). b) Tinción inmu-histoquímica con bombesina muestra hiperplasia de células neuroendocrinas en vías aéreas (más de 10% de las células epiteliales bronquiales) y cuerpos neuroepiteliales. (25x)



Discusión

La descripción de EPCNE viene a redefinir y quizás circunscribir el extenso panorama de los cuadros pulmonares intersticiales en la infancia. Se la ha descrito a través del tiempo como: a) "*Chronic idiopathic bronchiolitis of infancy*",¹² b) "*Persistent Tachypnea of Infancy*",⁷ c) hasta el actual "EPCNE" (NEHI en inglés).⁵

En un centro neumonológico muy activo, seguramente no es la enfermedad con mayor demanda, como sí lo son la muy frecuente patología bronco-obstructiva y el asma, la fibrosis quística, displasias broncopulmonares, etc. La frecuencia en la literatura (con los distintos nombres a través del tiempo, que ha tomado la actual EPCNE) es aproximadamente de 1 caso por año,¹³ aunque algunos centros de referencia citan 4 casos anuales. En nuestro caso, se trata del primer paciente en 8 años de evaluación de cuadros intersticiales. No hemos encontrado otro caso confirmado en referencias argentinas.

Un cuadro intersticial debe sospecharse según la definición de la *American Thoracic Society* en presencia de 3 de los siguientes 4 criterios, en ausencia de otros síndromes conocidos: 1) síntomas respiratorios (tos, taquipnea o disnea de ejercicio); 2) signos respiratorios (taquipnea, rales, tiraje, hipocratismo digital, dificultad en la progresión de peso); 3) hipoxemia; y 4) anomalías difusas en radiografía de tórax o TAC.⁵

Como observamos, la EPCNE (y nuestro enfermo) satisfacen ampliamente estos requisitos que la colocarían en los cuadros intersticiales aunque la "casi normalidad" de su biopsia la "aleje" de éstos; pero tiene algunas características particulares que contribuyen a que el médico avisado la pueda sospechar y que podemos concretar así: **taquipnea persistente** variable en el primer año de vida, no necesariamente desde el nacimiento, **estertores crepitantes persistentes**, **desaturación** de O₂ en muchos casos, **frecuente falta de progresión de peso**, **hiperinsuflación** en radiogra-

fía de tórax, TAC presentando imágenes tipo vidrio esmerilado especialmente en **lóbulo medio y llingula semejando “alas”** en la zona anterior,¹⁴ **biopsia pulmonar** a la observación con microscopio óptico que muestra estructura parenquimatosa prácticamente **normal** e incremento del número de células neuroendocrinas y agrupaciones de ellas constituyendo cuerpos neuroendocrinos en la vía aérea a la tinción con bombesina. Se deben descartar todas las otras causas de patología pulmonar persistente más frecuentes a esa edad.¹⁵

Resumiendo:

- a) Taquipnea persistente.
- b) Estertores crepitantes persistentes.
- c) Hipoxemia variable.
- d) Rx tórax: Hiperinsuflación.
- e) TAC: vidrio esmerilado en “alas” (lóbulo medio y llingula).
- f) Biopsia pulmonar a microscopio óptico: casi normal.
- g) Incremento de células neuroendocrinas en bronquiolos a la tinción por bombesina.
- h) Haber descartado exhaustivamente todas otras causas de patología pulmonar persistente más frecuentes a esa edad.

Habiendo sido extensamente estudiado nuestro enfermo llena todos estos requisitos confirmados por la tinción de biopsia pulmonar con bombesina.

Las características arriba descritas se consideran tan constantes que cuando tienen sobre todo el característico compromiso en “vidrio esmerilado” del lóbulo medio y llingula (como alas) se lo llama Síndrome EPCNE y no se considera necesaria la biopsia pulmonar para certificarlo. Se reservaría la biopsia para los pacientes con síntomas muy importantes o aquellos sin características definidas clínicas-tomográficas.¹²

Los diagnósticos diferenciales: otras enfermedades intersticiales pueden producir síntomas en el neonato a término tales como los defectos de ABCA3 y a veces defectos de proteína del surfactante C, muy semejantes al Síndrome EPCNE. Su histología es muy diferente. La Glicogenosis Pulmonar Idiopática (PIG en inglés: *Pulmonary Interstitial Glycogenosis*) puede dar imágenes semejantes pero su histología no se parece al tener células redondas, cargadas de glucógeno de tipo mesenquimático que ensanchan las paredes intersticiales.⁴ La enfermedad pulmonar obstructiva crónica post-infecciosa en la niñez (EPOC) tiene el antecedente de la infección viral severa precediéndola, y si bien tiene imágenes en vidrio esmerilado en mosaico, con frecuencia está acompañada por atelectasias y bronquiectasias que no se ven en la EPCNE.¹⁶

LBA: el hecho de haber encontrado PJ, MP y *Chlamydiae* (anticuerpo genérico) no significa que tengan papel etiológico en la patología de base. De hecho nosotros mismos hemos encontrado *P Jirovecii* en fibrosis quística probablemente como ¿“transeúnte”? detectado en enfermos que estaban sobreponiéndose a una

exacerbación sin antibióticos específicos para PJ.¹⁷ Similarmente se ha puesto en duda el papel patogénico en todos los casos en que se encuentran, de varios organismos, “por la alta frecuencia de infecciones asintomáticas”. Se mencionan: “*Chlamydia Pneumoniae*, *Citomegalovirus*, *Ureplasma Urealyticum*, PJ, y más recientemente rinovirus, debido a la alta frecuencia de portación e infecciones asintomáticas”.¹⁸

El enfermo fue tratado durante un mes con “Trimetoprima-Sulfametoxazol” y quince días con Claritromicina por la detección por LBA, estando sin exacerbación de sus síntomas. Este tratamiento no modificó el ritmo de su evolución.

Tratamientos: la literatura describe el uso de diversos medicamentos sin ningún resultado. Se han usado broncodilatadores, pulsos con esteroides, corticoides orales a largo plazo, azathioprina e hidroxycloquinina, sin resultado evidente.⁷ Nuestro enfermo recibió corticoides durante 9 meses que luego se suspendieron ante la confirmación del diagnóstico. La falta de respuesta a corticoides es otra razón para confirmar el diagnóstico ya que la evolución es crónica pero con tendencia a la curación.

Fortalezas del trabajo: a) hemos incorporado un nuevo diagnóstico a la compleja patología pulmonar de la infancia. Su diagnóstico permitirá al médico tratante asegurar un pronóstico crónico pero con tendencia a la curación. No hay mortalidad descripta. Su conocimiento a partir de esta presentación seguramente aumentará el número de casos descriptos en nuestro país. b) Se ha desarrollado una importante experiencia de conocimiento en cuadros intersticiales en general –donde es clasificado el presente caso–, así como la coordinación multidisciplinaria imprescindible para su estudio entre unidades del Hospital y con prestadores externos. Se destaca el manejo apropiado de la muestra biopsica y la técnica inspirada / espirada en TAC, imprescindibles a la hora del diagnóstico.

Debilidades

La inexistencia de la tinción por bombesina y los recuentos muy complejos de número de células claras constituyen una debilidad que por el momento hemos solucionado con el apoyo irrestricto de Centros Radiológicos y de Anatomía Patológica en el extranjero. Es de desear que estas alternativas se desarrollen en nuestro país.

Nota: al finalizar la redacción de este manuscrito hemos recibido la confirmación de que se desarrollará la técnica de tinción para bombesina en nuestra Provincia.

Conclusiones

La EPCNE es una patología que debe ser incorporada en el diagnóstico diferencial de los cuadros intersticiales prolongados no fatales de la infancia. El hecho que sea probablemente el primer caso en Argentina sentará las bases para que se lo sospe-

che con mayor frecuencia. La suma de taquipnea persistente en un lactante, crepitantes persistentes, hipoxemia y desnutrición variables, así como hiperinsuflación radiológica y tomografía con imágenes en vidrio esmerilado fundamentalmente en lóbulo medio y llingula, junto con biopsia pulmonar casi normal y aumento de porcentaje bronquial de células neuroendocrinas circunscriben bastante bien el diagnóstico de esta entidad. La implementación de la tinción con bombesina en los cuadros sospechosos, en nuestro país, seguramente contribuirá a encontrar más casos. Su buen pronóstico a largo plazo y la falta de respuesta a los corticoides servirán indudablemente para evitar agresiones farmacológicas innecesarias a estos enfermos.

Agradecimientos: a la residente en neumonología, Dra Carolina Muñoz, por el seguimiento clínico minucioso de este enfermo compartido con el autor principal.

Bibliografía

- Katzenstein Anna-Luise A, Myers Jeffrey L. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Clinical Relevance of Pathologic Classification. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157: 1301-1315.
- Fan Leland L, Deterding Robin R, Langston Claire. Pediatric Intestinal Lung Disease Revisited. *Pediatr Pulmonol* 2004;38: 369-378.
- Vece Timothy J, Fan Leland L. Interstitial Lung Disease in Children Older than 2 Years. *Pediatric Allergy Immunology and Pulmonology* 2010;23: 33-41.
- Deterding Robin R. Infants and Young Children with Children's Interstitial Lung Disease. *Pediatric Allergy, Immunology and Pulmonology* 2010;23: 25-31.
- Geoffrey Kurland, Deterding Robin R, Hagood James S, Young Lisa R, Brody Alan S, Castile Robert G et al. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Classification, Evaluation, and Management of Childhood Interstitial Lung Disease in Infancy. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188: 376-394.
- Lentini Eduardo, Oliva Julio, López Millán Adriana, Agüero Evelina, Grilli Carolina, Lemos Eduardo. Enfermedad Pulmonar Intersticial en la niñez. Ocho años de experiencia. *Rev Asoc Médica Arg* 2014;127: 8-13.
- Deterding Robin R, Pye Catherine, Fan Leland L, Langston Claire. Persistent Tachypnea of Infancy is Associated With Neuroendocrine Cell Hyperplasia. *Pediatr Pulmonol* 2005;40:157-165.
- Young Lisa R, Deutsch Gail H, Bokulic Ronald E, Brody Alan S, Noguee Lawrence MA. Mutation in TTF1/ NKX2.1 Is Associated With Familial Neuroendocrine Cell Hyperplasia of Infancy. *Chest* 2013;144(4): 1199-1206.
- Guilleman P. Imaging of Childhood Interstitial Lung Disease. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2010;23: 43-68
- Dishop M. Diagnostic Pathology of Diffuse Lung Disease in Children. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2010;23: 69-85.
- Deterding Robin R, Pye Catherine, Fan Leland L, Langston Claire. Persistent Tachypnea of Infancy is Associated With Neuroendocrine Cell Hyperplasia. *Pediatr Pulmonol* 2005;40: 157-165.
- Hull J, Chow CW, Robertson CF. Chronic idiopathic bronchiolitis of infancy. *Arch Dis Child* 1997;77: 512-515.
- Calheiros Chaves Gomes Vivianne, Coelho Silva Mara C, Maia Filho José H., Daltro Pedro, Gusmao Ramos Simone, Brody Alan S et al. Diagnostic criteria and follow-up in neuroendocrine cell hyperplasia of infancy: a case series. *J Bras Penumol* 2013;39(5): 569-578.
- Brody Alan S, Guilleman R, Hay Thomas C, Wagner Brandie D, Young Lisa R, Deutsch Gail H et al. Neuroendocrine Cell Hyperplasia of Infancy: Diagnosis With High Resolution CT. *AJR* 2010;194: 238-244
- Kinane Bernard T, Shailam Randheer, Mark Eugene J. Case 37-2011. A 9 month old with Recurrent Tachypnea and Respiratory Distress. *N Engl J Med* 2011;365: 2221-2228.
- Fischer Gilberto B, Sarria Edgar E, Mattiello Rita, Mocekin Helena T, Castro-Rodriguez José A. Post Infectious Bronchiolitis Obliterans in Children. *Paediatr Respir Rev* 2010;11: 233-239.
- Lentini Eduardo R, Lores Ana M, Ciocca Daniel, Pesciullesi Maria R, Stran Carlos. Detección de *Pneumocystis Carinii* (P. Jirovecii) por técnica inmunocitoquímica en pacientes con fibrosis quística. *Arch argen pediatr* 2004;102(3): 180-184.
- McIntosh Kenneth. Community-Acquired Pneumonia in Children. *N Engl J Med* 2002;346: 429-436.

Canon de las proporciones humanas y el Hombre de Vitruvio

Dres Ricardo Jorge Losardo,^{1,2} Diana Margarita Murcia,¹ Vivian Lacera Tamaris,¹ Walter Hurtado de Mendoza¹

¹ Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica, Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina (AMA) y Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER), Buenos Aires, Argentina.

² Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El Hombre de Vitruvio es un estudio de las proporciones humanas que data del siglo I a.C y que fue redescubierto durante el Humanismo y difundido en el Renacimiento por Leonardo da Vinci. También conocido como “El hombre ideal” o “Canon de las proporciones”, se lo considera una suma de arte y ciencia. Actualmente, su estudio continúa. El Hombre de Vitruvio es, hasta la fecha, la representación más famosa de la morfología y las medidas humanas.

Palabras claves. *Proporciones, canon, anatomía humana, Hombre de Vitruvio, Leonardo da Vinci, Marco Vitruvio, Le Corbusier.*

Canon of human proportions and the Vitruvian Man Summary

The Vitruvian Man is a study of human proportions made in the 1st Century BC. It was rediscovered in the Humanist period and spread by Leonardo da Vinci during the Renaissance. Also known as “The ideal man” or “Canon of proportions”, it is considered to be a sum of art and science and it is still being studied. The Vitruvian Man is, so far, the most famous representation of human morphology and measures.

Key words. *Proportions, canon, human anatomy, Vitruvian Man, Leonardo da Vinci, Marcus Vitruvius, Le Corbusier.*

Introducción

El Hombre de Vitruvio es el nombre del famoso dibujo realizado por Leonardo da Vinci en 1490. Representa una figura masculina desnuda, con los brazos y piernas extendidos en dos posiciones, inscrita dentro de un círculo y un cuadrado. El dibujo está acompañado por notas escritas en espejo que explican el estudio de las proporciones humanas que realizó Leonardo, basándose en el trabajo del arquitecto romano Marco Vitruvio Polión.

También se lo conoce como “El hombre ideal” o “Canon de las proporciones”. La palabra “canon” tiene su origen en el término griego *kanon*, que significa regla o precepto (Real Academia Española, 2012). En el Hombre de Vitruvio se establecen las reglas de las proporciones que debe seguir un cuerpo humano idealmente formado. Debido a que la figura está dibujada en movimiento, podría decirse que también es precursor de la anatomía funcional.

El dibujo, que mide 34,4 cm x 25,5 cm, es una de las obras más reconocidas de Leonardo, ya que se lo considera una combinación perfecta de arte y ciencia. Actualmente se conserva en la *Galleria dell'Accademia*, en Venecia, Italia.

Origen

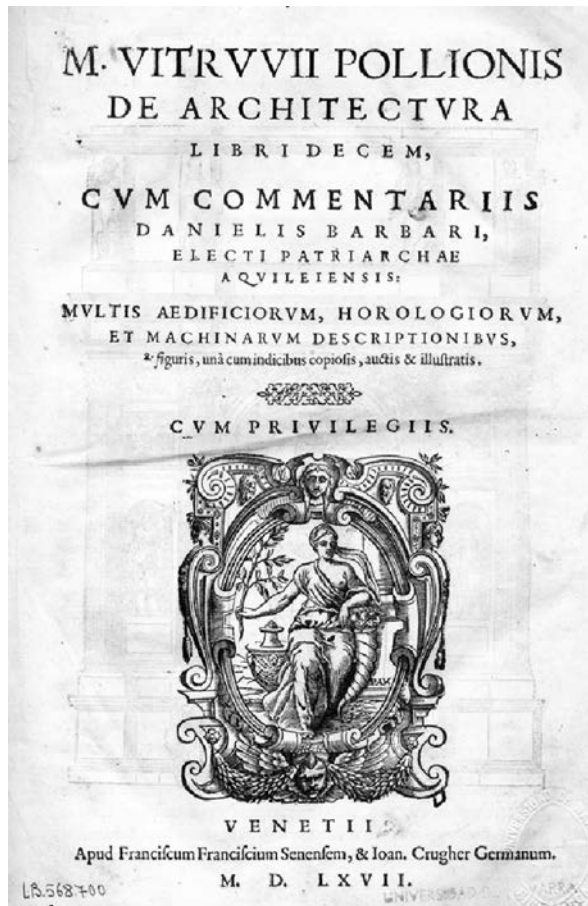
Marco Vitruvio Polión fue un arquitecto, escritor, ingeniero y tratadista romano del siglo I a.C. Trabajó para el emperador Julio César durante su juventud. Es el autor del tratado de arquitectura más antiguo que se conserva, llamado *Sobre la arquitectura*, que consiste en diez libros subdivididos en capítulos (Lester, 2011) (Figura 1).

En esta obra sienta lo que para él son las bases de la arquitectura y establece que toda estructura debe cumplir tres principios básicos: ser firme, útil y bella. Además, establece que la arquitectura debe seguir las leyes de la naturaleza a la hora de realizar una estructura (Ramírez, 2003; Lester, 2011).

En el tercer libro del tratado, Vitruvio se concentró en las proporciones del cuerpo humano ya que se-

Correspondencia: Dr Ricardo Jorge Losardo
Lavalle 1844 - Piso 5º - Oficina 30 – (1051) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel / Fax.: 0054-11-4372-4604
E-mail: ricardo.losardo@salvador.edu.ar

Figura 1. Tapa del tratado de arquitectura de Marco Vitruvio Polión.



gún él “es imposible que un templo posea una correcta disposición si carece de simetría y de proporción, como sucede con los miembros o partes del cuerpo de un hombre bien formado”. El cuerpo del hombre debería ser el ejemplo a seguir por los arquitectos, ya que fue formado por la naturaleza de manera tal que “sus miembros guardan una exacta proporción respecto a todo el cuerpo” (Ramírez, 2003; Lester, 2011; Vitruvio, 2011). Vitruvio detalló con suma precisión las proporciones del cuerpo humano:

“El cuerpo humano lo formó la naturaleza de tal manera que el rostro, desde la barbilla hasta la parte más alta de la frente, donde están las raíces del pelo, mida una décima parte de su altura total. La palma de la mano, desde la muñeca hasta el extremo del dedo medio, mide exactamente lo mismo; la cabeza, desde la barbilla hasta su coronilla, mide una octava parte de todo el cuerpo; una sexta parte mide desde el esternón hasta las raíces del pelo y desde la parte media del pecho hasta la coronilla, una cuarta parte.

Desde el mentón hasta la base de la nariz, mide una tercera parte y desde las cejas hasta las

raíces del pelo, la frente mide igualmente otra tercera parte. Si nos referimos al pie, equivale a una sexta parte de la altura del cuerpo; el codo, una cuarta parte, y el pecho equivale igualmente a una cuarta parte. Los restantes miembros guardan también una proporción de simetría (...). El ombligo es el punto central natural del cuerpo humano. En efecto, si se coloca un hombre boca arriba, con sus manos y sus pies estirados, situando el centro del compás en su ombligo y trazando una circunferencia, ésta tocaría la punta de ambas manos y los dedos de los pies. La figura circular trazada sobre el cuerpo humano nos posibilita el lograr también un cuadrado: si se mide desde la planta de los pies hasta la coronilla, la medida resultante será la misma que se da entre las puntas de los dedos con los brazos extendidos; exactamente su anchura mide lo mismo que su altura.” (Vitruvio, 2011)

Redescubrimiento y difusión

Con el paso del tiempo, el tratado de Vitruvio quedó en el olvido. Resurgió recién en el siglo XV, gracias a la corriente humanística. El Humanismo fue un movimiento intelectual, filosófico y cultural que surgió en esa época. Los humanistas se dedicaron a estudiar el latín y los textos del período de la Antigüedad Clásica, ya que así creían que se podrían rescatar las disciplinas y escuelas de pensamiento grecolatino que, según ellos, eran la fuente del conocimiento más puro. Uno de los mayores exponentes de este movimiento fue el lírico italiano Francesco Petrarca (1304-1374), que se encargó de volver a difundir las ideas de Vitruvio (Bomartí Sánchez, 2006).

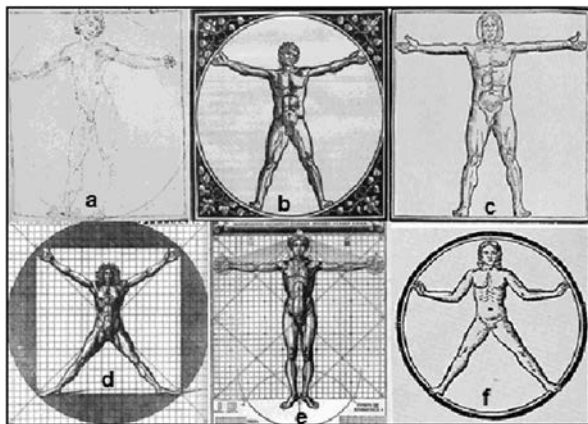
Sin embargo, la tarea de Petrarca no fue fácil. El texto no sólo había sido escrito hacía más de diez siglos en un latín impenetrable, sino que utilizaba un lenguaje demasiado técnico. Como si esto fuera poco, no había ninguna ilustración que lo respaldara. En consecuencia, con el tiempo surgieron diferentes traducciones e interpretaciones hechas por intelectuales, y así aparecieron diferentes ilustraciones de las proporciones planteadas por Vitruvio, entre ellas las de las siguientes personalidades (Figura 2):

Francesco di Giorgio Martini (1439-1502) fue un arquitecto, escultor y pintor italiano. Ilustró las proporciones de Vitruvio en 1470, aunque el dibujo no cumple con las descripciones. El hombre sólo se encuentra dentro de un círculo y ni sus brazos ni su cuerpo están extendidos en su totalidad (Maiorino, 1992; Ramírez 2003).

Fray Giovanni Giocondo (1433-1515), arquitecto y erudito italiano, realizó la primera edición impresa e ilustrada del tratado en 1511. Ninguno de los dos dibujos que hizo se acerca al modelo de Vitruvio. En uno, el hombre está sólo dentro de un círculo, y en el otro, sólo dentro de un cuadrado. Además, en ambos casos el cuerpo está estático.

Cesare Cesariano (1475-1543) fue un arquitecto, pintor y escritor italiano. En 1521 comentó y tradujo

Figura 2. De izquierda a derecha, *Hombres de Vitruvio* de: Francesco di Giorgio Martini (a), Fray Giovanni Giocondo (b y c), Cesare Cesariano (d y e) y Francesco Giorgi (f).



el texto al italiano y plasmó muchas de sus ideas en dibujos. Realizó dos ilustraciones: una muestra al hombre dentro de un cuadrado un poco pequeño, subdividido en líneas. La otra, a pesar de situar al hombre dentro de un círculo y un cuadrado, fue criticada ya que pareciera como si la figura humana estuviera forzada a encajar en el esquema, debido a sus manos y pies excesivamente largos (Maiorino, 1992; Ramirez 2003).

Francesco Giorgi (1466-1540), arquitecto italiano, realizó su versión en 1525. En ella, el hombre está solamente dentro de un círculo, que es pequeño y no le permite extender las extremidades.

Estos fueron algunos de los que se sintieron cautivados por las medidas y proporciones del cuerpo humano y su relación con el entorno.

Desarrollo: Hombre de Vitruvio de Leonardo

En este período del Renacimiento hubo una persona que captó de una manera distinta la esencia del Hombre de Vitruvio y que fue contemporáneo a las cuatro personalidades mencionadas.

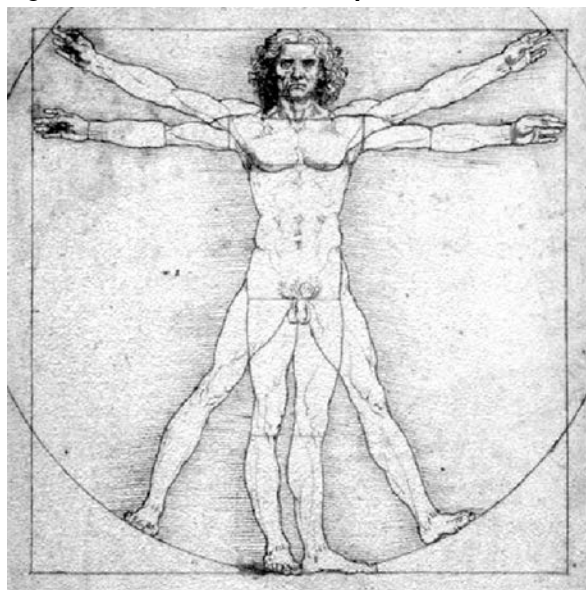
Se trató de Leonardo da Vinci (Figura 3), que nació en la ciudad de Vinci, en Florencia (1452-1519). Fue uno de los principales exponentes del Renacimiento italiano: se destacó como anatomista, arquitecto, artista, botánico, científico, escritor, escultor, filósofo, ingeniero, inventor, músico, poeta y urbanista.

Leonardo sentía curiosidad por el cuerpo humano, como dibujante y científico. Cerca de 1490, durante su estadía en Milán y casi con 40 años, dibujó a su Hombre de Vitruvio (Figura 4). Ilustró y desarrolló las medidas y proporciones de Vitruvio, añadió otras e hizo algunas correcciones. Utilizando medidas exactas, ilustró con detalle y perfección el tratado y superó el canon antiguo (Maiorino, 1992).

Figura 3. "Autorretrato" por Leonardo da Vinci.



Figura 4. "Hombre de Vitruvio" por Leonardo da Vinci.



En el dibujo de Leonardo conviven dos tipos de descripciones del cuerpo humano: una geométrica y otra proporcional.

Descripción geométrica

Leonardo utilizó las figuras geométricas junto con su significado y las relacionó con el hombre. La figura humana está situada dentro de un círculo y un cuadrado a la vez, lo que la sitúa como centro del universo y de la creación.

El círculo se traza desde su centro, el ombligo, y la circunferencia toca las puntas de los dedos de las manos y de los pies. El círculo simboliza movimiento y además la conexión con el cielo o el mundo espiritual (Maiorino, 1992).

Teniendo en cuenta que la distancia desde los pies a la cabeza es igual a la distancia entre ambos brazos extendidos, se puede trazar un cuadrado que rodee perfectamente al hombre. En ese caso, el centro de la figura serían los genitales. El cuadrado simboliza lo estático y la conexión con la tierra o el mundo físico (Maiorino, 1992).

Los dedos de las manos tocan la intersección entre estas dos figuras geométricas, lo que simboliza la unión del hombre con el mundo físico y el espiritual.

Por último, si se mide el espacio entre las piernas separadas, se obtiene un triángulo equilátero.

Descripción proporcional

En la descripción proporcional, Leonardo relaciona las medidas de las diferentes partes del cuerpo entre sí y demuestra que son submúltiples de la dimensión del cuerpo entero o de una de sus partes principales.

En el texto que acompaña al dibujo, Leonardo detalla las proporciones utilizadas:

“4 dedos hacen 1 palma, y 4 palmas hacen 1 pie, 6 palmas hacen 1 codo, 4 codos hacen la altura del hombre. Y 4 codos hacen 1 paso, y que 24 palmas hacen un hombre; y estas medidas son las que él usaba en sus edificios (...). La longitud de los brazos extendidos de un hombre es igual a su altura. Desde el nacimiento del pelo hasta la punta de la barbilla es la décima parte de la altura de un hombre; desde la punta de la barbilla a la parte superior de la cabeza es un octavo de su estatura; desde la parte superior del pecho al extremo de su cabeza será un sexto de un hombre. Desde la parte superior del pecho al nacimiento del pelo será la séptima parte del hombre completo. Desde los pezones a la parte de arriba de la cabeza será la cuarta parte del hombre. La anchura mayor de los hombros contiene en sí misma la cuarta parte de un hombre. Desde el codo a la punta de la mano será la quinta parte del hombre; y desde el codo al ángulo de la axila será la octava parte del hombre. La mano completa será la décima parte del hombre; el comienzo de los genitales marca la mitad del hombre. El pie es la séptima parte del hombre. Desde la planta del pie hasta debajo de la rodilla será la cuarta parte del hombre. Desde debajo de la rodilla al comienzo de los genitales será la cuarta parte del hombre. La distancia desde la parte infe-

rior de la barbilla a la nariz y desde el nacimiento del pelo a las cejas es, en cada caso, la misma, y, como la oreja, una tercera parte del rostro”.

El Hombre de Vitruvio y el número áureo

A lo largo de su vida, Leonardo estableció vínculos con numerosos intelectuales. Uno de ellos fue Luca Pacioli (1450-1514), matemático italiano (figura 5). Fueron amigos y juntos compartieron una pasión: el número áureo.

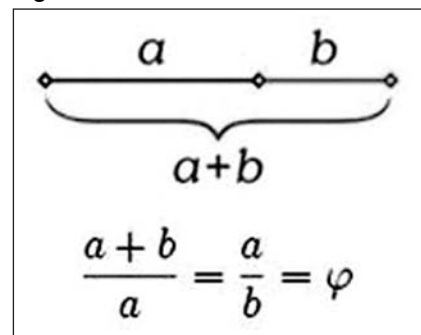
Figura 5. Luca Pacioli por Jacopo de'Barbari, 1495.



Se conoce como número áureo al número irracional 1,618033... También se lo denomina “razón áurea” o “divina proporción”, y se lo simboliza con la letra griega Phi (Φ , φ), en honor al arquitecto más famoso de la Antigua Grecia, Fidias (siglo V aC) (Pacioli, 1991; Corbalán, 2010).

El número fue descubierto en la Antigüedad como una proporción entre dos segmentos que forman una recta. Surge de la división de una recta (A+B) en dos segmentos, uno mayor (A) y uno menor (B), y de las relaciones de proporción que hay entre ellos (Figura 6):

Figura 6. Número áureo.



$$(A+B) / A = A / B = 1,61803...$$

Esta proporción no sólo se encuentra en algunas figuras geométricas, sino que también está presente en la naturaleza (Corbalán, 2010). En su libro más reconocido, *La divina proporción*, Luca Pacioli estableció la relación entre el número áureo y las proporciones de la geometría y del cuerpo humano. Encontró que esta fórmula divina está presente en las proporciones humanas y Leonardo, que realizó numerosas ilustraciones para el libro, plasmó este hallazgo en su dibujo del Hombre de Vitruvio (Pacioli, 1991).

Ahora bien, ¿dónde se esconde el número áureo en el Hombre de Vitruvio? Si se observa el dibujo y se traza un segmento desde la cabeza hasta el ombligo y otro desde el ombligo a los pies, se verá que ambos están en proporción áurea. Lo mismo sucede con otras partes de la figura, como los brazos, piernas o incluso dentro del rostro. Además, está presente en las dos figuras geométricas que rodean al hombre: el cociente entre la altura del hombre (lado del cuadrado) y la distancia del ombligo a la punta de los dedos (radio de la circunferencia) es igual al número áureo.

Desde la Antigüedad Clásica, el número áureo fue sinónimo de perfección y belleza divina (Pacioli, 1991; Corbalán, 2010). El dibujo de da Vinci ilustra al hombre ideal pero a la vez al hombre real, ya que el cuerpo humano guarda todas las proporciones descritas por Leonardo, así como también está condicionado por la divina proporción. La naturaleza le otorgó al hombre una serie de proporciones que lo hacen perfecto y bello desde su estructura anatómica básica.

Actualidad: Modulor de Le Corbusier

Las ideas de Vitruvio volvieron a tomar importancia en el siglo XX gracias a Charles Édouard Jeanneret-Gris (1887-1965), también conocido como Le Corbusier, un arquitecto, ingeniero, diseñador y pintor suizo nacionalizado francés (Figura 7).

Le Corbusier recuperó la idea de que el espacio en la arquitectura estaba estrechamente relacionado con las proporciones del hombre. Ideó entre 1942 y 1945 una escala basada en las proporciones humanas que plasmó en un dibujo conocido como Modulor (Figura. 8), en la que cada medida está en proporción áurea con la anterior. Tomó como escala la altura promedio del hombre francés, 1,75 m (Ramírez, 2003; Corbalán, 2010).

La escala parte desde la altura del hombre con la mano levantada (226 cm) y de la altura del ombligo, su mitad (113 cm). Desde la primera medida, si se multiplica sucesivamente por el número áureo, se obtiene la "serie azul", y si se divide, la "serie roja" (Ramírez, 2003).

Estas medidas permitieron una amplia variedad de combinaciones armónicas y adquirieron gran importancia en el ámbito de la arquitectura. Una vez más, un dibujo se convierte en un ícono que representa la relación inquebrantable que existe entre la anatomía, la matemática y la arquitectura.

Figura 7. Foto de Le Corbusier.

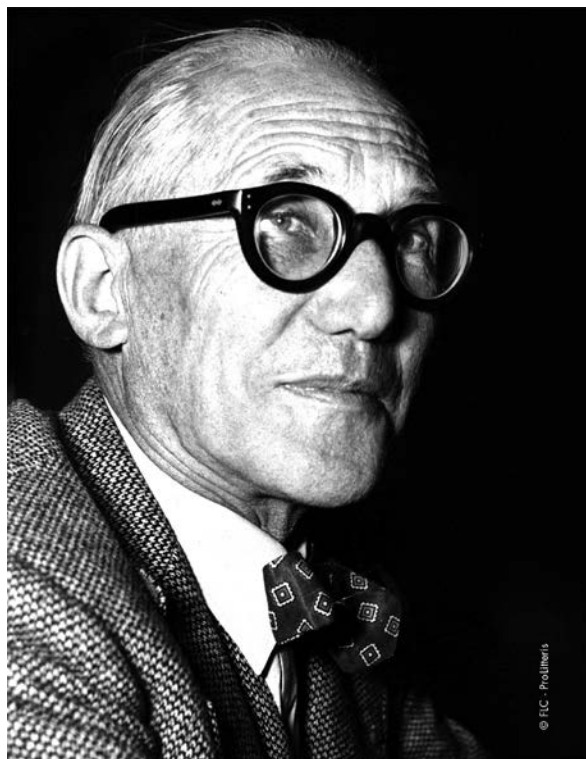
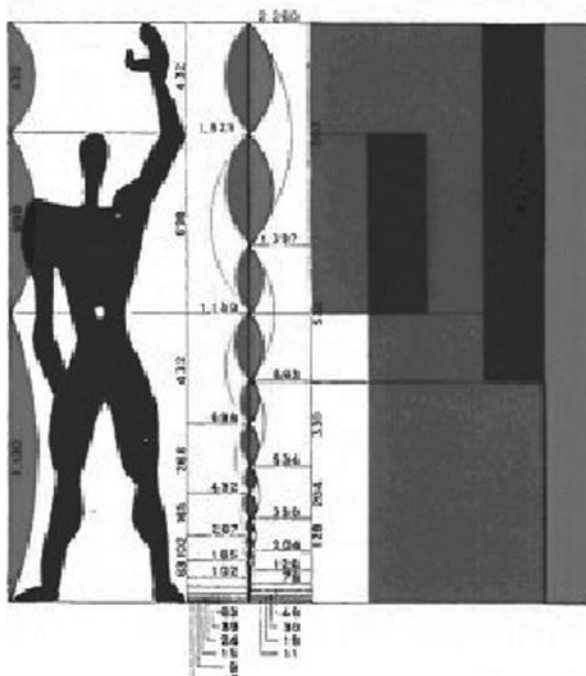


Figura 8. "El Modulor" por Le Corbusier.



Discusión

El tratado de Marco Vitruvio tuvo un valor inesperado dentro de la historia de la anatomía huma-

na. Por un lado, fue el primero en detallar con suma precisión las proporciones humanas y, por el otro, los conceptos desarrollados trascendieron los límites témporo-espaciales y hoy en día siguen vigentes.

La ciencia pudo hacer uso de las proporciones de Vitruvio gracias a los humanistas, que rescataron el tratado y lo revivieron mediante numerosas interpretaciones y dibujos. Entre los estudiosos de Vitruvio se encontraron los italianos Francesco di Giorgio Martini, Fray Giovanni Giocondo, Cesare Cesariano y Francesco Giorgi. Cada uno de ellos analizó el texto de manera diferente y concluyeron con resultados distintos, que dieron origen a diversos Hombres de Vitruvio.

Dentro de este grupo también se encontró Leonardo da Vinci, figura única en esa época, que percibió las ideas de Vitruvio a la perfección e incluso las siguió desarrollando. Llevó las proporciones al plano de la matemática e incorporó la noción del número áureo como la cifra que acompaña las proporciones de todas las partes del cuerpo, que resulta en una figura perfectamente armónica (Maiorino, 1992; Corbalán, 2010).

Años más tarde, en el siglo XX, el arquitecto Le Corbusier retomó las ideas de Marco Vitruvio y volvió a asociar la anatomía con la arquitectura (Ramírez, 2003). Ideó una escala basada en las proporciones humanas, que plasmó en su dibujo Modulor y revolucionó la arquitectura de la época.

Conclusión

A lo largo del tiempo, el Hombre de Vitruvio ha despertado interés en numerosas mentes brillantes. En el dibujo de da Vinci confluyen ciencia y arte, matemática y naturaleza.

El concepto de belleza es uno de los más antiguos que existen. Sin embargo, por su carácter subjetivo, aún no se ha logrado definir. Según Aristóteles, "la belleza es la armonía y proporción de las partes con el todo". Siguiendo este pensamiento, podría decirse que existe una relación directa entre belleza y proporción. Quizás éste sea el motivo por el que el estudio de las medidas y proporciones humanas que

realizó Vitruvio y luego continuó Leonardo ha cautivado a tantas mentes a lo largo del tiempo.

En el Hombre de Vitruvio se encuentra la fórmula de la belleza y la armonía, que no es subjetiva sino que está estrechamente relacionada a la matemática. Esta fórmula fue extraída nada más ni nada menos que del propio ser humano, que fue diseñado por la naturaleza bajo una serie de proporciones y medidas. Es decir, que si el núcleo de la belleza se encuentra en la armonía y proporción, el ser humano lo lleva y lo llevará codificado en sus genes, más allá de cualquier dimensión témporo-espacial.

Agradecimientos: A la señorita Bárbara Sol Moschini del Instituto de Enseñanza Superior en Lenguas Vivas "Juan Ramón Fernández" (Buenos Aires) por sus aportes en las búsquedas y traducciones bibliográficas así como en la redacción final del trabajo.

Aclaración: Parte de este contenido constituyó la conferencia dictada por el doctor Losardo el 3 de octubre de 2014 en el XXV Congreso Nacional de Anatomía realizado en la ciudad de Durango, México.

Bibliografía

1. Bomartí Sánchez, V. *Humanistas europeos (Siglos XIV-XVI)*, Cap. 1. Madrid, Editorial Complutense, 2006.
2. Corbalán, F. *La proporción áurea: el lenguaje matemático de la belleza*. España, Editec, 2010.
3. Lester, T. *Da Vinci's Ghost: The untold story of Vitruvian Man*, Chapter 1. Londres, Profile Books, 2011.
4. Maiorino, G. *Leonardo da Vinci: The Daedalian Mythmaker*, Chapter 8. EE.UU., Penn. State Press, 1992.
5. Pacioli, L. *La divina proporción*. España, Ediciones Akal, 1991.
6. Ramírez, J.A. *Edificios-cuerpo: cuerpo humano y arquitectura: analogías, metáforas, derivaciones*. España, Siruela, 2003.
7. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española (22a ed.)*, Madrid, 2012. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
8. Vitruvio Polión, M. *Los diez libros de arquitectura*, Libro III. España, Red Ediciones S.L., 2011.

Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una patología reemergente

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

Médico y Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Diplomado en Medicina Tropical de la Universidad de San Pablo, Brasil.

Profesor Honorario de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Prosecretario de la Asociación Médica Argentina.

Director de las Carreras de Especialización en Infectología y Maestría en Medicina Tropical e Higiene de la Facultad de Medicina-UNNE.

Resumen

Se describe la historia de la Fiebre Amarilla en el mundo y la región del nordeste argentino. Se actualizan datos epidemiológicos de la patología y su riesgo de expansión. Se describen los principales mecanismos de prevención para hacer frente a la FA y se recomiendan acciones sanitarias.

Palabras claves. Fiebre Amarilla, Enfermedades emergentes, Riesgo epidemiológico.

Yellow Fever. Epidemiological risk of a disease reemerging

Summary

Epidemiological pathology information and its risk of expansion are updated. Main preventive mechanisms are described to cope with Yellow Fever and Health actions are recommended.

Key words. Yellow Fever, Emerging diseases, Epidemiological risk.

La representación diplomática de Brasil en Argentina emitió un comunicado el 5 de diciembre de 2014 aclarando la situación respecto a los casos de fiebre amarilla ocurridos en Brasil. Dice el mismo: "No es necesario vacunarse contra la fiebre amarilla para ingresar en el Brasil, ni presentar certificados de vacunación". "No hay casos de fiebre amarilla

en áreas urbanas en Brasil desde 1942. El litoral brasileño está libre de la posible contaminación en la franja que va desde Río Grande del Sur hasta Piauí. Las matas existentes en la región del litoral entre el Norte de Espírito Santo y el sur de Bahía ofrecen bajo riesgo de contaminación". "Según el Ministerio de Salud del Brasil, es recomendable a los turistas vacunarse contra la fiebre amarilla, con diez días de anticipación del ingreso a dicho país si viajan a las siguientes regiones: estados de las regiones Norte y Centro-Oeste de Brasil (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul y Brasilia), estados de Maranhão y Minas Gerais, y los municipios localizados al Sur del Estado de Piauí, al Oeste y Sur del Estado de Bahía, al Norte del Estado de Espírito Santo, al Noroeste de São Paulo y al Oeste de los estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul".⁸

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad conocida desde hace 400 años y se cuenta con una vacuna efectiva desde hace más de 60 años, formando parte del complejo de enfermedades emergentes-reemergentes.

El virus de la FA es un virus ARN, de 12 a 20 nm, esférico, envuelto, con espículas en su superficie (hemaglutininas) con propiedades antigénicas. Perteneció al género de los Flavivirus, familia Togaviridae. En África hay 2 tipos genéticos diferentes (topotipos) ubicuos geográficamente en el Este y en el Oeste de dicho continente. Sudamérica tiene 2 tipos diferentes, pero solo uno identificado como causa de enfermedad. El virus es transportado por el mosquito vector de un animal a otro (transmisión horizontal) y/o a través de sus huevos puede pasar la infección a su descendencia (transmisión vertical).

La FA es transmitida entre humanos y primates fundamentalmente por mosquitos hematófagos del género *Aedes*, pudiendo llegar a afectar a áreas distantes debido a cambios ambientales influenciados

Correspondencia: Dr Jorge Osvaldo Gorodner

E-mail: gorodner@hotmail.com

por el calentamiento global. Desde hace dos décadas el número de infectados ha aumentado y hoy es un problema reemergente de salud pública, debido a la mayor concentración de mosquitos vectores en áreas urbanas, infectando regiones en las que estuvo previamente erradicado. El riesgo de epidemias en África y Sudamérica ha aumentado por muchas razones, entre otras, baja cobertura de inmunización, aumento de la densidad y distribución del vector e invasión de sitios urbanos por el *Aedes aegypti*, cambios en el balance demográfico de muchos países, convirtiendo poblaciones que eran principalmente rurales en mayoritariamente urbanas y por los viajes aéreos, que aumentan el riesgo de introducción y diseminación de la enfermedad en Norteamérica, América central, Caribe, Medio Oriente, Asia, Australia y Oceanía.⁵

Las especies de mosquitos *Aedes*, *Sabethes* y *Haemagogus* (este último solo en Sudamérica) transmiten la FA.

Hay tres tipos de transmisión: selvática, intermedia y urbana, todas ellas en África, pero en Sudamérica solo se presentan las formas selvática y urbana.

La FA epidémica es excepcional. Es primariamente selvática y comienza en monos infectados por mosquitos salvajes (*Haemagogus sp.*). El virus circula entre los primates y pasa a otros mosquitos que se alimentan de su sangre, quienes a su vez pican a humanos que entran a la selva y generan casos esporádicos de FA. La preocupación se presenta cuando una persona infectada en la selva se desplaza durante la fase de viremia hacia centros urbanos con elevada densidad de *Aedes aegypti*. Si este mosquito vector pica al humano que trajo la enfermedad desde la selva, estos brotes se denominan FA urbana.

La FA se caracteriza por presentar fiebre elevada, ictericia, falla renal, cardíaca y diátesis hemorrágica. Su comienzo es brusco y de evolución aguda, con una ictericia febril por afectación predominantemente hepática.

Se sabe de la aparición de FA a partir del siglo XVII, en que afectaba a los navegantes que atravesaban áreas tropicales. Así se sucedieron epidemias en Guadalupe (1646), Senegal (1778), y también en otros continentes, como el europeo.

España y Portugal fueron la puerta de entrada de la FA en Europa. Desde 1700, Gibraltar, Cádiz, Lisboa y Málaga son las primeras ciudades en sufrir la enfermedad. En 1730, un brote de "vómito prieto" iniciado en Cartagena se expande por todo el continente: ciudades de Francia, Italia, Alemania, Dinamarca, hasta Suecia y Rusia, se verán afectadas durante un quinquenio.

El siglo XIX será pródigo en epidemias, Brest, Cádiz y Marsella (1802) extendiéndose a Córdoba, Granada, Valencia y Cataluña, Livorno, Dublín, Oporto, Swansea y Southampton. La epidemia de Barcelona de 1821 tuvo una fuerte repercusión mediática por los estragos que produjo y el miedo a que se extendiera de nuevo por Europa.^{1, 3}

También la tuvo la ocurrida en 1870 en la misma ciudad, la cual se propagó hacia el Sur, llegando a Alicante y la de 1878 a Madrid.² La península ibérica fue el principal reducto europeo de FA. Y otras tuvieron lugar, siglos más tarde, en Etiopía (1962) con 30.000 muertes y Senegal (1965) con 2.000 decesos.

En 1881, Carlos Finlay expuso su hipótesis sobre la transmisión vectorial. En 1902 Walter Reed describió la transmisión del agente etiológico por el *Aedes aegypti*, así como su sospecha del origen viral, y consigue reproducir la enfermedad. En 1927, Stokes, Bauer y Hudson confirmaron la etiología viral.

La FA es endémica en parte de África tropical y Sudamérica (América Central y del Sur) y en varias Islas del Caribe.

En Argentina existió una importante epidemia urbana en 1871 que mató a más de 20.000 personas en Buenos Aires y a más de 2.000 en Corrientes. En el 2008, Paraguay, después de 34 años del último caso de FA, detectó casos autóctonos en el Centro Norte y Centro de dicho país, considerándose un brote de transmisión urbana, con 25 casos. El último brote urbano de FA en las Américas había ocurrido en 1942.⁴

En 1966 se produjo un brote selvático en el nordeste de Argentina y al año siguiente las provincias de Misiones y Corrientes sufrieron un brote epidémico.

En el periodo comprendido entre 1985 y septiembre de 2004 se han notificado a la OPS un total de 3.559 casos de FA selvática con un saldo de 2.068 defunciones. En ese período se vieron comprometidos: Perú (1.939 casos), Bolivia (684), Brasil (539), Colombia (246), Ecuador (93) y Venezuela (57). En Sudamérica entre 1970 y 2001 se reportaron 4.543 casos; mayormente en Perú (51,5%), Bolivia (20,1%) y Brasil (18,7%).

"Entre los meses de marzo y mayo de 2001, la zona fronteriza entre Brasil y Argentina registró una mortandad de monos Macacos, atribuida a FA. A finales de 2007 se desarrolló en Paraguay una extensa epizootia incluyendo un área ecológica compartida por Brasil, Paraguay y Norte de Argentina (Provincia de Misiones), lo que redefinió el área enzoótica de la FA en América del Sur. A principios de 2008, la población de monos carayá rojo en Argentina se vio severamente reducida por brotes de FA y hoy en día sobrevive en los bosques del Centro-Este de Misiones en densidades extremadamente bajas. Una nueva oleada de FA que baja desde Brasil amenaza el futuro de esta especie en Argentina. El carayá rojo es un primate sensible a la FA y no constituye un reservorio del virus sino que actúa como centinela de la enfermedad para la salud pública".⁷

"Actualmente la amenaza de una nueva epidemia de FA puede estar próxima. A mediados de 2013 comenzaron a morir primates en el estado de Tocantins, Brasil, donde el diagnóstico de FA ya fue confirmado por el Ministerio de Salud de ese país. Desde ahí, así como aconteció en el 2008, el virus podría propagarse hacia el Sur llegando hasta nues-

tra región en los próximos meses. Por eso, aunque la situación todavía no sea de emergencia, todos los sectores involucrados tienen que estar particularmente alertas".⁷

Para una adecuada prevención debe establecerse un sistema de vigilancia epidemiológica que detecte casos sospechosos. La vigilancia epidemiológica de la circulación viral de la FA debe intensificarse tanto en las áreas enzoóticas como en las no enzoóticas.⁶

Los principales mecanismos empleados en la vigilancia son:

- Vigilancia de los casos clínicos compatibles con la forma clásica de la enfermedad, según las definiciones de casos de la OMS.
- Vigilancia de los síndromes febriles ictericos.
- Vigilancia de epizootias (aparición de la enfermedad y muerte de monos en áreas selváticas).
- Mantenimiento de los índices de infestación por *Aedes aegypti* por debajo de 5%, a fin de evitar la reurbanización de la FA.
- Vigilancia de eventos postvacunales atribuibles a la vacuna.

Otra estrategia complementaria para la prevención, estimada fundamental, es:

1. Vacunación en áreas de riesgo epidemiológico.
2. Eliminación del *Aedes aegypti* y sus criaderos en centros urbanos.
3. Educación sanitaria.
4. Consulta con el médico, centro de salud u hospital, de forma inmediata ante el comienzo abrupto de fiebre alta (más de 39° C), fuertes dolores de cabeza, escalofríos, hemorragias, mareos, malestar general y dolor muscular, pudiendo añadirse náuseas, vómitos y diarreas.

Tener presente que una vez que estas patologías se establecen en un territorio, tardan mucho tiempo en controlarse. Los programas sanitarios de prevención y lucha, incluidos los educativos, deben llevarse a cabo en forma sostenida y prolongada para alcanzar el éxito esperado, que no es otro que la erradicación. La toma de conciencia de la población sobre estas patologías y su adecuado accionar para su prevención, tienen un alto contenido social y económico.

Bibliografía

1. Jarbas B. da Silva. Brote de Fiebre amarilla en Paraguay. Boletín Epidemiológico OPS/OMS. Julio-2008; Vol 27, n° 1.
2. Fièvre jaune. WHO/EPI/GEN/98.11. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.1.
3. Chastel C. La "peste" de Barcelone. Epidémie de fièvre jaune de 1821. Bull Soc Pathol Exot. 1999; 92: 405-7.
4. Balbachán S. E. Fiebre Amarilla. En: Gorodner J O, Merino D. Patologías Regionales y Enfermedades Emergentes. Rosario: Ed Corpus; 2008: 167-176.
5. Viola H, Gorodner J O. Fiebre amarilla. En: Gorodner J O y col. Enfermedades Infecciosas. Rosario: Ed Corpus; 2004: 632-635.
6. Heyman D L. editor. El control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica y Técnica n° 613. OPS. Fiebre amarilla. 2005: 268-277.
7. Alerta Misiones-Actualidad Sur.-11/XII/2014.
8. AirportNews Ezeiza. 13/XII/2014.

Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas

Dras Amalia M Bores, Inés A Bores

Dras de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, AMA.

Resumen

Este artículo relata la historia de la descripción y clasificación de las enfermedades dermatológicas y el accionar de Baldomero Sommer, quien fue un miembro destacado en la escuela dermatológica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Palabras claves. *Clasificación, descripción, dermatología.*

Considerations upon the history of the classification of skin diseases

Summary

This article covers the history of the description and classification of skin diseases and the work of Baldomero Sommer, who was an influential member in the school of dermatology of the school of Medicine of the Buenos Aires University.

Key words. *Classification, description, dermatology.*

Introducción

El proceso mediante el cual se conformó la dermatología como especialidad médica requirió de numerosos esfuerzos.

Lento fue el camino que permitió al fin interpretar que la piel no era sólo una cubierta que expresaba alteraciones sistémicas, sino que tenía la capacidad de realizar múltiples funciones, y como un órgano, presentaba enfermedades propias.

Ante esta construcción conceptual fueron determinantes las sucesivas clasificaciones que surgieron por la necesidad de ordenar en clases los signos cutáneos (lesiones), agrupándolas en elementos relacionados armónicamente entre sí, configurando un sistema.

Esta labor es propia de la ciencia, que ordena sis-

temáticamente e incorpora las nuevas construcciones teóricas, modificando el sistema previo.¹

Se creó así una terminología para las lesiones elementales (signos) que serán **primarias** si son la expresión directa de una enfermedad apareciendo sobre piel sana, considerando como **secundarias** a las que se evidencian en el curso o evolución de las primarias.²

Objetivos

Analizar el proceso por el cual se conformó la sistematización del estudio de las dermatopatías.

Describir los sucesivos intentos de clasificar las dermatosis, gestadas en escuelas europeas, hasta llegar a la aceptada por la comunidad científica.

Reflexionar sobre el accionar del Dr Baldomero Sommer, quien fue el primer Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología, Venereología y Sifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, al elaborar el proyecto académico y el impacto en la conformación de la escuela dermatológica nacional.

Materiales y métodos

Se utilizó un diseño observacional, retrospectivo.

Metodología inductiva, con recopilación y análisis crítico de fuentes documentales editadas: publicaciones científicas, libros.

Desarrollo

Lentamente las enfermedades dermatológicas adquirieron en los textos de medicina una especial consideración, naciendo así la necesidad de agruparlas en clasificaciones para sistematizar su estudio.

En 1609 Jean Riolan (1580-1657), médico y anatomista francés, dividió las dermatosis por la localización de la afección y por el sustrato de la piel comprometida, siendo pobremente aceptado.

El inglés Daniel Turner (1667-1741) en 1714 intentó otra clasificación en su obra *De morbiscutaneis (Tratado de enfermedades incidentes en la piel)*. El libro fue también publicado en 1723, 1726, 1731, 1736 en inglés, con traducciones francesa (1743) y alemana (1766).

Correspondencia: Dr Amalia M Bores
E-mail: amaliabores1@gmail.com

Para Ehring, fue éste el primer libro de texto de dermatología publicado en Inglaterra.

En su quinta edición presentó "Contenido de la segunda parte", en la que se tratan las enfermedades de la piel incidentes en algunas partes determinadas del cuerpo, en primer lugar las de la cabeza, y se detallan las siguientes:

- De la caída del cabello.
- De las tiñas de la cabeza.
- Del mal pijooso.
- De las enfermedades incidentes en la piel de la cara como rojeces, erupciones pustulosas, etc.
- De las enfermedades de la piel de las manos y de los pies.
- De las enfermedades del prepucio.
- De las hemorroides o almorranas.
- De los esfínteres naturales del cuerpo obstruidos o imperforados.
- De las otras heridas sufridas por la piel.
- De las quemaduras de la piel.
- De las heridas infringidas a la piel por la mordedura de criaturas venenosas.
- De otras heridas por insectos venenosos e instrumentos emponzoñados que puede sufrir la piel.

El médico y botánico francés Francois Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767) modificó estos criterios y publicó en 1752 su *Pathologiamethodicaseu de cognoscendismorbis (Patología metódica o del reconocimiento de la enfermedades)*.

En esta obra agrupa por clases a todas las enfermedades incluyendo las cutáneas, a la manera de la clasificación empleada por los **botánicos**.

De esta forma distingue **maculae, tumores, ex-crescentiae, cistides, herniae**.³

Joseph Plenck, vienés (1735-1807), trató de mejorar esta clasificación en *Doctrina de morbis cutaneis (Ciencia de las enfermedades cutáneas)*, publicada en Viena en 1776. En ella define los signos de acuerdo a la **forma** en que se presentan a la vista: **máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, costras**.

Moriz Kaposi (1837-1902), agrega que Plenck "Divide en 14 clases y separa estas clases en 12 variedades [...] Están definidas de una manera concisa y concluyente, un poco como en el sistema de Linné (Linneo, 1707-1778) con géneros, especies y variedades de plantas.

Esta clasificación fue rápidamente aceptada.⁴

Un innovador concepto planteó Francis Lorry (1726-1783) en su obra *Tractatus de morbis cutaneis (Tratado de enfermedades cutáneas)* publicada en París en 1777, cuando interpretó a la piel con la capacidad de expresar enfermedades propias de un órgano dinámico y, también, de manifestar alteraciones a consecuencia de procesos internos o sistémicos:

"No solamente debe considerarse [a la piel] como una cobertura general, sino como un instrumento (órgano) entretejido mediante una modificación maravillosa y adornada por la mayor sabiduría [...]. En esta obra la consideraremos como asiento de la ma-

yoría de las enfermedades, tanto de las que se originan, desarrollan, envejecen o acaban en ella, como las que son atraídas y, por así decirlo, absorbidas en la piel desde su lugar de origen en las entrañas".⁵

Lorry analiza las enfermedades de la piel por sus características clínicas, anatomopatológicas y fisiológicas. Las agrupa en: **idiopáticas y apostóticas; de causas generales y locales; mecánicas y tóxicas**.

Señala procesos que afectan a determinados elementos del tejido cutáneo y detalla su terapéutica. El libro no tuvo mayor repercusión.

En 1798 el inglés Robert Willan (1757-1812) modificó la sistematización realizada por Plenck, reduciéndola a 9 órdenes: **pápulas, exantemas, ampollas, pústulas, vesículas, tubérculos, máculas, excrecencias**.

Publicó en Londres su *Description and treatment of cutaneous diseases (Descripción y tratamiento de las enfermedades cutáneas)*.

Utilizó una clasificación a base de **lesiones elementales**.

Moriz Kaposi (1837-1902) refiere que la obra fue rápidamente aceptada a causa de la "simplificación de la nomenclatura y de la sinonimia".⁶

Willan indicó como metas o propósitos:

"Constituir divisiones generales u órdenes de las enfermedades a partir de las circunstancias directrices y peculiares de su aspecto: ordenarlas en distintos géneros y describir sus formas específicas o variedades.

Clasificar y denominar las que hasta la fecha no se hayan distinguido de forma suficiente".

Para Ehring fue el primero en ilustrar de manera sistemática el libro de texto dermatológico.

Willan recibió por esta descripción y clasificación de enfermedades de la piel la medalla de oro Fothergill.

Finalmente se logró determinar que el aspecto de las lesiones constituye la base del diagnóstico dermatológico.⁷

Basándose en estudios e investigaciones anatomopatológicas, en 1845, Ferdinand Hebra (1816-1880) de la escuela vienesa, divide a las dermatopatías en 12 clases:

"Corresponden a las alteraciones principales que Rokitansky (1804-1878) tomó por base de la patología de los tejidos en general:

- I. Clase hiperemias cutáneas.
- II. Clase anemias cutáneas.
- III. Clase anomalías de secreción de glándulas de la piel.
- IV. Clase exudaciones.
- V. Clase hemorragias de la piel.
- VI. Clase hipertrofias.
- VII. Clase atrofas.
- VIII. Clase neoplasma.
- IX. Clase pseudoplasma.
- X. Clase ulceraciones.
- XI. Clase necrosis.
- XII. Clase parasitosis (*Dermatosis parasitarias*).⁸

Fue publicado como *Intento de clasificación de las enfermedades cutáneas en base a la anatomía patológica*.^{9,10}

En nuestro país Baldomero Sommer (1857-1918) fue el primer Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología, Venereología y Sifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, con sede en el Hospital San Roque, actual Hospital Ramos Mejía, designado por el Presidente Dr Carlos Pellegrini en 1892.

Formado en la Casa de Aislamiento entre 1882-1884, realizó a la usanza de la época su perfeccionamiento en la escuela de dermatología de Viena, dirigida por Moriz Kaposi entre 1884-1885.¹¹

Reflexiona al respecto Nicolás Greco (1877-1972) que este centro de estudios europeos contrarrestó: "los excesos de las teorías internistas sobre la etiología de las enfermedades de la piel, estudiando las que son puramente locales, y de allí el uso amplio de los medicamentos locales".

Con respecto a la actividad de Sommer como docente expresa que: "Para facilitar la enseñanza estableció y publicó también el **Programa Oficial** de la asignatura en el año 1893, que comprendía sintéticamente los procesos más comunes".

Agrega en otro momento que "enseñaba [...] la semiología, la terapéutica y las diversas enfermedades cutáneas y las tres venéreas más comunes: la sífilis, el chancro blando y la blenorragia".

Sommer detalló su proyecto de Cátedra puntualizando: "Me decidí a que la enseñanza fuera teórico-práctica. Las lecciones teóricas eran necesarias por cuanto así los alumnos realizaban un estudio metódico de todas las enfermedades de la piel".

Utilizaba como recursos didácticos: láminas de Atlas como el publicado por Hebra, así como modelados de cera del Museo de la Cátedra, confeccionados por el artista Walther convocado por Sommer. Dicho museo constaba en 1915 con 116 piezas que mostraban formas clínicas de afecciones poco comunes o de gran interés para la enseñanza.

Fallecido Sommer en 1918, es designado Profesor Titular Interino y luego efectivo en 1919 el Dr Maximiliano Aberastury (1866-1931).

En 1900, Aberastury presentó un nuevo **Programa** más detallado, respetando la clasificación del proyecto anterior.

Recordaremos que la Universidad Nacional de Córdoba creó en la Facultad de Ciencias Médicas la Cátedra de Clínica Dermatosifilográfica en 1889, designándose como su primer Profesor Titular al Dr Hugo Stempelman.¹²

Conclusiones

Al analizar el proceso por el cual se conformó la sistematización del estudio de las enfermedades cutáneas, pasamos revista a los intentos de clasificación que se sustentaron en sucesivos progresos teóricos.

La elaboración de este conocimiento científico fue una obra colectiva. En ella se suplantaron pau-

latinamente paradigmas, construidos con las herramientas conceptuales e instrumentales que brindaba la perspectiva histórica y que resolvían transitoriamente los problemas planteados, hasta que el desarrollo científico los reemplazaba por otro modelo, llegando finalmente con Robert Willan a comprender que el aspecto de las lesiones son la base para el diagnóstico dermatológico, presentando una sistematización aceptada por la comunidad científica.¹³

En el 1er Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía que se realizó en París en 1889 quedó consolidada la especialidad formalmente.

Tres años más tarde, la Universidad Nacional de Buenos Aires creó la Cátedra de Dermatosifilografía y Venereología en la Facultad de Ciencias Médicas.

Entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX la corriente positivista valorizó la aplicación del método experimental y las ciencias naturales.

Esta doctrina filosófica ideada por Augusto Comte (1798-1857), interpretó que el conocimiento "consiste en ajustarse a lo real tal como es [...] solo lo sensible es real".¹⁴

Estos conceptos fueron adoptados por el sistema educativo en nuestro país que cursaba por su etapa de construcción institucional.

Sommer interactuó con escuelas científicas internacionales y en la Argentina participó activamente en organizaciones de fines educativos.

Lo encontramos entre los miembros fundadores de la actual Asociación Médica Argentina, creada en 1891, institución que presidió en el período 1897-1899.

Fue uno de los iniciadores de la escuela dermatológica de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Adoptó e introdujo los paradigmas europeos en nuestro ámbito.

Autor de numerosos trabajos científicos con aportes originales, participó en eventos internacionales ayudando a posicionar la dermatología nacional entre las más destacadas escuelas.

Bibliografía

1. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía abreviada. Texto preparado por García Belsunce E, de Olase E. Buenos Aires. Editorial Sudamericana; 1970, 391-392.
2. Rocken M, Schaller M, Sattler E, Burgdorf W. Dermatología. Texto y atlas. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2013, 138.
3. Ehring F. Ilustración Científica en Dermatología. Cinco siglos de historia. Barcelona. EdikaMed. 2da reimpresión; 1997, 5-10.
4. Kaposi M. Pathologie et traitement des maladies de la peau. Lecons a l'usage des medecins praticiens et des etudiants par le Professeur Moriz Kaposi. Traduction avec notes et additions par Mm Besnier E, Doyan A París. Masson Editeur; Tome Premier; 1891, 1-34.
5. Ehring F. Op. cit, supra, nota 3.
6. Kaposi M. Op. cit, supra, nota 4.
7. Ehring F. Op. cit, supra, nota 3, 42.
8. Kaposi M. Op. cit, supra, nota 6.

9. Greco NV. Etiología de las dermatosis como método de estudio y clasificación de las mismas. *La Semana Médica*. Abril 1927; año 41, n 12, 209.
10. Ehring F. Op. cit, supra, nota 3.
11. Greco NV. Baldomero Sommer y su obra. Homenaje de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía AMA. *Boletín Sociedad de Dermatología y Sifilografía; Asociación Médica Argentina*. Marzo 31 de 1937; Vol II, 11-15.
12. Greco NV. Historia y desarrollo de la dermatología y sifilografía en la República Argentina. *La Semana Médica*. 1944; Tomo cincuentenario. 1er fascículo, 357-453.
13. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México. Fondo de Cultura Económica. Reimpresión 1996, 9-19.
14. Zuretti JC. Breve historia de la educación. Buenos Aires. Edit. Claridad. 1988, 261-264.

Vida, obra y legado de Osvaldo Fustinoni (1909-2000)

Dr Juan Carlos Fustinoni

Conferencia pronunciada el martes 2 de diciembre de 2014 en el Hospital Aeronáutico Central, en el marco de los 60 años de la creación del Hospital y de los 50 años de la inauguración de su primera residencia médica.

Figura 1. Osvaldo Fustinoni hace uso de la palabra con motivo de la celebración del cincuentenario de la creación del Instituto de Semiología "Profesor Gregorio Aráoz Alfaro", Hospital de Clínicas "José de San Martín", 18 de agosto de 1977.



En 1936 Osvaldo Fustinoni publicaba su obra *Semiología del sistema nervioso*, que alcanza hoy en día quince ediciones, nueve reimpressiones y más de 100.000 ejemplares vendidos (con traducción al idioma portugués y una edición clandestina en su historial), y se convierte en el libro –aún editado y próximo a cumplir los 80 años de vida– más antiguo de la medicina argentina. Distaría de dar cima con este trabajo, enjundioso y erudito, a una tarea de publicista que lo sitúa entre quienes han hecho mayores aportes a la literatura médica argentina. Fue esa obra suya la iniciación de una etapa que reveló,

ya no sólo al clínico sagaz, sino al intérprete exhaustivo de la materia que tenía entre manos y al escritor que renovaba, por la vía de una personalísima exposición y un estilo rotundo, el interés del tema. Luego vendrían: *Insuficiencia suprarrenal (estudio experimental)* –tesis de doctorado en Medicina, apadrinada por Bernardo A. Houssay– (1938); *Síndromes clínicos (en esquemas)* –en colaboración con Tiburcio Padilla– (17 ediciones y 5 reimpressiones: 1943-2001); *Tratado de patología médica* –en colaboración con Rodolfo Dassen–, 4 tomos (1945-1953); *Enfisema pulmonar y su repercusión cardíaca* (1946); *Auscultación del pul-*

món –estudio fononeumográfico– (1952); *Semiología médica fisiopatológica*, libro aún en plaza, renovado y actualizado –en colaboración con Pedro Cossio y Pedro C Rospide– (8 ediciones y 14 reimpresiones: 1955-2014); *Tratado de patología interna* –con Enrique G Fongi y Pedro C Rospide–, 3 tomos (1957-1965); *La Facultad de Medicina de Buenos Aires* (1969); *La tercera edad* –en colaboración con Domingo A Passanante– (1980); *Los médicos en las letras argentinas* (1981); *Gerontología y geriatría* (1986) e *Historia de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires* (1995).

No se ha agotado con estas menciones la enumeración de las obras de este maestro eminente que sirvió desde la cátedra universitaria y desde la tribuna de conferencias a su noble afán pedagógico: fue autor de más de 200 trabajos –algunos de ellos, en colaboración con su maestro, Bernardo A Houssay– fueron publicados en distinguidas revistas científicas extranjeras como *Comptes rendues de la Société de Biologie de Paris*, *Endocrinology* y *Archives of internal physiology*. Escribió en *La Nación* y en *La Prensa* artículos de historia de la medicina: ocho en el primer matutino y otros ocho en el segundo. Prologó libros. En la *Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*, durante casi diez años, Osvaldo Fustinoni plasmó su pensamiento vivo y actualizado en numerosos editoriales acerca del acuciente quehacer médico y la problemática universitaria.

Argentina, tierra de promisión

Existe en la vieja Europa, en el Norte de la península itálica, una zona que –conformando una hoz plateada por la arena y bordeada de cumbres doradas y la espuma del mar– se extiende desde Ventimiglia hasta Spezia. Una rama del tronco de los Apeninos la rodea de finos eslabones que, constituyendo innumerables cabos, se sumergen en el mar siempre azul.

Por los pequeños valles paralelos que se suceden cruzan corrientes de agua cuyos lechos están siempre secos.

La tierra, propicia al arado, es extraordinariamente fértil. Sus árboles, cargados de melocotones y ciruelas aterciopeladas, invitan a la ensoñación.

En tan estrecho corredor, encerrado entre el mar y la montaña, sus habitantes supieron conservar los caracteres típicos de las regiones italianas: los valientes campesinos, plantando el olivo y la viña, después de cavar con la azada, y los niños, jugando y escapando a un tiempo de los furiosos torrentes montañosos.

Esta tierra fértil, verde de palmeras y olivos, al pie de áridas montañas, que se vuelve ampliamente hacia el mar, es la Liguria.

En el centro de esta región, próxima a Génova, se yergue Santa Margherita. Allí nació Luigi-Giuseppe Fustinoni el 21 de junio de 1876, hijo de Paolo Fustinoni y de Guglielma Cristiani.

Luigi-Giuseppe formó parte de uno de esos contingentes inmigratorios que –entre fines del siglo XIX

y principios del XX– tuvo la República Argentina, que parafraseando el título de un óleo de Antonio Alice, era “Argentina, tierra de promisión”.

Luigi-Giuseppe, una vez instalado en nuestro país, se dedicó al comercio y contrajo matrimonio con Margarita Angelina Rodríguez –hija de Salvador Rodríguez y de Tránsito Rodríguez–, nacida en la localidad de Ranchos (provincia de Buenos Aires) el 22 de febrero de 1884. De esta unión nacieron tres hijos, dos niños y una niña.

Los primeros años. Su labor

Osvaldo Fustinoni, el menor de los tres niños, nació en Buenos Aires el 16 de abril de 1909. Proveniente de un hogar humilde –alguna vez confesó que jugaba con “dos latitas”–, su padre falleció cuando él tenía tres meses de edad. A pesar de su orfandad paterna, la madre con gran temple y entereza se hizo cargo de la casa. Tan fuerte era su personalidad que a pesar de haber quedado viuda con tres niños, consiguió superar el trance de tal modo que casi no se advirtió la ausencia del padre.

Inició sus estudios primarios en un establecimiento del Estado: la Escuela Superior Número 5 del Consejo Escolar III, situada en la calle Sáenz Peña entre Humberto 1º y San Juan. Al finalizar el cuarto grado, el maestro de quinto –atento a sus extraordinarias dotes y condiciones– le propuso prepararlo para rendir ese año libre y entrar directamente a sexto grado, cosa que hizo.

A los doce años terminó la escuela primaria e ingresó en el Colegio Nacional “Juan Martín de Pueyrredón” que se hallaba a once cuadras de su casa. El trayecto lo recorría a pie y eso le significaba un ahorro considerable. Esto, que hoy es difícil de comprender, tenía suma importancia en ese momento. El poder adquisitivo de esos veinte centavos diarios era significativo, ya que muchos trabajadores ganaban un peso por día.

En marzo de 1927 ingresó a la Facultad de Medicina con muy buena puntuación. Cursó la carrera en seis años hasta 1932. Para costear sus estudios fue celador en el Colegio Pueyrredon –donde había culminado su bachillerato– durante los años 1927-1931.

Fustinoni se destacó como alumno. Fue practicante del Hospital de Clínicas –los diez alumnos de más alto promedio tenían acceso al cargo–, primero como ‘menor interno’ (1931) y luego como ‘mayor interno’ (1932), ambos por concurso. Finalizados los estudios el 17 de diciembre de 1932 –en mérito a las calificaciones obtenidas le fue concedido el Diploma de Honor, el 3 de septiembre de 1941–, Tiburcio Padilla, recién nombrado profesor titular de la cátedra de Semiología y clínica propedéutica, lo nombró ayudante y luego jefe de trabajos prácticos, lo que le confirió carácter de profesor a muy temprana edad y contribuyó enormemente a su formación.

Este fue el comienzo de una extensa labor que someramente reseñamos: médico asistente del Insti-

tuto de Semiología “Profesor Gregorio Aráoz Alfaro” (1932), jefe de consultorios externos (1936), jefe de clínica (1943), profesor adjunto de Semiología y clínica propedéutica (1947), profesor titular de la misma asignatura y director del Instituto de Semiología (1956), y profesor titular emérito (1975).

Su labor científica fue vasta, y suscitó la admiración y el respeto que la medicina argentina toda siempre sintió por el hacedor incasable que fue Fustinoni: miembro fundador de la Sociedad Argentina de Endocrinología, miembro del comité redactor y fundador de la revista *Medicina* –junto con Alfredo Lanari– (octubre de 1940), miembro fundador de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (25 de abril de 1951), médico consultor de clínica médica del Hospital Naval Buenos Aires (por concurso, desde 1953), presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria en tres períodos (1955, 1973 y 1987), secretario de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación (26 de septiembre de 1955), presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (1957), miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina (22 de octubre de 1959), miembro de honra de la Facultad de Porto Alegre, Universidad de Rio Grande do Sul (agosto de 1960), miembro fundador y presidente de la Sociedad Argentina de Nefrología (15 de septiembre de 1960), decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (15 de noviembre de 1962), huésped de honor de la Universidad Central de Venezuela (1^a de agosto de 1963), presidente del Consejo Consultivo del Instituto de Intercambio Cultural y Científico Argentino-Israelí, presidente de la Comisión Ley 11.333 –art 6– (14 de junio de 1965), presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (1965), presidente del Comité Ejecutivo del Congreso de la PAMA (26 al 30 de noviembre de 1967), director académico del Hospital Escuela “José de San Martín” (1972-1973), miembro del Consejo Asesor Editorial de EUDEBA (mayo de 1977), presidente de la Fundación Cultural Argentina para la Tercera Edad (1978), académico de número de la Academia Nacional de Medicina (31 de agosto de 1978), presidente del 2^o Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria (9 al 14 de septiembre de 1979), académico de número de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires (7 de octubre de 1982), miembro correspondiente extranjero de la Academia Nacional de Medicina de la República de Venezuela (4 de junio de 1987), presidente de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires (1989-1993), presidente de la Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (junio de 1990), presidente del Comité de Ética y consultor honorario del Hospital de Clínicas “José de San Martín” (1990), miembro del Consejo Honorario de la Universidad Maimónides (noviembre de 1991), presidente del Instituto Popular de Conferencias de *La Prensa* (diciembre de 1993), presidente de la Academia Nacional de Medicina (1994-1996),

miembro honorario extranjero de la Academia Chilena de Medicina (18 de octubre de 1995), académico honorario extranjero de la Academia Nacional de Medicina de la República Oriental del Uruguay (11 de octubre de 1996).

Recibió los Premios: “Mención especial de la Sociedad de Medicina Interna al trabajo sobre *Cirrosis biliar xantomatosa*” (14 de mayo de 1954); de la Fundación “Mariano R Castex” ‘a la docencia universitaria’ (13 de diciembre de 1974); “Maestro de la Medicina Argentina” (8 de junio de 1979); “Barón Hirsch” (25 de octubre de 1979); “Laurel de Plata” del *Rotary Club* ‘a la personalidad del año 1978’ (15 de diciembre de 1979); “Ignacio Imaz” (1980); “ENCOTEL” (14 de octubre de 1985); “Maestro de la Gerontología Argentina” (15 de noviembre de 1989); “Manzana de las Luces” (15 de diciembre de 1989); “Arco de Triunfo”, Hospital Francés (14 de diciembre de 1995); “Diego Alcorta”, Sociedad Argentina de Humanismo Médico (27 de noviembre de 1996); “Rioplattente”, *Rotary Club Internacional* (Montevideo, 7 de mayo de 1996).

Recibió las distinciones: “Oficial de la Orden del Mérito” del gobierno de Francia (22 de enero de 1965); “Palmas Académicas” del gobierno de Francia (27 de agosto de 1965); “Doctor Honoris Causa” de la Universidad Nacional de Tucumán (18 de mayo de 1983); “Doctor Honoris Causa” de la Universidad Argentina ‘John F. Kennedy’ (4 de junio de 1996); “Cruz Naval Laureada a los servicios distinguidos”, Armada Argentina (18 de abril de 1997); “Mayor Notable Argentino”, Honorable Cámara de Diputados de la Nación (25 de septiembre de 1997); “Reconocimiento de la Nación Argentina por su trayectoria en las ciencias médicas en beneficio de la humanidad”, Superior Gobierno de la Nación (5 de mayo de 1999: Salón Blanco de la Casa de Gobierno).

El educador y docente

Entre la multitud de actividades e intereses que acapararon la atención de Osvaldo Fustinoni, la docencia fue, sin duda, una de las que ocuparon un lugar protagónico: “La docencia es el motivo de mi existencia médica –confesó poco antes de morir– y he dado lo mejor de mí mismo. Fui profesor muy joven, me formé al lado del profesor Padilla y mis discípulos son legión. Formé unas cuarenta generaciones de médicos y lo he hecho dedicándome con intensidad. En la actualidad soy profesor emérito, y todavía tengo la misma pasión por enseñar”.

Fustinoni fue un adelantado a su tiempo, y a él, así como a otros gigantes de su época, se debe la promoción de cambios profundos en la educación médica, como la creación de las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH), las residencias, el estímulo a la investigación científica y a la dedicación exclusiva. Son notables los planteos novedosos que ya hacía entonces a propósito de la organización del hospital universitario.

Semiología (primer año de Medicina) constituía una disciplina única durante todo el año –a diferencia de lo que hoy acontece en algunos centros con semiología cuatrimestral y materias superpuestas–. La enseñanza abarcaba toda la mañana de 8 a 12. Fustinoni controlaba en forma personal la labor de los alumnos, a quienes se les exigió la concurrencia –durante el primer año de Unidad Hospitalaria– de 183 mañanas, 20 pruebas de laboratorio y 3 exámenes de práctica clínica. Aprovechó también las tardes para completar la enseñanza y la formación de sus alumnos.

Aunque abordó la enseñanza integral de la semiología, Fustinoni tuvo predilección por las clases de auscultación respiratoria, semiología del sistema nervioso y nefrología. Desde 1932 hasta 1942 dictó anualmente un ciclo de clases de semiología, por pedido del profesor Padilla, a los alumnos de su curso oficial. Entre 1942 y 1946 dictó 291 clases (debe comentarse el hecho de que en 1945 dictó solamente 9 clases puesto que el curso fue interrumpido por el cese de las actividades universitarias). Como profesor adjunto –en el período 1947-1956– Fustinoni dictó 270 clases (se deben agregar las dictadas como profesor titular interino en 1952, a razón de dos clases semanales). Entre 1957 y 1965 –ya como profesor titular– dictó 477 clases de un total de 1.917 (casi el 25%), y se realizaron 1.619 trabajos prácticos –180 por año– y 247 ateneos anatomopatológicos. Entre 1966 y 1975 dictó 433 clases. Con posterioridad a 1975 –año de su retiro de la cátedra, al cumplir los 65 años de edad reglamentaria– siguió dictando clases como profesor titular emérito, aunque de manera más esporádica, y presidió durante varios años los ateneos anatomopatológicos del Instituto. Fue muy querido por sus alumnos. Utilizaba la persuasión, nunca se enojaba ni trasuntó fastidio frente al error.

Desde su acceso al Instituto, Fustinoni se preocupó especialmente en organizar cursos para graduados, que al mismo tiempo que contribuyeron al perfeccionamiento docente del personal de la cátedra, actualizaron conocimientos dirigidos a los jóvenes médicos. Entre los años 1957 y 1965 se llevaron a cabo 51 cursos para graduados. A su vez, con todo el personal del Instituto, Fustinoni dictó cursos de perfeccionamiento en diversas ciudades del interior (Junín, Ushuaia, Mendoza, Puerto Belgrano, Santa Fe, Mar del Plata, Río Santiago, Tandil, Salta, Posadas, San Nicolás, Bariloche, Jujuy, La Rioja, etc) y conferencias en el exterior.

La formación del personal docente constituyó para Fustinoni una gran preocupación. Cumplió con una de las condiciones fundamentales de un profesor, la de contribuir a la formación de quien pueda sucederlo en el futuro y mejorar, si cabe, las condiciones docentes. Contó desde que estuvo al frente de la cátedra con la valiosa colaboración de una pléyade de distinguidos profesores adjuntos que años después alcanzarían el grado de profesores titulares y –en una verdadera obra de prolongación

del Instituto de Semiología– adaptarían los sistemas, programas y características de la cátedra: Enrique Fongi, José E Burucúa, Víctor R Miatello, Julio A Berreta, Héctor Mosso, David Gotlieb, Rubén G Lancetremère, Alfredo Buzzi y Luis D Suárez.

Fustinoni mantuvo y promovió el sistema de residencias médicas, establecido en el mismo Instituto por Tiburcio Padilla en el año 1946 por primera vez en el país. Fomentó asimismo la concurrencia de médicos al Instituto con el fin de perfeccionar sus conocimientos (el tiempo de permanencia varió entre tres meses y un año, y algunos de ellos rotaron por distintos servicios de la cátedra). Diariamente con los residentes y concurrentes, Fustinoni pasaba revista a todos los enfermos internados, y tres veces por semana, en horario vespertino, se hacían sesiones de discusión (clínicas, radiológicas y ateneos bibliográficos) para estudiar a los pacientes de sala. Los ateneos bibliográficos buscaban orientar y familiarizar al médico con la producción médica internacional. De la reversibilidad de conocimientos se extraían conductas terapéuticas que luego eran analizadas en los “ateneos de alta” que semanalmente se llevaban a cabo. A las labores comunes de los residentes se agregó como obligación la presentación de los casos en los ateneos anatomopatológicos –correspondientes a todos los enfermos fallecidos en el Instituto y a cuya realización se le asignó un gran valor docente–, y el día anterior Fustinoni estudiaba con sus médicos el caso que se iba a presentar y quedaba sentado el diagnóstico en coincidencia o disidencia. Por otra parte, los residentes debían presentar en el curso del año un trabajo de monografía acerca de un tema analizado en mutua elección.

Una de sus motivaciones principales fue propender a que los jóvenes médicos del Instituto pudieran gozar de becas que perfeccionaran sus conocimientos. Estas becas fueron orientadas en el sentido de cultivar disciplinas que luego tuvieran aplicación y desarrollo en el propio Instituto, tanto para las becas internas como para las externas. Debido a ellas Fustinoni impulsó en la cátedra estudios originales y trabajos de investigación clínica, y despertó inquietudes y vocaciones.

Prestigiosas figuras de la medicina mundial visitaron la cátedra durante los años en que Fustinoni ejerció su dirección. Algunas disertaron en el Instituto y prestigiaron su tribuna. Fustinoni jamás dudó de que de la reversibilidad de conocimientos y del contacto personal –allende las fronteras– se obtienen los beneficios que brinda la universalidad de la cultura. Entre los visitantes del Instituto de Semiología recordamos –entre otros– a Aldo Luisada, Joao Tranchesi, Agustín Pedro-Pons, Gregorio Marañón, Pedro Laín Entralgo, Paul Ghalioungi, Jean Lenègre, Carlos Jiménez Díaz y Jean Hamburger.

Hamburger dictó en julio de 1960 –junto con Henri Ducrot y Hyacinthe de Montera– un curso sobre “Nefropatías”. Este curso –que consistió en diez lecciones teóricas, dos mesas redondas y diez demos-

traciones prácticas, para lo cual se dispuso de películas científicas, microfotografías y presentación de aparatos— constituyó el germen de la creación de la Sociedad Argentina de Nefrología, el 23 de agosto de 1960, de la que Fustinoni fue, además de miembro fundador, su primer presidente: elevado espíritu creativo como precursor de la nefrología en la Argentina.

Un detalle: en el período 1956-1973 el Instituto de Semiología, bajo su dirección, publicó 101 trabajos de cardiología —Fustinoni firmó once de ellos, nueve como autor principal—. Entre los años 1957 y 1966, el mismo Instituto publicó 47 trabajos de investigación en nefrología, algunos de ellos en reconocidas publicaciones extranjeras como *Néphrologie*, *New England journal of medicine*, *Journal of clinical investigation* y *Archives of internal medicine*; en cinco de esos trabajos participó Fustinoni, lo cual demuestra que por más que fuera director del Instituto jamás firmó trabajos en los que no intervenía. Se emprendieron asimismo varios trabajos de investigación en gastroenterología. En endocrinología se trabajó en el dosaje de catecolaminas en la hipertensión arterial y en estudios sobre la función de la corteza suprarrenal. Por esos años Fustinoni emprendió una línea de trabajo referida a coagulación y tromboelastografía.

Se debe comentar finalmente que en el curso de los años 1967-1974 se adjudicaron seis premios a trabajos desarrollados en el Instituto de Semiología que dirigió Osvaldo Fustinoni.

Fustinoni despertó asimismo en el vasto sector médico la idea de la importancia que tiene la patología geriátrica en la clínica médica general y la necesidad de consagrar especial atención a sus problemas. Respecto de este tema, dictó cursos para graduados y conferencias a lo ancho y a lo largo del país, publicó trabajos y libros, y presentó un proyecto al Honorable Consejo Directivo de la Facultad de creación de la cátedra de gerontología y geriatría. Debe destacarse que Fustinoni fue el primero, entre nosotros, en adoptar el término “tercera edad” para despertar la “conciencia geriátrica” en la Argentina.

Igualmente preocupó a Fustinoni la necesidad de la enseñanza de la psicología médica. Hizo dictar cursos sobre esta materia a los cuales los alumnos podían concurrir libremente. Todos esos años impartió nociones de psicología médica. Estimó tan necesarios esos estudios dentro de la formación médica, que presentó a las autoridades de entonces un proyecto de creación de esa cátedra. Considerado por la comisión de enseñanza de la Facultad, fue despachado favorablemente y sancionado por su Honorable Consejo Directivo. La cátedra de psicología médica fue una realidad. Fustinoni vio colmadas sus expectativas.

Ese era el Instituto que dirigió Osvaldo Fustinoni y esa era su modalidad de trabajo. Su cátedra fue la cátedra modelo.

El hacedor

Osvaldo Fustinoni fue un hacedor de instituciones. Como vocal de la Comisión Ley 11.333 —art. 6—,

desde el 21 de mayo de 1958, y posteriormente como presidente, designación que le fue conferida el 14 de junio de 1965, tuvo a su cargo el emprendimiento de la provisión de equipos para el funcionamiento del nuevo Hospital Escuela “José de San Martín”, mediante un préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Junto a los demás miembros de la comisión (entre ellos los profesores Carlos E Ottolenghi y Andrés O M Stoppani), adaptó la estructura del edificio a las actuales necesidades de una facultad moderna y funcional, integrada con la recién creada Facultad de Farmacia y Bioquímica, que aportó su competencia en el análisis clínico.

Consideró de vital importancia para la docencia y la asistencia que el nuevo nosocomio debía ofrecer el desarrollo del siguiente plan de cinco puntos principales que fundamentara el perfecto accionar del Hospital Escuela:

1. Autofinanciación.
2. Atención integral en el sentido horario.
3. Estudios mínimos preventivos.
4. Residencia hospitalaria.
5. Investigación científica.

Respecto del punto 2, escribió: “El Hospital debe funcionar durante toda la jornada. Se hace una necesidad que no interrumpa por la tarde la atención médica en los consultorios externos. Esto demandará contar con personal médico durante la tarde y, como la función primordial para la que fue creado el Hospital Escuela es la docencia, ¿qué mejor que sea el personal docente el que permanezca la mayor parte del día en él y pueda dictar las clases prácticas para los alumnos, incluso de tarde? Para esta dedicación exclusiva o semiexclusiva, aún reducida, se deberá elevar el concepto de pago por prestación de servicio, como es lógico”. Y con una clara visión social, Fustinoni añadía: “Quizá este tipo de horario y las comodidades que el enfermo halle en la internación hagan desaparecer la diferencia de apreciación entre el sanatorio y el hospital, diferencia que, por cierto, no siempre se justifica”.

Este plan cayó en saco roto por la agonía política que sumió posteriormente a nuestro país. El fracaso de las instituciones no se condijo con lo que fue la vida y el accionar de Fustinoni, pleno de realizaciones, emprendimiento y optimismo. Un hecho previo constituyó el principio de la decadencia: la derogación de la ley 11.333 y por ende la supresión de los ingresos que por esa ley provenían de la Lotería Nacional (el 5% de impuesto sobre la venta de billetes de la Lotería Nacional de Beneficencia y Casinos de la Nación).

El 15 de noviembre de 1962 Osvaldo Fustinoni fue elegido decano de la Facultad de Ciencias Médicas. Dice Julio H G Olivera, rector de la Universidad de Buenos Aires en el período 1962-1965, que “fueron años de intensa actividad. La Facultad de Medicina, bajo la experta y calificada conducción del Dr Fustinoni, hizo significativos progresos tan-

to en los aspectos docentes como en los científicos: provisión de cátedras mediante concursos públicos de antecedentes y oposición; creación de nuevas cátedras, cursos y carreras; incorporación de docentes con dedicación exclusiva; visitas de eminentes profesores extranjeros; adquisición de equipos técnicos para la investigación experimental y la atención de pacientes; promoción de residencias médicas, becas para estudiantes y graduados; reorganización y ordenamiento administrativo”.

No fueron épocas fáciles. El 28 de junio de 1966 una Junta Militar derrocó por la fuerza al presidente Arturo U Illia y entregó el poder al general Juan Carlos Onganía. El viernes 29 de julio se promulgó la ley 16.912 que anulaba la autonomía universitaria: los rectores de las universidades se transformaban en “interventores”, es decir, delegados del Ministerio de Educación. Se prohibía toda actividad política y se anulaba el sistema de gobierno tripartito integrado por estudiantes, docentes y graduados.

Grupos de estudiantes y profesores ocuparon cinco facultades: Arquitectura, Ciencias Exactas, Filosofía y Letras, Ingeniería y Medicina. Se usaron los bancos como barricadas, se cerraron los portones de acceso y algunas ventanas. La idea era resistir ese fin de semana.

Pero Onganía ordenó desalojar las facultades esa misma noche. Así ocurrió lo que tristemente se conocería en la historia argentina como “la noche de los bastones largos”. Hubo gases lacrimógenos, bastonazos y 400 detenidos. La represión más dura fue contra Ciencias Exactas.

La única Facultad en donde se respetó a los intelectuales fue Medicina. Su decano, Osvaldo Fustinoni, después de conseguir una tregua de quince minutos por parte de la policía, logró ser escuchado por los estudiantes, a pesar del caos que se había desarrollado, y consiguió que éstos abandonaran la facultad de un modo pacífico. Nadie fue lastimado físicamente ni en su dignidad. Fustinoni en persona custodió, desde la puerta, la salida de cada uno de los estudiantes, sin que nadie fuera molestado ni denigrado.

No faltaron los ofrecimientos para permanecer en el cargo. Su respuesta fue clara y precisa, y así lo expresó en los considerandos, en una carta dirigida al entonces ministro del Interior e interino de Educación, Dr Enrique Martínez Paz: “Elegido en virtud de las disposiciones del estatuto universitario –y atento a la opción establecida por la ley 16.912 que modifica sustancialmente la que ha regido hasta ahora para el gobierno de las universidades argentinas–, pongo en conocimiento del señor ministro que no acepto continuar en mi cargo de decano de la Facultad de Ciencias Médicas”. Se lo transformaba en administrador y se debía al claustro que lo había designado para tal función: posición incompatible para una personalidad como la de Fustinoni. Osvaldo Fustinoni renunció a su decanato el 2 de agosto de 1966.

Idénticas características de proficua actividad tuvo el desempeño de Osvaldo Fustinoni en la Aca-

demia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, a la cual se incorporó en 1982 –siendo ya miembro de número de la Academia Nacional de Medicina– y cuya residencia ejerció durante el cuatrienio 1989-1993. La gestión presidencial de Fustinoni se tradujo por un fuerte crecimiento científico de la Academia. Se establecieron nuevos vínculos con organizaciones análogas del país y del exterior; se asignaron becas para la realización de investigaciones científicas; se multiplicaron las conferencias, comunicaciones, simposios, seminarios y congresos; se alcanzó un promedio, nunca registrado antes, de treinta reuniones científicas por año; la biblioteca pasó de 9.810 a 17.535 libros, y se transformó la Corporación en una de las instituciones más activas y dinámicas de la comunidad científica nacional.

La honestidad fue un bienpreciado de Osvaldo Fustinoni. Tuvo gestos que lo enaltecieron por lo paradigmático. Del 26 al 30 de noviembre de 1967 se desarrolló en Buenos Aires el 42º Congreso de la Asociación Médica Panamericana (PAMA). Médicos argentinos en número cercano a 1.400, de Estados Unidos (400) y el resto de diversos países, Japón inclusive, prestigiaron con su saber esta asamblea. La Lotería Nacional de Beneficencia y Casinos le había entregado un subsidio por tres millones de pesos –acordado a través del decreto 6.322/67 del Poder Ejecutivo Nacional–, destinado a sufragar los gastos de este evento que fue multitudinario y estuvo coronado por el éxito.

Meses después, hecho el arqueo correspondiente, el superávit hablaba a las claras del resultado del Congreso y de la buena administración realizada. Al no haber sido utilizados dichos fondos, Fustinoni reintegró el monto del beneficio acordado mediante el cheque N° 3.777.297 del Banco de Galicia y Buenos Aires por el importe mencionado.

Todos los periódicos de Buenos Aires se hicieron eco de la actitud de las autoridades del Congreso de la PAMA: el 2 de julio de 1968 lo hizo *Clarín* y el 8 del mismo mes *La Prensa*, pero la nota la dio *La Razón*, también el día 8, que tituló “*Rara avis*” a su escueta noticia. Sin embargo, el texto más elocuente fue el de *La Nación* del 16 de julio del mismo año, con su título: “Pocas veces ocurre”.

Nunca militó políticamente ni perteneció a ningún club ya que estuvo siempre dedicado a su profesión, sin disponer de tiempo libre para otras actividades. La única actividad política que desarrolló en su vida tuvo relación con la profesión: “Cuando fui decano me vi obligado a actuar en la universidad. Claro que eso es diferente, la política en ese ámbito se maneja entre pares y no entre individuos de cultura, situación económica y social diferentes. De todos modos, no rechacé la política como manifestación de civilidad, pero no fui activista. Creo que eso me perjudicó en cuanto a ascensos a otro tipo de puestos que hubieran permitido ampliar mis actividades. Nunca me sometí a los dictados de ningún guber-

nante de turno. Eso me postergó en el profesorado". A pesar de ello, por su consultorio pasaron expresidentes, vicepresidentes, ministros de la nación, y además embajadores, poetas, escritores y artistas.

El conferenciante

Entre sus múltiples actividades, Osvaldo Fustinoni se distinguió como conferenciante, unas veces desde tribunas académicas o de sociedades científicas, o de muy diversas instituciones.

Perteneció en calidad de vocal –desde 1959– al Instituto Popular de Conferencias del diario *La Prensa*, del cual fue también secretario, y presidente en 1993, y en esta relevante tribuna pronunció numerosas disertaciones entre las que mencionaremos: “Discernimiento histórico y valoración de las doctrinas médicas” (9 de septiembre de 1949), “La vida prolongada y sus problemas” (7 de agosto de 1959), “Los estudios médicos en la República Argentina. Origen, desarrollo y proyección” (29 de septiembre de 1967), y “Los médicos argentinos en la literatura vernácula” (2 de junio de 1978).

Entre más de doscientas conferencias pronunciadas –la mayor parte de índole médica– se destacan asimismo las siguientes: “La enseñanza de la medicina en la Facultad de Medicina de Buenos Aires” (pronunciada en la Facultad de Medicina de Madrid, en el paraninfo central, el 7 de mayo de 1965), “La Facultad de Medicina en los diez años posteriores a Caseros” (SADE, 27 de octubre de 1966), “El medio social finisecular y los escritores médicos argentinos” (Academia Nacional de Medicina, 18 de mayo de 1971), “Los adelantos de la cirugía y la ética médica” (Sociedad de Cirugía Cardíaca y Torácica, 4 de abril de 1975), “El Instituto de Semiología ‘Gregorio Aráoz Alfaro’ en la celebración de su cincuentenario” (Hospital Escuela ‘José de San Martín’, 18 de agosto de 1977), y “Buenos Aires antiguo y la medicina” (Asociación Biblioteca de Mujeres de la República Argentina, 15 de octubre de 1980).

Trazó las semblanzas de numerosas personalidades médicas: Rodolfo Dassen, vida y obra; Vicente López y Planes; Gregorio Aráoz Alfaro; Pedro Mallo; Albert Sabin, una vida consagrada a la humanidad; Osvaldo Loudet, vida, obra y pensamiento (Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, 28 de noviembre de 1986), de quien asimismo habló en la inhumación de sus restos, el 8 de octubre de 1983; Bernardo A Houssay, adalid y precursor de la investigación científica en la Argentina (Academia Nacional de Ciencias, 15 de junio de 1987); Luis Federico Leloir, grandeza y humildad de la investigación (Academia Nacional de Ciencias, 28 de noviembre de 1988); José Arce, a 110 años de su nacimiento (Academia Nacional de Ciencias, 9 de octubre de 1991); Mariano R Castex, al cumplirse el trigésimo aniversario de su fallecimiento (Academia Nacional de Ciencias, 29 de julio de 1998).

Con motivo del discernimiento de premios y becas, Fustinoni evocó a otras figuras de las ciencias

médicas: Eduardo Braun Menéndez, Alfredo Lanari, Eduardo de Robertis, Armando Parodi, Roberto E Mancini, Braulio A Moyano, Salvador Mazza, Carlos A Gianantonio, Héctor Marino y Marcelo Royer.

Presentó a destacadas figuras del quehacer científico y cultural. Tal el caso de Pedro Laín Entralgo –que ocupó la tribuna de su cátedra en dos oportunidades– y de otras personalidades ya consignadas que visitaron el Instituto. Y puso en posesión de la palabra, además y entre otros, a Eugenio Pucciarelli, Juan R Michans, Venancio Deulofeu, León de Soldati, José E Rivarola, al presbítero Dr Carlos Cucchetti y al escritor gallego Xosé Filgueira Valverde. Evocó la figura de José Luis Romero y su actuación universitaria, habló en el homenaje a Nerio Rojas –al cumplir los 50 años de su graduación– y a Alicia Moreau de Justo. En el Instituto de Intercambio Cultural y Científico Argentino-Isareli –del que fue presidente– presentó a Jorge Luis Borges, y habló en el homenaje a los Premios Nobel Shmuel Agnon y Nelly Sachs (12 de diciembre de 1966). Despidió los restos de Tiburcio Padilla y de Osvaldo Loudet, como ya se consignó.

Asimismo pronunció discursos con motivo de la inauguración de siete congresos nacionales e internacionales o de colación de grados –en calidad de decano de la Facultad de Ciencias Médicas– y en nombre de delegados extranjeros a congresos fuera del país. También lo hizo en calidad de presidente de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires o de presidente de la Academia Nacional de Medicina, en ocasión de inaugurar congresos, reuniones conjuntas, jornadas médicas, simposios o seminarios, o bien con motivo de entrega de premios, diplomas u homenajes a académicos fallecidos. Como miembro de esta última corporación habló en el centenario del nacimiento de Emilio Julio Palacio y Marcelino Sepich.

El humanista

Osvaldo Fustinoni encarnó en nuestro medio al médico humanista por excelencia para quien, según la sentencia clásica, nada de lo humano le fue ajeno. Los múltiples aspectos de su personalidad y las tan diversas actividades que desarrolló justifican considerarlo como un médico humanista –en el sentido que Burckhardt daba al humanismo–, hecho que no llama la atención dada su personalidad polifacética y su acendrada formación cultural. Su quehacer en pro del acto de jerarquizar al ámbito profesional lo hizo acreedor de importantes distinciones –entre ellas, el “Reconocimiento de la Nación Argentina por su trayectoria en las ciencias médicas en beneficio de la humanidad” (1999)–, inclusive allende las fronteras: más de treinta distinciones honoríficas, premios y reconocimientos, otorgados por instituciones públicas y entidades privadas de once países de América y Europa.

Como simple anécdota, entre tantas, es interesante mencionar que Arturo Capdevila –además de poeta, historiador, ensayista y crítico literario– fue

escritor de varios libros de ciencias médicas como: *El cáncer* (1961), *Revisión microbiana* (1963) y *Pláticas médicas atenienses con el Dr Astianax* (1962). En este último, libro de sátira, crítica y meditación, la dedicatoria de Capdevila dice: “Quiera el alto maestro amigo, Dr Osvaldo Fustinoni, honrar con su benévola atención este libro, cuya plática 30 –página 181– le está particularmente dedicada, como sincero homenaje”. La plática 30 se titula: “Donde habla un simple fauno ante los dioses”.

Muchos hombres de ciencia, escritores y artistas le autografiaron sus libros con palabras por demás elogiosas. Como curiosidad, simplemente, mencionaremos que el artista plástico Emilio Centurión (1894-1970) retrató a Osvaldo Fustinoni en la década de 1950, curiosamente con cabello y ojos claros. Y que el compositor argentino Roberto García Morillo le dedicó su “*Cantata Académica Nro 9*”.

Fustinoni viajó por el mundo en cumplimiento de tareas académicas, científicas y universitarias, participó en congresos, brindó conferencias y recorrió centros universitarios y de salud: Londres, Porto Alegre, Caracas, Medellín, San Salvador, Monterrey, Santiago de Chile, Poços de Caldas, Madrid, Puerto Rico, Lima, Milán, Asunción, Estocolmo, Río de Janeiro, La Paz, Montevideo, París. Fue invitado como huésped oficial por los gobiernos de Francia, Bélgica y Holanda, a visitar sus países en misión cultural. Fue invitado a Israel en cuatro oportunidades. Visitó el Centro Médico de Hadassah-Universidad Hebrea y el Hospital Central de Néguev, y fue recibido por el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tel-Aviv, profesor Shimon Bitter. Mantuvo encuentros con Golda Meir y David Ben-Gurion. El primer ministro le preguntó por qué los países de América Latina, que tenían la misma lengua, las mismas costumbres y el mismo origen, no constituían un solo país, a lo que respondió que eran problemas de orden político más que de orden nacional: “Fue el resultado del caudillismo imperante en la época de consolidación de los países”. Diría posteriormente que esos encuentros habían sido muy gratificantes.

Fustinoni hizo un culto de la tolerancia. Resultan paradigmáticas las palabras pronunciadas al recibir el Premio “Barón Hirsch”, en 1979. Dijo en esa oportunidad: “Bienvenido es para mí el ecumenismo, pues da a mi propio sentimiento su verdadera dimensión. Quieran los hombres todos oír el llamado de ese gran Pontífice Juan XXIII a través del Concilio Vaticano II. Entonces no se repetirán Dachau, ni Treblinka, ni Auschwitz, y tendremos conciencia de nuestra propia dignidad y que se puede vivir en pacífica armonía sin tener en cuenta color, religión o credos. Asistiremos así a la superación del hombre. Y en nuestro credo monoteísta serán igualmente respetados los nombres de Abraham, de Moisés, de Jeremías y de Mahoma, y los de Pedro, Pablo y Lucas. Y en Jerusalem, la eterna Jerusalem, confraternizaremos cristianos, judíos y mahometanos en plena

libertad y liberados de la esclavitud de esa pasión malsana que es el odio”.

La posición de Fustinoni fue siempre clara en cuanto a los temas médicos relacionados con la moral y la ética. Mientras ejercía la presidencia de la Academia Nacional de Medicina –durante el período 1994-1996– y se le pidió por su opinión, dijo en forma contundente: “El aborto es liquidar una vida humana”, y señaló los muchos procedimientos que existen para evitar el embarazo, incluso uno de ellos aceptado por la Iglesia Católica. “No podemos permitir que se mate a una persona. Yo creo que la felicidad más grande que puede tener una mujer es quedar embarazada y criar a su hijo. Eso es lo que filosóficamente define a la condición femenina”.

Durante la presidencia de Fustinoni, la Academia Nacional de Medicina efectuó las declaraciones públicas en torno del aborto provocado, la mala práctica médica y la fertilización asistida, y a su propuesta, el plenario aprobó por unanimidad designar los 35 sitialos con los nombres de ilustres miembros del pasado médico del país, que ocuparon un sillón en su época con carácter fijo y permanente.

Fustinoni nunca se dejó engañar por la sofisticación de procedimientos frente al dolor de la humanidad y como suerte de testamento conmovedor escribió: “Me permito formular apreciaciones sobre la llamada ‘terapia intensiva’(...) El fundamento es salvar una vida que tiene grandes posibilidades de recuperación o prevenir grandes complicaciones. El problema médico se plantea cuando se trata de un enfermo terminal, irrecuperable. ¿Qué sentido tiene este aislamiento, que ocurre en general en una sala de varios enfermos, conscientes o inconscientes, desnudos, sin ver a sus familiares, con médicos y enfermeras que cambian continuamente, cuando tenemos la seguridad de su ocaso? Evitaríamos así una ‘muerte indigna’ y nos referimos a la forma de morir a que se somete a ese enfermo, en general lejos de su casa, fuera de su propio lecho, sin percibir el contacto de una mano que le haga sentir que es amado por alguien que quiere”.

En una última entrevista concedida, que fue publicada en mayo de 2000, y en referencia a la práctica médica actual, expresó: “Creo que la que se hace ahora es otra medicina. Antes era una medicina personal. Los protagonistas éramos dos: el médico y el enfermo. Ahora somos tres: los terceros en discordia son las sociedades comerciales o corporaciones que tienen un interés sumamente distinto del que existía en la relación médico-paciente y que han distorsionado totalmente el ejercicio de la medicina”. Veinte años antes había pronunciado estas palabras, tan de actualidad: “La socialización de la medicina ha creado un tremendo problema. El acto médico es un acto singular de dos personas: una que sufre y que se entrega a la otra para que alivie sus males. Es un binomio: el médico y el enfermo. La medicina socializada es un trinomio: la sociedad, el médico y

el enfermo. El primero es de orden administrativo-contable. Se trata de ver a tantos enfermos en el día, porque de lo contrario no conviene. Y el segundo también se perturba porque a ese médico se le exigen exámenes rápidos y, a veces, ni revisa a sus pacientes, porque tiene que cumplir con treinta o cuarenta enfermos. Por otra parte, el individuo que está en una institución socializada exagera sus derechos y exige del médico una serie de circunstancias que no exigiría si tuviera que pagarle”.

Muy pronto intuyó que junto con los indudables beneficios derivados de los adelantos en el conocimiento, la medicina estaba abrazando peligrosamente una parcelación que la conducía a deshumanizarse. “Se ha transformado el ejercicio de la profesión en una especie de oficio exclusivo” –advirtió–. “Hoy la gente se enferma y va a ver un especialista que se dedica a mirar su ‘partecita’. Pero para el real beneficio del paciente hace falta el hombre que juzgue todos los elementos y saque de allí el que da el diagnóstico correcto”.

Armando Maccagno, cuando definió a Osvaldo Fustinoni como verdadero “arquetipo” –en ocasión de serle otorgado en 1995 el Premio “Arco de Triunfo” por el Hospital Francés–, dijo: “El arquetipo debe ser fuerte, intelectual, ética y moralmente, pero con esa fortaleza interior que sólo puede lograrse si se nutre de sensibilidad y ternura, y Fustinoni encontró una fuente inagotable en Marilina Rébora”, su fiel y abnegada compañera. ¿Podría alguien decir algo de ella mejor que sus poesías?

Dijo Fustinoni de Marilina Rébora: “Le debo toda la educación de mis hijos y los sinsabores de la vida diaria. Y sin quejas, porque me alentaba a seguir en mi camino a pesar de que mi actividad me alejaba irremediabilmente del hogar”.

Espíritu selecto el de Marilina Rébora –a quien Manuel Mujica Láinez definió como “poeta auténtica, alguien que vive con misteriosa, con apasionada hondura, que es capaz de provocar en sus sonetos una verdadera sucesión de emociones”–, la mujer que nutrió de manera tajante la personalidad humanística de Osvaldo Fustinoni.

El ejercicio de la medicina

El ejercicio de la medicina por Osvaldo Fustinoni fue la prolongación de su magisterio universitario y académico. Era un extraordinario semiólogo, capaz de interpretar las combinaciones menos frecuentes de signos y síntomas, de manifestaciones objetivas y subjetivas, de trastornos funcionales y alteraciones orgánicas, y de arribar a diagnósticos precisos y acertados. Algunos de sus criterios clínicos pasaron después a la práctica médica corriente. Pero su labor de médico no sólo se distinguió por su excelencia técnica sino por su calidad humana, pues en ella se unían por partes iguales la ciencia y la ética, la eficacia, la generosidad y el altruismo. Los sentimientos de respeto y afecto que suscitaba en sus pacientes

sólo eran comparables con los que despertaba en el espíritu de sus discípulos y colaboradores. Uno de sus más destacados discípulos, José E Burucúa, expresó. “Si pensamos que la inteligencia es expresión de una actividad cerebral integrada, Osvaldo Fustinoni es el ejemplo más conspicuo que conozco”.

Su larga existencia estuvo dirigida permanentemente, sin claudicación alguna, a hacer el bien a sus pacientes, sin discriminación de clase social, política o religiosa. Cumplió a rajatabla principios éticos y reglas morales. Interpretó cabalmente los principios hipocráticos del conocimiento científico dirigido a la protección de los demás. Su comportamiento no fue diferente del de Ambroise Paré, el padre de la cirugía moderna, cuando Enrique II, rey de Francia, lo consultó como médico y le recomendó que tuviera en cuenta que era el rey y lo asistiera mejor que a sus pacientes. ‘No puedo, Su Majestad’, contestó Paré, ‘ya que a ellos también los atiendo como a reyes’. Así era Fustinoni. Toda su actividad la desplegó con amor a los demás.

Existen en semiología y clínica –recuerda Loudet– espíritus analíticos y espíritus sintéticos. Los primeros son minuciosos y persiguen la exactitud. Los segundos intuyen desde el principio la totalidad. Los primeros –en su preciosismo– catalogan las diferencias; los segundos descubren instantáneamente las analogías y realizan la integración. Los dos coexisten con predominio de uno sobre el otro. Caeríamos en el error si dijéramos que Araújo Alfaro, uno de los más eminentes semiólogos argentinos, fue un espíritu exclusivamente analítico y que Abel Ayerza, el hombre de las magníficas síntesis, fue un intuitivo puro. Los dos fueron clínicos totales como también lo fueron Castex y Agote, Cossio y Merlo, Dassen y Fustinoni.

La talla de los grandes maestros –como fueron todos ellos– y la categoría de un catedrático se mide por el valor de su obra permanente, es decir, por lo que investiga y escribe, por todo lo que su actividad tenga de fecunda y creadora. Alfredo Lanari, espíritu analítico y sintético, a la vez, y partidario del profesorado *full time*, recordaba que el profesor debe hacer algo más que repetir y glosar: investigar, escribir y publicar. Y Fustinoni lo hizo de manera incansable.

En ocasión de serle entregado a Fustinoni el premio “Maestro de la Medicina Argentina” correspondiente al año 1979, Lanari expresó: “A Osvaldo Fustinoni lo conocí en el año 1931. Él era practicante menor del Clínicas cuando yo ingresé como practicante externo. Con la natural circunspección de quien entra en un ambiente desconocido, fui tratando uno a uno a mis superiores, pues aunque había uno o dos años de diferencia, esos años eran de ejercicio de la medicina y hacían un mundo. Entre los menores me impresionó Osvaldo Fustinoni. Tenía un aspecto particular que lo distinguía de los demás: el pelo rizado, los ojos vivaces, las facciones pequeñas y un pequeño bigote. Pero Fustinoni también se distinguía no sólo por su aspecto de los demás practicantes. Hablaba con precisión y con claridad meri-

diana y sus ideas, como es lógico, también lo eran. Cuando se recibió de médico tenía una situación económica muy difícil. Huérfano de padre, debía contribuir al sustento de su hogar. Nada de eso disminuyó su deseo de realizar una carrera académica, y estudiando incansablemente y enseñando, adquirió prestigio entre estudiantes y médicos que sabían apreciar lo que una mente clara y ordenada puede dar y enseñar. Vale la pena recordar que pasaron más de 8 años antes de que Fustinoni pudiera comprar un auto de segunda mano, para significarles a los apurados de hoy que, cuando se ha elegido un destino, todo tiene que subordinarse”.

Recordaba siempre Fustinoni la creación de la revista “*Medicina*” junto con Lanari. Así lo expresaba Fustinoni en 1990: “En 1940, después de una larga y reflexiva deliberación, resolvimos crear una revista que mejorara el nivel científico de las publicaciones que escaseaban en el país. Mucho lo pensamos y después de seleccionar a un grupo de hombres jóvenes, ya destacados en el magisterio médico o en la investigación, nació *Medicina* en el mes de octubre de 1940. Fue un duro batallar. Al principio trimestral, buscábamos los trabajos, los seleccionábamos, los llevábamos a la imprenta, los retirábamos, los repartíamos después de leer las pruebas de galera y de página (...) Nada nos arredraba y cuando a veces solía desanimarme, Lanari tenía el temperamento de los fuertes y seguíamos con la laboriosa tarea en que nos habíamos empeñado. Pero difícil fue la situación cuando voluntariamente exiliado, me quedó la responsabilidad de continuar con la obra durante los años de su ausencia. El intercambio epistolar de Buenos Aires a Denver y de Denver a Buenos Aires era permanente (...) Hoy, cuando leo, por estos días, que *Medicina* –sin lugar a dudas, la revista más ‘auténticamente’ científica de nuestro país– celebra su cincuentenario, me enorgullezco de satisfacción, y aunque alejado hace años de su comité de redacción, al asumir el decanato de nuestra Facultad, no dejo de felicitarlo por su creación”.

Cuando se discernieron los Premios Konex de Brillante y de Honor –el galardón máximo de la Fundación del mismo nombre– a las personalidades más destacadas de la medicina argentina en los últimos 40 años, seis fueron los premiados: Osvaldo Fustinoni, Alfredo Lanari y René Favalaro, junto a los tres Premios Nobel (Bernardo A Houssay, Luis F Leloir y César Milstein).

Señoras y señores:

Osvaldo Fustinoni fue una figura señora de la medicina. Se caracterizó por su personalidad polifacética: docente, investigador, hacedor, funcionario, médico práctico, académico, humanista, conferenciante, publicista incansable. Descolló al frente de la cátedra. Impulsó la enseñanza. Formó discípulos. Despertó inquietudes hacia la geriatría, la psicología médica (a su iniciativa se debe la creación de la

mencionada cátedra) y los estudios históricos de la medicina. Ayudó a todo el personal que lo acompañaba en la cátedra, a sus pacientes y a sus colegas. Es que, como agrega Guillermo Jaim Etcheverry, Fustinoni fue un “diferente” que tuvo como misión la existencia como deber.

“Más allá de su destacada y fecunda labor en el campo de la medicina, se puede hablar de él como de un hombre que supo pensar en los demás”, que hace del recuerdo de Osvaldo Fustinoni –según palabras de Magdalena Ruiz Guiñazú– una lección de vida.

Fustinoni fue un manantial de consagración al enfermo y a la medicina. No sólo examinaba el cuerpo, sino sabía leer el alma. No fue sólo maestro de maestros, sino también maestro de la vida. Porque enseñó un estilo genérico de enfrentarse con el incesante y variado universo.

¿Cómo no recordar con unción esta vida ejemplar?

Al recibir la condecoración “Reconocimiento de la Nación Argentina a la trayectoria en las ciencias médicas en beneficio de la humanidad” (1999), expresó estas palabras que resumen su propia vida: “Fui fiel al Juramento Hipocrático con el que inicié mi profesión. Como profesor he tratado de dar a mis alumnos todo lo que he sabido. Creo que he sido justo y he prodigado a mis enfermos lo mejor de mí mismo. He sentido el placer de la recompensa afectiva y he pensado siempre en mi patria. Hoy, en esta etapa crepuscular de mi vida, cuando la noche se me viene encima, recibir esta distinción me enaltece y me depara una gran emoción”.

Decía Loudet que “así como existe un arte de vivir, existe también un arte de morir constituido por un acatamiento a las leyes naturales”. ¿Y en qué consistía para Fustinoni este acto de morir? En haber amado a sus semejantes, ayudado a quien le tendió una mano sin importarle su condición, no haber negado consuelo a las doloridas almas de sus pacientes y haber conservado siempre la integridad ética y moral sin admitir jamás dobleces ni claudicaciones de ningún tipo.

Su vida y su muerte –acaecida el 25 de mayo de 2000, en su ciudad natal, a la edad de 91 años– armonizan en estas reflexiones. Murió como vivió, con el entendimiento –como él mismo escribiera– de que “la vida humana es una parábola que comienza con el nacimiento y termina inexorablemente con la muerte”. En su vida se conjugan el cumplimiento del deber, la perseverancia en el trabajo, la pasión por lo bueno y por lo justo, la lucha por las causas más nobles del espíritu y el profundo deseo de amar y brindar siempre lo mejor de su persona.

Recuerda Félix Luna: “Todavía me parece verlo llegar a mi casa en momentos difíciles, poniendo tranquilidad y orden allí donde reinaba el miedo y la incertidumbre. Creo que Osvaldo Fustinoni, en su larga vida, fue el paradigma del buen médico, aquel que no sólo alivia y cura, sino que da esperanza”.

Queridos amigos:

Horacio, en sus *Odas*, nos dice “*Non omnis moriar*”; “Yo no moriré del todo, pues mi obra me sucederá”. Pocas veces he estado convencido de algo como de pensar esto en relación con Fustinoni. Porque Osvaldo Fustinoni murió, pero quedó en un Réquiem de Rilke, en ese reloj sin agujas que es la Eternidad.

Cuando en la *Divina Comedia* Dante visita el Infierno, al descender al séptimo círculo del abismo ígneo, encuentra allí a Brunetto Latini, quien fuera su maestro en vida y le imparte su postrer consejo:

*Se tu segui la tua stella,
non puoi fallire a glorioso porto.
Si tú sigues tu estrella,
no puedes sino arribar a glorioso puerto.*

Osvaldo Fustinoni, como una flor particular que florece de vez en cuando, siguió su estrella y arribó a glorioso puerto.

**Juan Carlos Fustinoni
2 de diciembre de 2014**