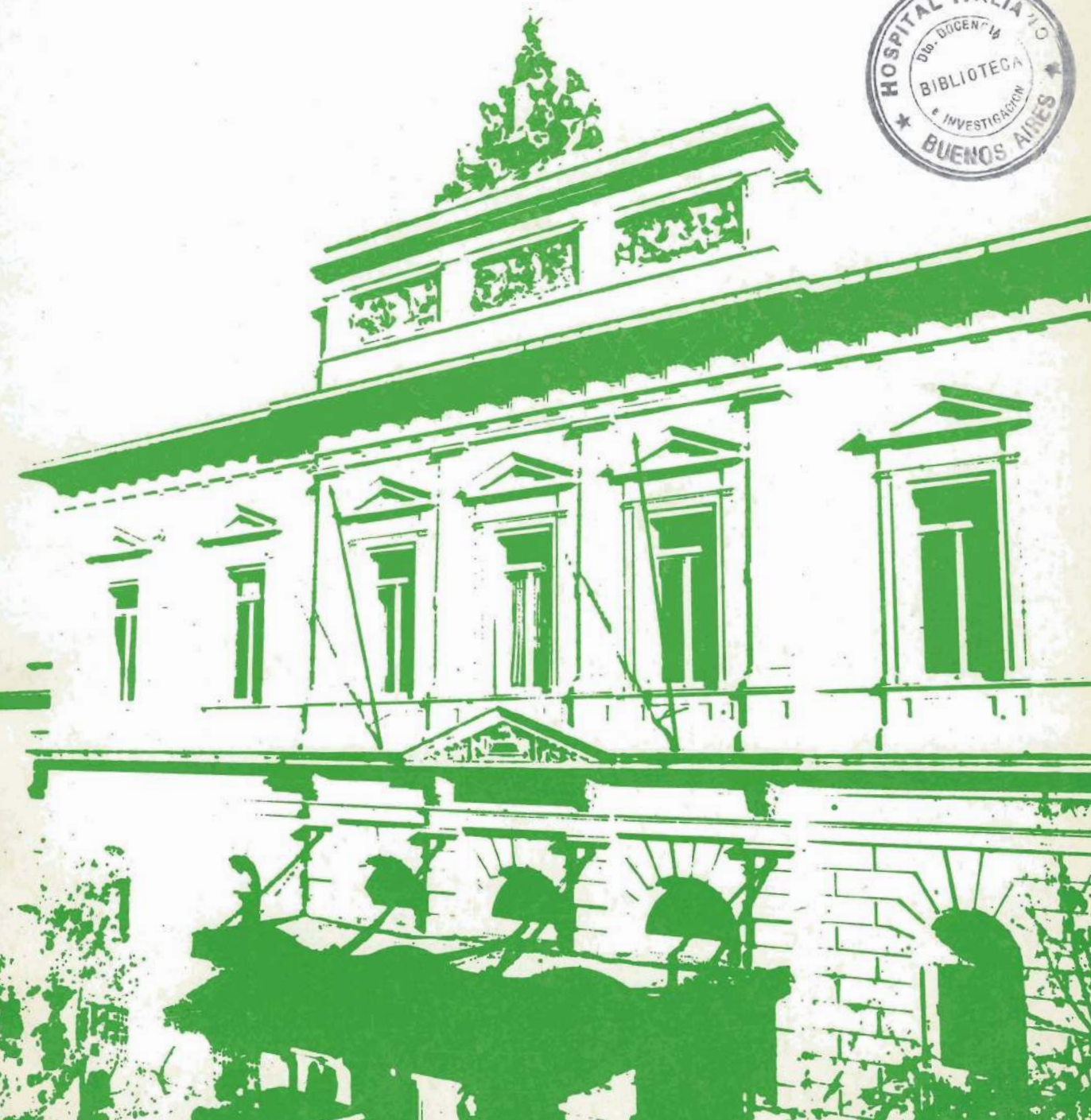


# Revista del HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

 **Biblioteca  
Central**

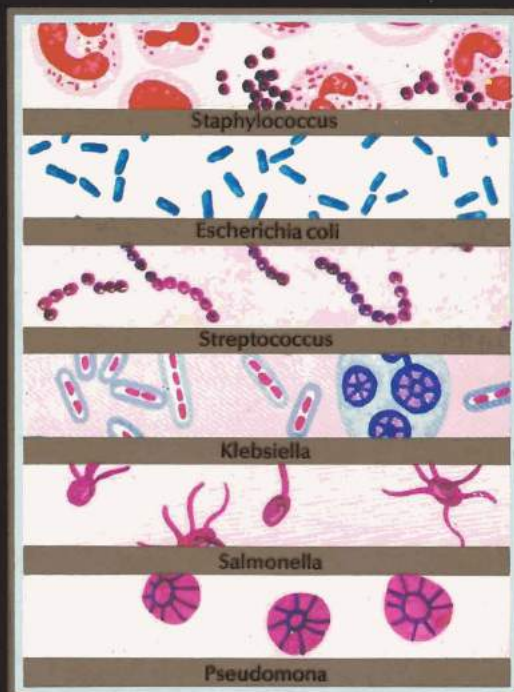
Departamento de Docencia e Investigación  
tel. 54-11-4959-0200 int. 8426  
biblio@hospitalitaliano.org.ar



# PRIPER PLUS®

**En cistitis  
y uretritis**

**elimina  
la infección  
urinaria**



# SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICIENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO

**PRESIDENTE:**

SR. ANTONIO MACRI

**VICE PRESIDENTES:**

SR. SEBASTIAN MARONESE

DR. FAUSTO BRIGHENTI

**DIRECTOR:**

DR. ENRIQUE BEVERAGGI

## REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

### DIRECTOR

Dr. Mario Perman

### SECRETARIA EDITORIAL

Lic. Norma Caffaro de Hernández

Dr. Osvaldo Blanco

Dr. Hernán Doval

Dr. Ricardo Galimberti

Dr. Marcelo Mayorga

### COMITE DE REDACCION

Dr. Fernando Bonadeo

Dr. Eduardo dos Ramos Farías

Dr. Raúl Gutman

Dr. Juan C. Lamattina

Dr. Horacio Lejarraga

Dr. Domingo L. Muscolo

Dr. Jorge Sivori

Dra. Margarita Telenta

Dr. Emilio Varela

Dr. Osvaldo Velan

### CONSULTORES

Dr. Arturo Arrighi

Dr. Enrique Beveraggi

Dr. Luis Bustos Fernández

Dr. Günther Fromm

Dr. Carlos J. García Díaz

Dr. Carlos Gianantonio

Dr. Hernán Herrero

Dr. German Welz

Dr. Raúl Oliveri

Dr. Luis Petrachi

Dra. Lía Ricon

Dr. Jaime Roca

Dr. Fritz Schajowitz

Dr. Alberto Slepoy

Ateneos Anatomoclínicos

Dra. Elsa Nucifora

**PUBLICACION DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

**Jefe:** Dr. Enrique S. Caruso

**Sub-Jefe:** Lic. Norma Caffaro de Hernández

Correo Argentino Central (B)	
FRANQUEO PAGADO Concesión N° 6154	TARIFA REDUCIDA Concesión N° 5084



## SUMARIO

**Editorial: Prof. Dr. Carlos E. Ottolenghi**

Dr. Domingo L. Múscolo 165

**Investigaciones médicas en los hospitales generales**

*Conferencia inaugural del Simposio sobre Investigación en Hospitales Generales realizado en el Hospital Italiano en octubre de 1983 a cargo del Dr. George Alleyne: Director de Desarrollo de Programas de Salud (OPS).* 169

**Ateneo Anatomoclínico**

Dres. Emilio Varela y Margarita T. de Beveraggi 177

**Diálogos Médicos: La enfermedad incierta: la alianza entre el paciente y su médico**

Dr. Hernán C. Doval 189

**Forma, función y diagnóstico**

Dr. Gustavo Sevlever 199

**El Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano informa**

206

## En el tratamiento de la infección urinaria

la fase aguda,  
primer paso del problema crónico

la infección crónica,  
una suma de fases agudas

# dos problemas una solución **RIFAPRIM**<sup>®</sup>

- actúa rápidamente
- actividad bactericida altamente eficaz contra los patógenos más comunes del aparato urinario incluyendo aquellos organismos resistentes a otros agentes antibacterianos
- eficaz en cualquier pH urinario
- actividad bactericida independiente del número de bacterias
- mínimo desarrollo de resistencia bacteriana
- no presenta ototoxicidad, nefrotoxicidad ni alteración de la flora intestinal
- dosis única al acostarse
- excelente aceptación del régimen terapéutico por el paciente

**Indicaciones:** Infecciones del tracto urinario (agudas, crónicas y/o recurrentes), Prostatitis. Otras infecciones causadas por gérmenes sensibles a Rifaprim<sup>®</sup>.

Composición	Una gragea	Jarabe (5 ml)
Rifampicina	300 mg	100 mg
Trimetoprima	80 mg	27 mg

**Posología:** Infecciones del tracto urinario: **Adultos:** Se recomienda administrar dos grageas antes de acostarse, no menos de dos horas después de la cena, durante 10 días. De ser necesario, se puede añadir una gragea antes del desayuno. **Prostatitis:** Se aconseja administrar dos grageas antes de acostarse y una a la mañana, por un mínimo de 10 días. **Niños:** Se aconseja administrar entre 15 y 20 mg/kg/día, en base al contenido de rifampicina, repartidos en dos tomas. En la práctica, 7,5-10 ml de jarabe por cada 10 kg de peso al día, repartidos en dos administraciones.

**Contraindicaciones:** Primer trimestre del embarazo, ictericia, insuficiencia hepática o renal severas, discrasias sanguíneas e hipersensibilidad a los componentes de Rifaprim<sup>®</sup>.

**Advertencias y precauciones:** En los pacientes con deterioro de la función hepática (particularmente en el alcoholismo crónico o en la cirrosis hepática), Rifaprim<sup>®</sup> debe ser administrado solo en caso de real necesidad y bajo control directo del facultativo. En estos pacientes es aconsejable administrar Rifaprim<sup>®</sup> en dosisaciones inferiores a las habituales, reducir al mínimo la administración y las dosisaciones de otros fármacos, en especial si fueren potencialmente hepatotóxicos, y estudiar la

función hepática. Deberá utilizarse con precaución en presencia de insuficiencia renal con filtrado glomerular inferior a 30 ml/minuto, ajustándose la posología a fin de prevenir posibles fenómenos de acumulación de la trimetoprima. No existe suficiente experiencia del uso de Rifaprim<sup>®</sup> durante el periodo de lactancia. La rifampicina puede acelerar el metabolismo de los hipoglucemiantes orales, corticosteroides, anticoagulantes, digitálicos y anovulatorios, disminuyendo sus efectos farmacológicos. La aparición de fenómenos inmunológicos como erupciones cutáneas, síndrome pseudogripal o insuficiencia renal aguda requiere la inmediata suspensión del tratamiento. La administración de Rifaprim<sup>®</sup> puede determinar la aparición de un color rojizo en la orina, lágrimas y esputo, lo cual es inocuo. **Efectos colaterales:** Rifaprim<sup>®</sup> es generalmente bien tolerado en las dosis recomendadas. En algunos casos pueden ocurrir, transitoriamente, molestias digestivas, modificaciones en las pruebas de función hepática y un síndrome gripal, posiblemente debido a reacciones inmunológicas. Más raramente aún pueden ocurrir alteraciones hematológicas (trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, agranulocitosis) y anemia por deficiencia de ácido fólico, exantemas cutáneos y trastornos en la función renal de origen inmunológico y de carácter reversible.

**Presentaciones:** Grageas: envases de 10 y 20  
Jarabe: frasco de 100 ml

Av. L.N. Alem 896  
Tel. 312-7021 - Buenos Aires





---

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires es una publicación del Departamento de Docencia e Investigación, Gascón 450 (1181) Capital Federal. Es editada y distribuida en Argentina por Propulsora Literaria, Sarandí 86, P.B., Of. 1 (1081) Capital. Teléfono: 48-3787.

Editor responsable: Carlos A. Rodríguez. Todos los derechos reservados, inclusive los de traducción, en todos los países, incluidos los signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre derechos del autor. Queda hecho el depósito que marca la ley. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por ningún medio electrónico o mecánico ni por fotocopia o grabación u otro sistema de reproducción o de información sin el permiso escrito del editor y los autores. Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 223.586. ISSN 0326-3401.

## Editorial

# PROF. DR. CARLOS E. OTTOLENGHI (1904-1984 +)

El día 26 de julio de 1984 falleció en forma súbita durante una sesión plenaria de la Academia Nacional de Medicina, el Dr. Carlos E. Ottolenghi. El Hospital Italiano perdió así a uno de sus más ilustres y fieles hijos, ya que desarrolló sus actividades en esta Institución en forma ininterrumpida durante 58 años, hasta el día mismo de su muerte.

Figura líder de la medicina Argentina, pertenecía a ese selecto grupo de fundadores de la ortopedia nacional. Su inteligencia y capacidad de trabajo lo hicieron descollar en las múltiples actividades que desarrolló.

Ingresó en el Hospital Italiano de Buenos Aires en 1926 y en 1944 asumió la jefatura del Servicio de Ortopedia y Traumatología, primer centro exclusivo de la especialidad en el país, y lo convirtió en eje asistencial, académico y docente de la ortopedia argentina.

Escaló todas las posiciones universitarias, societarias y en entidades de bien público en las cuales le tocó actuar, en base al respeto que ejercía sobre sus pares, por sus condiciones de excepción y su conducta ética.

Fue Profesor Ordinario Titular de la única Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Buenos Aires, y posteriormente designado Profesor Consulto. Presidente y socio fundador de la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología en 1946, Presidente de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en 1958 y Presidente de la Asociación Médica Argentina en 1956. Presidió la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado y el Rotary Club de Buenos Aires. En 1978 fue designado miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

Su afán de superación y de incorporar nuevos conocimientos lo hizo viajar por gran parte del mundo. Todos los ortopedistas sabemos cómo con la presencia de su singular personalidad y su espíritu crítico e inteligente, contribuyó para colocar a la ortopedia argentina en un plano internacional. Así fue como en 1966 fue designado Presidente de la Sociedad Latino-Americana y en 1975 Vice-Presidente de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SICOT).

Sus logros y títulos fueron muchos y sobresalientes. Sin embargo, su felicidad plena estaba en el trabajo cotidiano en el Hospital Italiano de Buenos Aires, al que entregó todos sus esfuerzos.

Sus discípulos experimentan un doble sentimiento, de desesperanza por la ausencia de un maestro admirado y querido, y de esperanza por la influencia de un hombre extraordinario que enseñó a vivir con entusiasmo, fe y espíritu positivo. Entusiasmo ante cada día y cada paciente. Fe en nosotros, en nuestro hospital, en nuestro país. Espíritu positivo y optimista sin aceptar la mediocridad, sin imaginar un límite a las posibilidades. "Fijarse fronteras es renunciar al progreso", repetía de su maestro el profesor Putti, lo que definía ese rasgo fundamental de su personalidad.

Líder por esencia y formación; hombre de los que eligen siempre el camino correcto con una convicción fascinante que contagia a quien lo rodea.

Su presencia se mantiene viva en los pasillos, salas y aulas del hospital, y su figura de hombre íntegro y maestro cabal continuará siendo nuestro apoyo y consejero en los muchos momentos difíciles de la profesión.

A quienes hemos tenido el privilegio de conocerlo como hombre y maestro, nos queda un

sentimiento de agradecimiento a Dios y de responsabilidad por interpretar sus esfuerzos. Como síntesis de su personalidad, transcribimos fragmentos de una carta por él escrita con el expreso deseo de ser abierta luego de su muerte, dirigida a su esposa, demás familiares, amigos, colaboradores, discípulos y enfermos.

Domingo L. Múscolo

*“He llegado a una altura de mi vida en que me siento obligado a hacer una síntesis de mí mismo, de lo que fui, de lo que realicé, de lo que dejé de hacer, de las penas, las alegrías, las insatisfacciones, los halagos, las inmerecidas distinciones de que fui objeto, del afecto de los míos, de mis amigos y de la consideración que me brindaron mis semejantes.*

*He sido siempre optimista por naturaleza; he nacido y vivido en un hogar modelo; he seguido una profesión por vocación y elegido una especialidad que siempre me apasionó, siempre abrigué objetivos honestos y constructivos. Pero en la noche del 22 al 23 de junio de 1978 en que sentí inminente y sorpresivamente mi final, mis horizontes se han ido oscureciendo, pero ha quedado indeleble en mi espíritu el sentimiento de mi próximo fin, que no me abandona en ningún momento.*

*He sido, o por lo menos creo haber sido un introvertido, pero en mi espíritu he guardado profundos sentimientos por los problemas ajenos y si muchas veces no los he exteriorizado como debía, ha sido por timidez o pudor, pero siempre he alentado profundos sentimientos de ternura y afecto por los que me han rodeado y he llorado íntimamente cuando he perdido algunos de ellos.*

*Deseo expresar algunos de mis sentimientos.*

- *Amo al trabajo. De él conseguí las mayores satisfacciones de mi vida.*
- *Amo al mundo que me rodea, a mis amigos, colaboradores, que han facilitado mi tarea; sin ellos no hubiera cumplido mis realizaciones.*
- *Amo a los míos de los que siempre recibí afecto y cariño.*
- *Amo a mi país, la Argentina; no podría vivir en otro, le deseo el porvenir que se merece. La amo, porque a pesar de las calamidades del mundo actual, mi país es generoso y no se han arraigado aun los sentimientos materialistas que imperan en otros países al parecer más civilizados, pero menos humanos.*
- *Amo a la vida, lástima que sea tan corta y que cuando uno se cree realizado ya debe irse.*
- *Amo a la bondad, las acciones puras, la humildad, la modestia, la honestidad.*
- *Amo a la solidaridad humana orientada en buenas intenciones.*
- *Amo a los que saben más que yo, que son la inmensa mayoría.*
- *Amo a mis maestros que me orientaron técnica, ética y moralmente.*
- *Amo a todas las manifestaciones intelectuales o artísticas que despierten belleza y sensaciones estéticas por su genio y originalidad.*
- *Amo a los que se entregaron a mi modesta capacidad profesional y que esperaron de mí todo lo que pude darles.*
- *Amo a todos los que por imposibilidad material no pude ayudarlos, pero hice todo lo posible para atenuar sus penas y presagios.*



- *Amo realizar obras que perduren, y que puedan ser continuadas por mis discípulos que con tanto cariño me han rodeado, lamentaría que mis obras se desnaturalizaran o desintegraran o cayeran en manos de soberbios y desagradecidos.*
- *Amo la sencillez y austeridad en las costumbres.*
- *Amo vivir con medido confort sin ambiciones de espectacularidad.*
- *Amo instruirme e informarme en los más diversos problemas que afectan a la humanidad; en lo que respecta a mi especialidad he tratado de estar al día para ser útil a mis enfermos y discípulos.*
- *Amo transmitir en forma no académica los conocimientos adquiridos por mi propia experiencia.*
- *Rechazo a los falsos triunfadores que pretenden llegar sin esfuerzos.*
- *Rechazo la soberbia, la altanería, las imposiciones por la fuerza física y no por la de las ideas.*
- *Rechazo a los traficantes y especuladores, que acumulan riquezas mal habidas, son el mejor caldo de cultivo para las reacciones sociales que afectan al medio actual.*
- *Rechazo las acciones que aparentan ser bien intencionadas, pero que en realidad encubren segundas malas intenciones.*
- *Rechazo las disidencias entre los hombres, siempre he buscado dentro de mis límites las coincidencias.*
- *Rechazo los egoismos, la mezquindad de sentimientos. Al pueblo hay que educarlo para que pueda expresar libremente su voluntad; rechazo la demagogia en todos sus campos.*
- *Rechazo a los medios de difusión masiva que venalmente envenenan a la opinión pública.*
- *Rechazo a los que padecen del virus de la ambición desmedida.*

*Como creyente doy gracias a Dios por todos los bienes recibidos. He vivido como lo he deseado; no he aspirado a más. He sido totalmente un hombre de hogar, un médico de hospital y un docente universitario, no he necesitado más para gozar en plenitud, otros quizás no se hubieran conformado, para mí ha sido más que suficiente.*

*He vivido rodeado de afectos y halagos, aprecio y estima por parte de los que me rodean, pero en el fondo he sido un solitario. Nunca tuve miedo de expresar mis opiniones, fuere ante quien fuere, no por vanidad, sino por respeto a la propia personalidad. He odiado la mediocridad, especialmente la que deseaba imponerse por altanería y no por valores propios.*

*Nunca he tenido prejuicios, siempre me ha guiado un principio de respeto por las opiniones ajenas bien inspiradas, no he tenido prejuicios raciales ni religiosos. He tenido la suerte que mis ojos hayan contemplado gran parte de nuestro mundo, pero no me he limitado a observar paisajes sino que en lo posible he tratado de comprender los hábitos y costumbres de los países que visité, se comprende que mi visión ha sido superficial, pero ni el tiempo ni mi capacidad intelectual me ha permitido lo contrario.*

*Estas líneas escritas al correr de la pluma contienen una síntesis de lo que me ha guiado en la vida en lo que respecta a principios de conducta y acciones. Creo que todo*



*hombre llegado a una edad en la que queda poco margen, debe hacer una síntesis de su vida; sé que omito muchos hechos y principios, pero no deseo ser más extenso.*

*En resumen, creo en la libertad plena del hombre con su más puro y estricto libre albedrío.*

*Para finalizar estas líneas, recordaré los consejos de San Francisco y un pasaje del Eclesiastés, que alguna vez cité, ambos creo que pueden expresar mi estado de espíritu.*

*Dice San Francisco:*

- Donde exista discordia brindemos armonía.*
- Cuando existan dudas brindemos fe.*
- Donde haya desesperación brindemos confianza.*

*Toda concepción trascendente del hombre y de la vida ha de tener presente las palabras sintetizadas en el Eclesiastés:*

*“He visto que debajo del sol, en el lugar de la justicia está la injusticia, y en el lugar del derecho la iniquidad. Pero sé que Dios juzgará al justo y al injusto, porque hay tiempo para cada cosa y un tiempo para cada acción. Los hombres pues tienen su tiempo, luego viene el tiempo de Dios”.*

*Yo espero tranquilo el juicio de los hombres y de Dios.*

*Un abrazo para todos.”*

*Carlos E. Ottolenghi*

## INVESTIGACIONES MEDICAS EN LOS HOSPITALES GENERALES\*

A medida que los hospitales adquieren mayor complejidad, las investigaciones que se llevan a cabo en ellos deben cubrir campos muy diferentes. En la actualidad el tratamiento de pacientes requiere el acceso a técnicas variadas y complejas, y los encargados de aplicarlas a veces participan en investigaciones sobre esas técnicas, y no sobre los pacientes y sus problemas. Sin embargo, dado que en general la actividad principal de un hospital es la atención de los pacientes, la mayoría de las investigaciones son de índole clínica. Ultimamente se observa que muchos otros profesionales, además de los médicos, participan en las investigaciones clínicas. Las enfermeras llevan a cabo distintos tipos de investigaciones, y las distintas ramas de las profesiones afines a la medicina también necesitan realizar estudios en sus campos de especialización, en relación con la atención de los pacientes. De ese modo, los farmacéuticos clínicos, los fisioterapeutas y otros especialistas también participan en las investigaciones. Una de las ramas que se está desarrollando rápidamente es la del trabajo social; más adelante se hará referencia a la función que ese tipo de investigaciones tiene en la atención médica.

Consideraré un poco más detenidamente el campo más antiguo en los hospitales, las investigaciones clínicas llevadas a cabo por los médicos. Pongo de relieve este campo, no sólo debido a su antigüedad, sino también porque se está incrementando la inquietud de que los nuevos y sorprendentes descubrimientos de la biología moderna, sumados a las dificultades económicas

a que se enfrentan los investigadores clínicos, vayan a disminuir el interés de los jóvenes profesionales en esta área.

El análisis de las publicaciones sobre el tema revela que dicha inquietud no es nueva, aunque la causa ahora es diferente. En 1909, en el discurso presidencial pronunciado en la primera reunión de la Asociación para el Progreso de las Investigaciones Clínicas, Meltzer afirmó que la ciencia de la medicina clínica es importante por derecho propio. Señaló que, aunque ciertas disciplinas científicas como la fisiología y la anatomía se han constituido en ramas independientes dentro del árbol de la medicina clínica, eso no quiere decir que la medicina clínica sea acientífica. En 1924 se fundó en los Estados Unidos de América la Sociedad de Investigaciones Clínicas, precisamente para fortalecer la posición de la ciencia clínica y ofrecer un foro para estos investigadores, quienes se ocuparían de estudiar con cualquier recurso prometedor de las ciencias naturales, las enfermedades en las que intervienen ciertos procesos fisiológicos anormales.

Mi definición favorita de la investigación clínica la aporta Pickering, que se destacó por su claridad y por su orgullo por pertenecer a un linaje de practicantes del arte. Según sus palabras; "las investigaciones clínicas se ocupan de los enfermos, o sea del hombre y sus enfermedades." Pero como las demás ramas de la ciencia, usan la tecnología, las técnicas y las ideas de otras disciplinas afines. Muchos investigadores clínicos también emplean animales para hacer experimentos, por razones obvias. Pero también hay que recordar que, en lo que respecta a las enfermedades humanas, la primera observación y la prueba final se efectúan en el hombre. No hay ningún

\* Conferencia inaugural del Simposio sobre Investigación en Hospitales Generales realizado en el Hospital Italiano en octubre de 1983 a cargo del Dr. George Alleyne: Director de Desarrollo de Programas de Salud (OPS)

sustituto. De ese modo, si los objetivos de las investigaciones médicas son el alivio de los sufrimientos del hombre y el mejoramiento de la sociedad humana, las observaciones y las experiencias en los seres humanos son las piezas clave de toda la estructura.

A menudo he compadecido a los defensores de las investigaciones clínicas a principios de este siglo, cuando algunos de los profesionales más brillantes pasaban al campo de la fisiología y la anatomía, y me pregunto si la falta de medios poderosos para modificar el curso de la enfermedad o evitarla, no contribuyó a eso. Junto al rápido aumento de los agentes terapéuticos después de la Segunda Guerra Mundial, se observó un desarrollo similar de la ciencia clínica, especialmente en Gran Bretaña y en los Estados Unidos de América. Los investigadores clínicos eran entonces los decanos de la profesión.

En el decenio de 1960, en un discurso presidencial formulado ante la Sociedad de Investigaciones Clínicas, Seldin se refirió al progreso de las investigaciones clínicas diciendo que "los métodos críticos de la investigación científica se constituyen en patrimonio tanto del investigador clínico, como del investigador de laboratorio. En realidad, la medicina se transformó de una disciplina empírica imperfecta, en una empresa científica de formidable complejidad y poder. "En esa época, la enseñanza clínica se basaba no sólo en el reconocimiento de los signos y síntomas clínicos, sino también en su explicación con respecto a la fisiología normal y patológica.

Florecieron los Hospitales Escuela, y las personas que se dedicaban sólo a la práctica médica no tenían la misma reputa-

ción. Era como si todavía estuviéramos escuchando los comentarios ya citados de Meltzer, que en 1909 también dijo que "había que tener cuidado con la práctica profesional, porque es un cementerio cautivante donde se han enterrado vivos varios cerebros sin más compensación que una lápida dorada."

Teniendo eso en cuenta, examinemos ahora la función que los grandes hospitales generales pueden y deben desempeñar en el campo de las investigaciones médicas. Aunque no estoy totalmente conforme con los nombres, estoy de acuerdo con la división esencial de las investigaciones médicas en dos amplios campos, que han sido designados "académico" y "aplicado". Si se acepta esto, el "académico" debiera reemplazarse por "básico". El campo académico abarca las investigaciones esenciales para todas las instituciones que imparten adiestramiento técnico, y tiene la función de hacer tomar conciencia a los alumnos de que el conocimiento es dinámico, mejorando la enseñanza a los educandos y a los maestros, y cuidando de que los conocimientos en materia de salud sigan un curso apropiado. Las investigaciones aplicadas a gran escala se realizan porque los países requieren de información que sirva de marco de referencia para ofrecer asistencia sanitaria a sus habitantes.

Hoy en día, la mayoría de los grandes hospitales generales realizan actividades docentes y por lo tanto tienen la responsabilidad de hacer investigación. En mi opinión, las investigaciones que se realizan en esos hospitales deben ser de índole clínica, en la medida en que se relacionan con los problemas que presentan los pacientes. En ese sentido, es necesario que en esos hospitales se hagan estudios bio-

# DEXON\* 'S'

## ACIDO POLIGLICOLICO

La sutura sintética absorbible  
de mayor experiencia quirúrgica  
en todo el mundo.



**DG**  
DAVIS+GECK  
Suturas

**CYANAMID**

Cyanamid de Argentina S.A.  
Charcas 5051 - Tel. 772-4031  
1425 - Buenos Aires



médicos e investigaciones sociales y epidemiológicas.

Las investigaciones biomédicas pueden incluir una amplia gama de actividades, como la descripción de enfermedades cuidadosamente documentadas, su sintomatología y signología, y las experiencias en relación a los distintos tipos de tratamiento.

Reconocemos también que cada vez que tratamos algún trastorno evidente del estado normal de un paciente, estamos realizando un experimento. Los problemas básicos de las enfermedades de los pacientes se pueden llevar al laboratorio y constituir el objeto del estudio. En este país no necesito hablar de la contribución efectuada por sus especialistas en fisiología y bioquímica.

Con frecuencia se discute intensamente si las investigaciones biológicas que el Estado debe apoyar en los países que tienen dificultades económicas, deben estar directamente relacionadas con problemas específicos o si se debe alentar la búsqueda ciega de la verdad. De allí ha surgido gran parte de la discusión sobre la necesidad o la importancia de las llamadas investigaciones básicas en comparación con las investigaciones aplicadas. De acuerdo con mi experiencia, esa discusión ahora es mucho más intensa en nuestros países que en los países desarrollados. Personalmente, estoy convencido de que la discusión es estéril, pero con frecuencia tengo que tranquilizar a mis colegas clínicos que no emplean tubos de ensayo ni columnas cromatográficas en sus investigaciones. Lamentablemente, las ciencias biológicas todavía ejercen cierto atractivo presuntuoso, y muchos clínicos caen en el argumento limitativo, de que en cuanto más básicas sean las investigaciones, estas serán mejo-

res. Eso ha tenido varias consecuencias lamentables. En primer lugar, establece un culto en torno a las ciencias biológicas, y muchas personas deliberadamente equiparán lo básico y el oscurantismo a fin de fomentar el culto.

Medawar explica bien ese fenómeno al condenar la reverencia a la investigación pura, la cual tal vez sea históricamente comprensible en el mundo de habla inglesa, y que quizá "siendo atractiva sea también ligeramente ridícula."

Medawar sostiene además, que entre los criterios según los cuales se juzgan las investigaciones, se encuentran el valor explicativo y aclaratorio de los resultados, y la proeza de la originalidad del estudio, pero nunca la característica abstracta de su pureza. El Primer Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, del cual el distinguido Dr. Leloir era miembro, ubicó en una perspectiva apropiada la llamada distinción entre las investigaciones básicas y aplicadas.

El Comité afirmó que "las investigaciones genuinas y de buena calidad son fundamentales si contribuyen a un mejor entendimiento de los aspectos polifacéticos de los problemas, especialmente cuando se trata del hombre, que es el objeto principal de su atención. La ciencia fundamental no se distingue por el uso de métodos matemáticos, físicos o químicos en sí, sino por la importancia de las investigaciones para alcanzar una solución satisfactoria del problema que se trata, tanto intelectualmente como en la práctica." Así, espero que en los hospitales generales donde se imparte enseñanza, se prosigan las investigaciones en las cuales se describen cuidadosamente los problemas de los pacientes, se formulen hipótesis del proble-

ma clínico y se lleven a cabo investigaciones de laboratorio o de otro tipo, para refutar o mejorar las hipótesis. Entre esos laboratorios se encuentran los de fisiología, bioquímica, física nuclear, radiología, hematología, patología y todas las demás actividades relacionadas con el diagnóstico y la atención de pacientes.

A veces los vínculos parecen débiles, y la hipótesis remota. Recuerdo que al principio de mi carrera, la formulación de una hipótesis sobre la relación entre el edema de la malnutrición y la deficiencia de potasio, llevó a la realización de estudios en niños desnutridos y al empleo de un método para la determinación del contenido total de potasio en el organismo para reformular el concepto de deficiencia de potasio integralmente. Con la determinación simultánea del contenido total de potasio en el cuerpo y en los músculos, pudimos establecer que la causa de la baja concentración de potasio en el organismo, podría originarse en una disminución de la capacidad para almacenarlo, o bien, que esa capacidad pudiese no estar satisfecha. Los resultados no probaron la causa del edema en la desnutrición, sino que llevaron a otros hallazgos de importancia para el tratamiento de la misma, y a la comprensión de los efectos de la pérdida de potasio. Que no se haya probado la hipótesis no menoscaba el valor del estudio.

El segundo tipo de investigaciones que mencioné, son las investigaciones sociales. Sólo desde hace poco tiempo los especialistas en ciencias sociales han influenciado significativamente en el pensamiento y la práctica médica. El interés en el comportamiento de los pacientes y familiares con respecto al tratamiento de la enfermedad es reciente. En parte, esto se debe a que

desde hace poco tiempo se dispone de una gran variedad de agentes terapéuticos eficaces. Una vez alcanzada esa etapa, los médicos muy pronto comenzaron a interesarse en el cumplimiento de los regímenes terapéuticos, y ahora es evidente que la percepción de la enfermedad por parte del paciente y el grado de perturbación social que provoca, lo afectarán en la medida en que éste estaría dispuesto a aceptar cambios en su estilo de vida.

La medicación, especialmente para el tratamiento de las enfermedades crónicas, implica un cambio en el estilo de vida. Los datos sobre el incumplimiento del tratamiento de la hipertensión, son un ejemplo notable del grado en que los pacientes rechazan la imposición de cambios de este tipo.

En los primeros días de los hospitales había asistentes cuyo trabajo consistía realmente en dar limosnas. Ahora tenemos trabajadores sociales que se integran al equipo de salud y que, junto con otros especialistas en ciencias sociales que forman parte del mismo, desempeñan una función importante en las investigaciones. Ya he mencionado el problema de la hipertensión, pero hay muchos otros. En otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la percepción y la comprensión del proceso de la enfermedad por parte del paciente, los medios disponibles de apoyo social, y las demás presiones sociales inmediatas en relación a los posibles peligros de la enfermedad, influyen en el modo en que el paciente coopera en el control de su enfermedad.

Algunos desórdenes como la obesidad, se originan en parte en la percepción social. Abundan los problemas relacionados con la práctica clínica que requieren la contri-



bución de las investigaciones sociales para encontrar una solución. Uno de los peligros que he observado a veces en esta relación entre los especialistas en ciencias sociales y biomédicas, es la tensión que surge cuando los estudios de los especialistas en ciencias sociales se concentran exclusivamente en la descripción del problema, y no en su solución.

Quisiera referirme ahora a las investigaciones epidemiológicas en los hospitales. La epidemiología trata la salud y la enfermedad en las distintas poblaciones y grupos de personas. Por supuesto, hay muchos casos en los cuales un muestreo llevado a cabo en un hospital no es representativo de lo que sucede en toda la comunidad. Sin embargo, también hay numerosos ejemplos de problemas que solo se pueden estudiar en los pacientes de los hospitales. La relación que existe entre el cáncer pulmonar y el hábito de fumar, por ejemplo, se ha podido establecer, basándose en estudios realizados en hospitales. Hay otros casos en los cuales los pacientes de los hospitales constituyen una muestra universal. Por ejemplo, en los países donde todos los partos se atienden en los hospitales, los estudios de los recién nacidos que ahí se realizan tienen un carácter representativo universal.

Uno de los usos más notables de los métodos epidemiológicos en los hospitales es la aplicación del ensayo de control aleatorio a una amplia gama de prácticas y procedimientos clínicos, práctica iniciada por Cochrane. Ese tipo de investigaciones puede ayudar a disminuir el uso ineficaz de los tratamientos eficaces y a eliminar los que no lo son.

Finalmente, me referiré a las políticas y a las prácticas de la Organización Paname-

ricana de la Salud (O.P.S.) en materia de investigaciones. La política de investigaciones de la OPS consiste en fomentar la identificación de los conocimientos no disponibles necesarios para solucionar los problemas nacionales de salud, y cooperar con los países de las Américas para llevar a cabo de manera coordinada las investigaciones necesarias para corregir esas omisiones.

Para llevar a la práctica esa política, se necesitan instrumentos, y el principal instrumento ejecutivo de la OPS es la cooperación técnica, lo mismo que en los demás campos de acción.

El Director de la OPS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, ha señalado claramente que la Organización en conjunto tiene un compromiso que cumplir en cuanto a la administración de los conocimientos, y que en ese proceso debe adquirir y mostrar calidad técnica. El aumento de los conocimientos necesarios en tantos campos diferentes generalmente sólo se puede alcanzar realizando investigación. La Organización se compromete a fomentar las investigaciones en materia de salud en los campos específicos que tienen prioridad en los distintos países, porque uno de los principios básicos de la OPS es que las actividades a escala nacional son el aspecto fundamental del programa de cooperación técnica. La finalidad de la OPS y de su personal es fomentar las investigaciones nacionales a fin de abordar los principales problemas. La OPS no es una agencia financiadora. Sin embargo, si un país señala una necesidad específica en cuanto a conocimientos, la OPS trabajará con ese país para tratar de corregir esa omisión con las investigaciones necesarias. Si de la acción combinada del personal de OPS y de los



NUEVO  
AMINOGLUCOSIDO

# Netromicina<sup>®</sup>

Sulfato de netilmicina

IM  
IV  
Inyectable

## EL AMINOGLUCOSIDO DE TERCERA GENERACION



*Aumenta los beneficios  
Disminuye los riesgos*

### AUMENTA LOS BENEFICIOS

- N** Amplio espectro de acción contra gérmenes gram - y estafilococos.
- N** Mayor actividad bactericida frente a cepas resistentes a otros aminoglucósidos.
- N** 90% de eficacia comprobada en una amplia gama de indicaciones.

### DISMINUYE LOS RIESGOS

- N** Menor incidencia de oto y nefrotoxicidad que los aminoglucósidos disponibles para vía sistémica.
- N** 3 a 4 veces menos nefrotóxica
- N** 4 a 5 veces menos ototóxica que el sulfato de gentamicina, patrón en esta categoría de antibacterianos.

### SIMPLIFICA LA POSOLOGIA

- N** 2 veces al día para la mayoría de las infecciones en pacientes adultos (150 mg/12 hs).

Presentaciones: Netromicina<sup>®</sup> Inyectable se encuentra disponible en las siguientes formas:

ADULTOS: Cajas de 2 ampollas de 150 mg/1,5 ml  
PEDIÁTRICA: Cajas de 2 ampollas de 15 mg/1,5 ml  
Cajas de 2 ampollas de 25 mg/1 ml

Venta bajo receta archivada



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.  
Representante de  
SCHERING CORPORATION U.S.A.

investigadores nacionales surgen planes definidos de investigación, la OPS se esforzará por dotar fondos catalizadores para ese estudio. La OPS también tratará de fortalecer los vínculos entre los países de la región en lo que se refiere a las investigaciones, y uno de los mecanismos es la red de centros colaboradores.

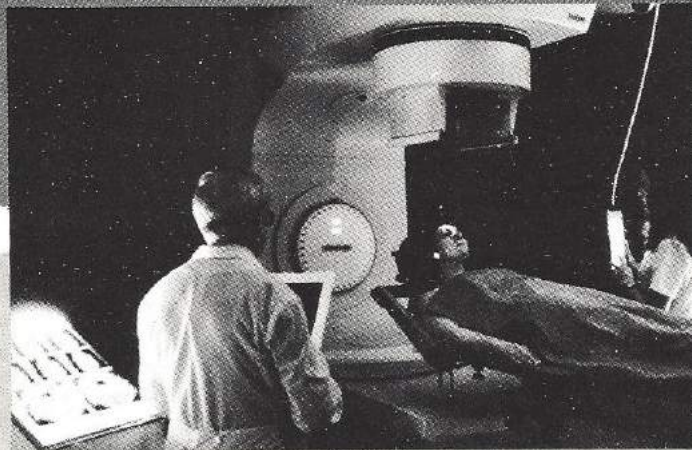
Sé que esta conferencia tiene como objetivo fortalecer los vínculos entre los hospitales en relación a actividades de investiga-

ción y fomentar además el desarrollo de investigaciones en las áreas donde estas no existen.

Espero que este esfuerzo tenga buenos resultados y sirva para fortalecer aún más la gran tradición de investigación de este país. Pueden estar seguros de que la Organización Panamericana de la Salud está dispuesta a colaborar dentro de los límites de sus mandatos y recursos.

# acelerador lineal

tecnología al servicio de la salud



Irradiación parcial del encéfalo.

mevaterapia   
centro médico  
...una esperanza de vida.

Cangallo 3931/ 37 - 1198 Capital Federal - Tel. 983-2255/2952

## Ateneo Anatomoclínico

Paciente: D.J. de 53 años, sexo masculino.

**Motivo de ingreso:** Síndrome febril prolongado, dolor abdominal difuso y ocasionales despeños diarreicos.

**Enfermedad actual:** Comienza en los últimos meses de 1982 con astenia, anorexia y pérdida de peso, agregándose luego síndrome febril prolongado, dolor abdominal difuso poco característico y despeños diarreicos ocasionales.

Antes de su internación en nuestra Institución, se le hizo una seriada gastroduodenal que mostraba dos zonas de alteración del relieve mucoso y reducción del calibre de la segunda y tercera porción del duodeno, separados aparentemente por una zona no comprometida (*Figura N° 1*). Además, se le practicaron exámenes de rutina de laboratorio, colon por enema, ecografía y tomografía computada abdominal que fueron normales.

En julio de 1983 se interna en nuestro Hospital con diagnóstico presuntivo de linfoma de intestino delgado.

A su ingreso el examen físico era normal, excepto un evidente adelgazamiento.

No había antecedentes patológicos de importancia, salvo episodios aislados de mareos que habían sido interpretados como secundarios a insuficiencia vertebrobasilar. Los análisis de rutina fueron normales. Una endoscopia digestiva alta mostró duodenitis con microulceraciones, respetando bulbo y extensión hasta tercer porción de duodeno. Una biopsia por aspiración mostró atrofia vellositaria severa.

Posteriormente se obtuvieron dos nuevas biopsias de duodeno, siendo informada la primera como duodenitis crónica y atrofia moderada de la mucosa, y la segunda como mucosa duodenal con extensas áreas ulceradas y necróticas.

Se realizó duodenografía hipotónica y tránsito de delgado, que mostraron distensibilidad de los segmentos duodenales afectados e imágenes nodulares, que en forma salpicada, se observaban en duodeno y yeyuno (*Figura N° 2*).

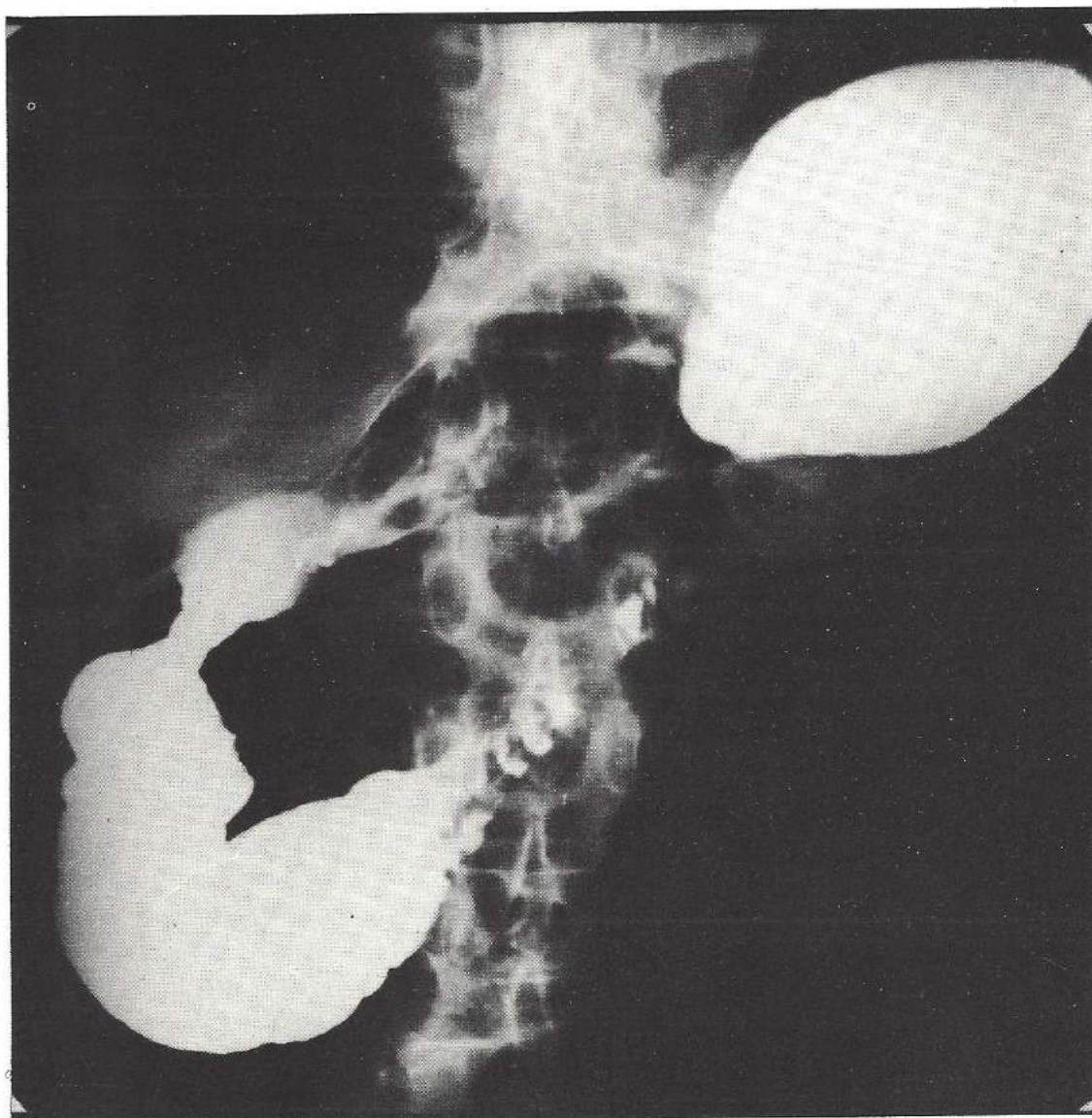
Una nueva tomografía computada abdominal fue normal, y no se demostró esteatoreea en un test de van de Kamer. Una punción biopsia ósea fue normal.

Se decide laparotomía exploradora, donde se observa el intestino delgado con ligeras alteraciones desde el punto de vista macroscópico, y pequeñas adenopatías mesentéricas. Se toma una cuña del segmento intestinal que aparecía como el más afectado y se extraen varios ganglios. La anatomía patológica informa atrofia vellositaria severa, observándose en uno de los ganglios extraídos un granuloma dispuesto alrededor de un vaso.

La PPD y la serología para histoplasmosis fueron negativas.

Con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Crohn de duodeno, se indicó corticoterapia con buena respuesta inmediata por lo cual el paciente fue dado de alta.

Esta mejoría resultó transitoria, ya que poco tiempo después se vuelve a internar con franco desmejoramiento de su estado general. Se indicó tratamiento antifímico sin obtener respuesta, persistiendo un progresivo deterioro que termina en su fallecimiento. En los últimos días presenta lesiones purpúricas palpables a predominio de miembros inferiores de las que se obtienen dos biopsias, siendo informada la primera como cuadro vinculable a farmacodermia o a angiodermatitis hemosiderótica, y la segunda, como vasculitis alérgica linfomonocitaria leucocitoclásica que afecta a todo el árbol vascular dérmico.



*Figura Nº 1: Seriada gastroduodenal: zonas de reducción del calibre en segunda y tercera porción del duodeno.*

## DISCUSION

**Dr. Emilio Varela**

Este es un paciente que se presentó clínicamente con un síndrome de impregnación neoplásica más un síndrome febril prolongado. Como sé que el término síndrome de impregnación neoplásica despierta algún escozor, voy a tratar de hacer la de-

fensa semántica del vocablo, ya que gracias a él creo que todos entendemos a qué nos estamos refiriendo. Como ocurre con otros síndromes, se lo designa con el nombre de la enfermedad que más frecuentemente, o más típicamente, produce esos síntomas, sin implicar desde ya que ese paciente tenga una neoplasia. Lo mismo

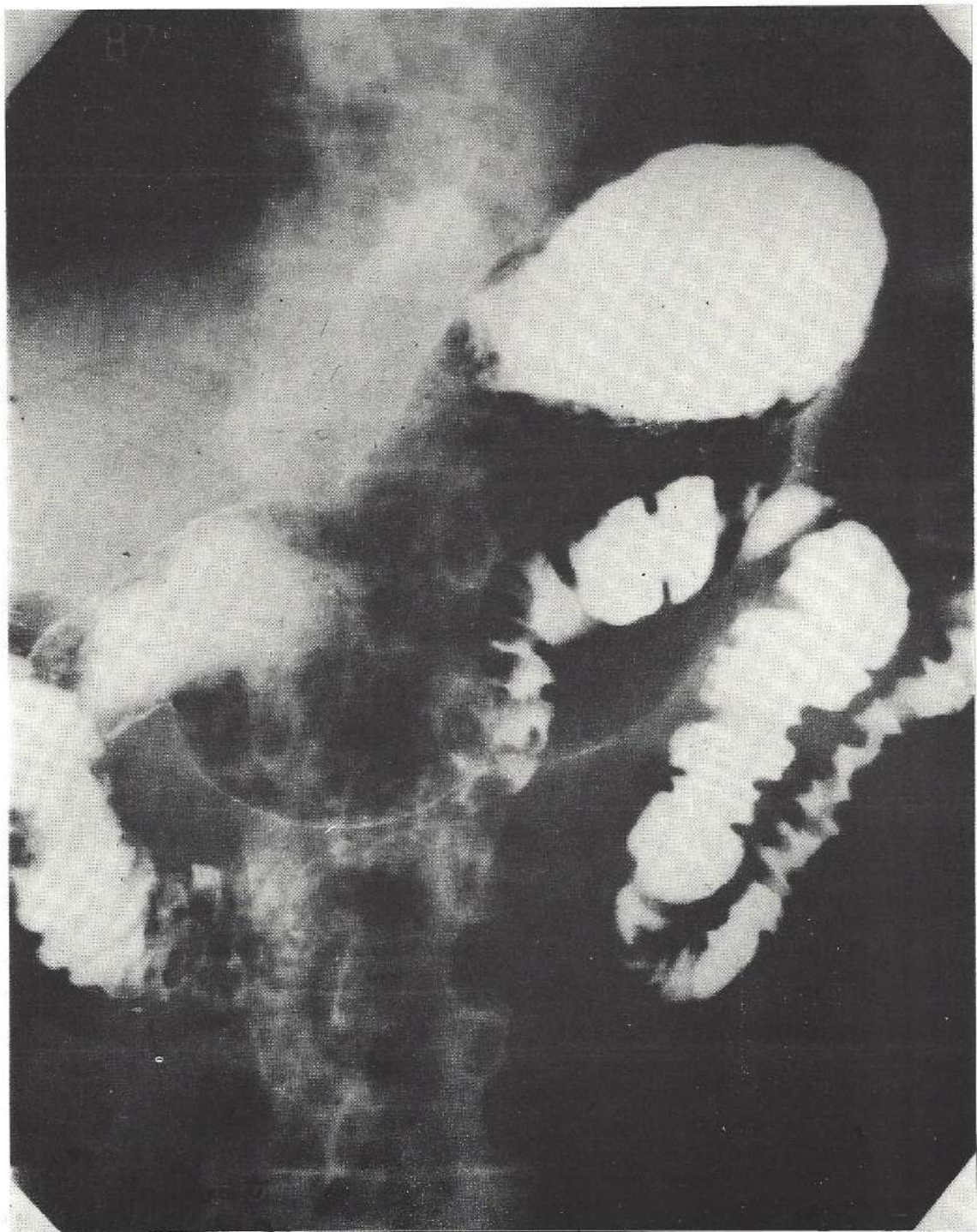


Figura N<sup>o</sup> 2: Tránsito del intestino delgado: irritabilidad, pliegues engrosados e imágenes nodulares en duodeno y yeyuno.



ocurre con el síndrome ulceroso: puede también ser provocado por una gastritis o una hernia hiatal. O el síndrome coledociano, donde la suma de ictericia, coluria y acolia puede ser generado por una hepatitis.

El síndrome de impregnación neoplásica puede ser producido, obviamente, por diversas neoplasias, pero también por enfermedades infecciosas, por cuadros depresivos y por un grupo de entidades en las que podemos incluir cuadros tóxicos, conectivopatías, enfermedades granulomatosas de etiología desconocida, etc. En este último grupo de entidades, sin embargo, suele darse que al síndrome de impregnación se suman otros síntomas (que nuestro paciente no presentaba) y que a veces constituyen guías más importantes para el diagnóstico.

En líneas generales diría con respecto a este paciente que desde el inicio pensamos que tenía una neoplasia o una enfermedad infecciosa. Dentro de estas últimas, la tuberculosis ocupa sin duda un lugar principal como causa de este tipo de cuadros aunque también otras enfermedades infecciosas, como la endocarditis y las micosis pueden simular una impregnación neoplásica. Nuestro enfermo registraba antecedentes de mareos, que habían constituido el síntoma más molesto el año anterior a su internación y antes que desarrollara este cuadro de astenia, anorexia y pérdida de peso, al que luego se agregó fiebre, diarrea y dolor abdominal difuso. Había pues elementos que hacían pensar en la posible localización de esta neoplasia o esta enfermedad infecciosa. En el abdomen, por la presencia de diarrea y dolor abdominal, o en el encéfalo, por ese cuadro de mareos que si bien eran inespecíficos, estaban pre-

sentes y había que tenerlos en cuenta.

El paciente ya había sido bastante bien estudiado antes de su ingreso al Hospital y traía una serie de exámenes complementarios. Se le había hecho una rectoscopia que no evidenció lesión, una endoscopia digestiva alta en la que se le diagnosticó una úlcera de duodeno y tenía un colon por enema y una tomografía computada abdominal que fueron normales.

Los análisis de sangre no mostraron nada llamativo. Lo único que realmente llamaba la atención era una seriada gastroduodenal donde se veía una zona de reducción del calibre en la porción alta de la segunda porción del duodeno y otra zona de reducción del calibre en la tercera porción. Esta última presentaba pliegues en grosados y cierta irritabilidad, es decir de dificultoso llenado con el bario. Este signo de irritabilidad ha sido descrito en la tuberculosis. También pudieron observarse imágenes realmente nodulares en la duodenografía hipotónica y al proseguir el tránsito se vieron similares alteraciones en el yeyuno proximal.

En cuanto al análisis del tránsito de intestino delgado son interesantes una serie de lineamientos que propone Goldberg en uno de los capítulos del libro de Sleisenger y Fordtran.

El doctor Goldberg, que es profesor de Radiología de la Universidad de California, toma fundamentalmente dos elementos para el diagnóstico: el ancho del intestino delgado, que no debe sobrepasar los 3 cm y el pliegue, que no debe ser más grueso que 3 mm. En base a estos parámetros divide la patología radiológica del delgado en casos que se presentan con dilatación y casos que se presentan sin dilatación. A su vez cada uno de éstos los divide en los

que se presentan con pliegues gruesos y los que lo hacen con pliegues normales. Los que se presentan sin dilatación, como nuestro paciente, pueden tener: 1) pliegues normales, que sería el patrón normal, 2) pliegues gruesos y 3) nódulos. Estos últimos son a su vez subdivididos en casos con pliegues gruesos y casos con pliegues normales. Sería demasiado largo

ta ese momento, pensamos que el paciente era portador de un linfoma y tratamos entonces de instrumentar la metodología para arribar a un diagnóstico lo más rápidamente posible, ya que este tipo de linfomas tienen posibilidades terapéuticas bastante favorables si se hallan limitados al intestino (estadío I E de la clasificación de Ann Arbor). Uno de los pasos que se

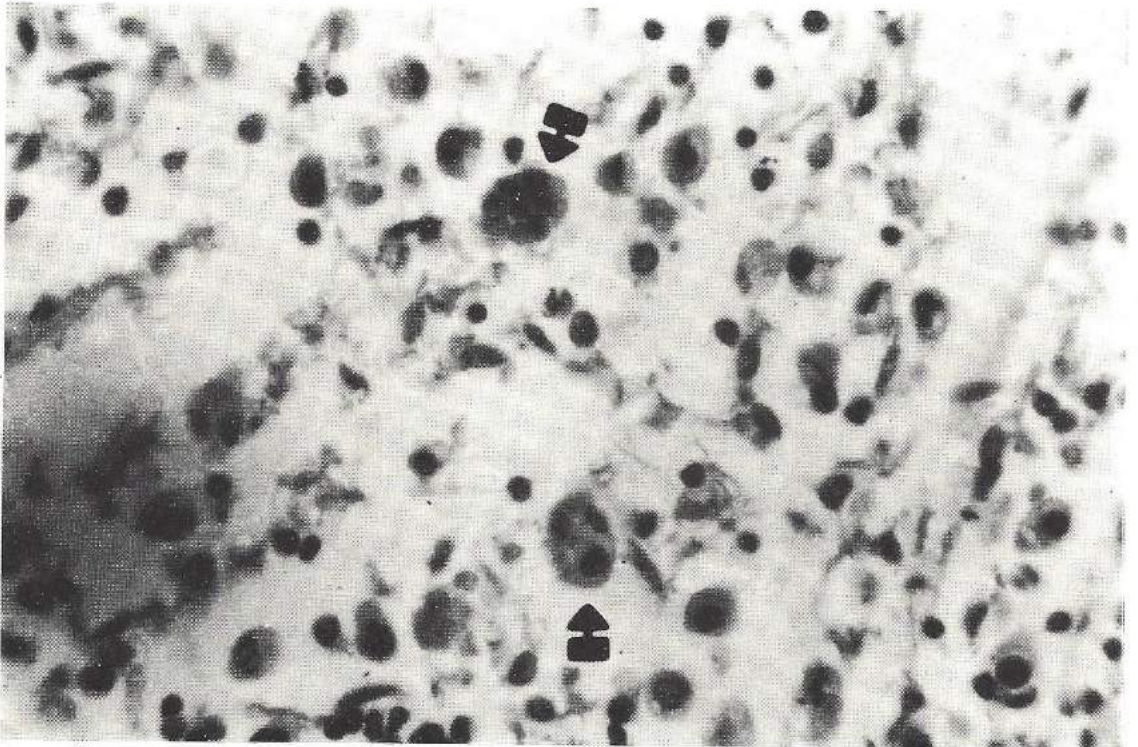


Figura Nº 3: Vista con gran aumento de la submucosa del intestino, donde se observan histiocitos atípicos con fagocitosis de eritrocitos y plaquetas (H. E. x 400).

enumerar las distintas posibilidades diagnósticas de las diversas eventualidades; para ello los remito al libro citado. Yo me voy a limitar a la situación de nuestro enfermo, que presentaba nódulos y pliegues gruesos. Las entidades que pueden dar esto son la enfermedad de Crohn, el linfoma y otras neoplasias.

En base a los elementos que teníamos has-

siguieron fue hacer una endoscopia que mostró una duodenitis extensa de segunda y tercera porción con múltiples ulceraciones.

Las ulceraciones múltiples de duodeno pueden verse en el síndrome de Zollinger Ellison, en la Strongiloidiasis, en la tuberculosis, en el linfoma, en el Crohn, en la enfermedad celíaca descompensada y en la denominada yeyunoileítis ulcerativa no

**LABORATORIOS LEDERLE  
ANUNCIA**

**E. coli**

**Klebsiella**

**Enterococos**

**El avance trascendente en  
amplitud de espectro y  
seguridad clínica para la  
antibioticoterapia de  
primera elección.**

**Bacteroides fragilis**

**Interpretación del artista del  
efecto bactericida del PIPRIL\*  
Piperacilina Sódica**





**NUEVO**

# **PIPRIL<sup>\*</sup> IV IM**

Piperacilina Sódica/Lederle

Frascos ampolla x 2 y 4 g.

- **Espectro bactericida ampliado**
- **Potencia demostrada contra una amplia gama de gérmenes susceptibles gram-negativos y gram-positivos, aerobios y anaerobios**
- **Alto grado de eficacia clínica**
- **Excelente perfil de seguridad clínica, aún en pacientes con sus defensas disminuidas.**



*Pseudomonas*

 **CYANAMID**

 **Lederle**

granulomatosa.

En estos dos últimos casos generalmente se acompaña de malabsorción que nuestro enfermo no presentaba, pues tenía un van de Kamer normal. Podríamos descartar el síndrome de Zollinger Ellison, ya que el paciente tenía una acidimetría normal y además porque la duodenitis que se observa en este síndrome compromete también el bulbo y ésta era una duodenitis que respetaba el bulbo. Un examen parasitológico negativo nos permitía descartar la strongiloidiasis.

El endoscopista que informó la duodenitis, no biopsió en ese momento el duodeno y entonces decidimos hacer una biopsia de intestino delgado por aspiración que nos iba a permitir obtener mayor material. El estudio anatomopatológico de la misma reveló una atrofia vellositaria severa. La atrofia vellositaria puede verse en la enfermedad celíaca, en el linfoma, en el sprue refractario y en la yeyunoileítis ulcerativa no granulomatosa. En estos casos la atrofia vellositaria es característica; existen una serie de entidades donde la atrofia no es un elemento constante pero que también pueden presentarla, como el caso de la enfermedad de Crohn, la isquemia transitoria y la histoplasmosis. Sin embargo, frente a una atrofia, el diagnóstico diferencial que con más frecuencia se nos presenta es entre enfermedad celíaca y linfoma.

En este caso no teníamos elementos para pensar en una enfermedad celíaca y tampoco en sprue refractario o yeyunoileítis, porque en general estos son cuadros donde predomina la malabsorción y el enfermo se agrava como consecuencia de la malabsorción.

Sin embargo, nuestro enfermo ya venía

con un cuadro de astenia, anorexia y pérdida de peso desde antes que la diarrea se convirtiera en un síntoma dominante; por lo cual nuevamente el diagnóstico de linfoma nos pareció el que realmente correspondía. Hicimos una nueva biopsia de intestino delgado que mostró esencialmente lo mismo y llegamos a la conclusión que debía practicarse una laparotomía exploradora como único método posible para resolver el diagnóstico y poder comenzar el tratamiento. Solicitamos al cirujano que sacara los ganglios que le parecieran más patológicos y que resecara un segmento de intestino que le pareciera más enfermo.

En la cirugía se extrajeron algunos ganglios y una cuña de intestino delgado proximal.

El yeyuno impresionaba macroscópicamente enfermo y se observaron varias formaciones blanquecinas, pequeñas, sobre la serosa. Sin embargo, los hallazgos histopatológicos fueron similares a los anteriores, salvo que en uno de los ganglios apareció un granuloma. Además pudo verse que el infiltrado tenía una cierta disposición angiocéntrica. Yo no sé si los granulomas son como las golondrinas, porque lo que sí sé, es que una golondrina no hace verano y tal vez un granuloma no hace una enfermedad granulomatosa, pero ante la ausencia de un diagnóstico positivo de linfoma, la posibilidad de una enfermedad granulomatosa empezó a tomar cuerpo. Aquí se plantearon los diagnósticos de tuberculosis, micosis, enfermedad de Crohn y granulomatosis linfoide.

La granulomatosis linfoide es un proceso angiocéntrico que se caracteriza por un infiltrado con formación de granulomas, que tiene ciertas características similares a

las del linfoma, que evoluciona hacia el linfoma y que compromete generalmente pulmón y excepcionalmente el tubo digestivo. Existe un caso en la literatura de granulomatosis linfoide con compromiso gastrointestinal, pero se trataba de un paciente que tenía además extenso compromiso en otros órganos como piel y pulmón. Por lo tanto, la granulomatosis linfoide no nos pareció el diagnóstico más aceptable en ese momento. Hicimos todo lo posible para investigar histoplasma y el doctor Galimberti realizó la batería de pruebas disponibles, basándonos sobre todo en un enfermo previo con atrofia vello-sitaria en el que a pesar de la autopsia nos quedamos sin diagnóstico de certeza, pero en el que los patólogos insistieron sobre la posibilidad de una histoplasmosis. En el paciente que hoy nos ocupa todas las pruebas para histoplasmosis fueron negativas. Entonces, pensando siempre en enfermedad granulomatosa, se nos planteó el eterno problema del diagnóstico diferencial entre la tuberculosis y el Crohn. La tuberculosis intestinal es rara en ausencia de compromiso pulmonar y en el 85 % de los casos tiene una localización ileocecal. Por la otra parte, existen más de cien casos publicados de enfermedad de Crohn del duodeno. Decidimos, por lo tanto, ensayar un tratamiento con corticoides con el que el enfermo tuvo una mejoría transitoria pero al poco tiempo regresó porque había nuevamente empeorado y lo reinternamos.

En los estadios finales apareció una vasculitis cutánea que la biopsia de piel informó ser de tipo leucocitoclásica. Como sabemos, las vasculitis constituyen un espectro de entidades que se caracterizan por la presencia de inflamación y necrosis vascu-

lar con consecuente formación de granulomas, cuya patogenia está mediada por depósitos de inmunocomplejos.

Se han descrito varios antígenos como posibles responsables del daño. Dentro de estos, existen algunos exógenos: microorganismos bacterianos como el estreptococo hemolítico, virales como el virus B de la hepatitis; drogas como penicilina y sulfas, proteínas heterólogas como se observa en la enfermedad del suero; y también antígenos endógenos que pueden tener como punto de partida las conectivopatías y los tumores malignos.

Existen ciertas vasculitis como la poliarteritis nudosa y la granulomatosis de Wegener, que tienen un cuadro nosológico más o menos definido. Después está el amplio grupo menos definido de las vasculitis por hipersensibilidad que pareciera ser la correspondiente a nuestro paciente. Dentro de las vasculitis por hipersensibilidad están aquellas desencadenadas por antígenos provenientes de tumores malignos y los tumores que con más frecuencia producen este tipo de vasculitis son los de estirpe linfoide: leucemia linfática crónica, mieloma múltiple, la enfermedad de Hodgkin y los linfomas en general.

A lo largo de toda la historia del paciente, no pudimos sacarnos definitivamente de la cabeza la idea del linfoma, pero tampoco pudimos confirmar este diagnóstico, lo que nos hubiera posibilitado una terapéutica adecuada. El tema de los linfomas de intestino delgado está en continua revisión y sobre muchos puntos no se ha llegado a un acuerdo. Los podemos dividir en dos grandes grupos: los secundarios, o sea aquellos en los que el intestino delgado participa dentro de un proceso de linfoma generalizado, y los primarios que son aque-

llos que se originan en el intestino delgado y que es el grupo que nos interesa en relación con el caso. Dentro de los primarios existen dos entidades importantes: el linfoma del Oeste que cursa con obstrucción o hemorragia y el linfoma del Este que cursa con malabsorción. No obstante, hay entidades en el medio que no se sabe en cuál de los dos grupos deben ser incluidas. El linfoma del Oeste es el que reconocen más frecuentemente los cirujanos, el infiltrado histopatológico suele ser monomorfo y en el resto del intestino delgado la mucosa es normal; o sea que tenemos linfoma por un lado y mucosa del intestino delgado normal por el otro. Existe otro grupo de linfomas en los que la mucosa del intestino delgado no es normal aun en zonas alejadas del tumor. Este tipo de linfomas con mucosa de intestino delgado anormal, generalmente atrófica, pueden cursar con malabsorción o pueden presentarse con diarrea sin malabsorción y es el tipo de linfomas que vemos generalmente los clínicos.

Dentro de los linfomas que cursan con malabsorción existen algunos grupos bien definidos. Por lo pronto se pueden dividir en aquellos que asientan sobre una enfermedad celíaca previa y aquellos que no lo hacen. Se sabe que la enfermedad celíaca en un significativo porcentaje de casos desarrolla un linfoma pero como no contamos con marcadores de enfermedad celíaca fuera de los histológicos; es muy difícil poder diferenciar aquellos linfomas que se instalaron sobre una enfermedad celíaca previa asintomática y aquellos que son linfoma desde el inicio. La atrofia vellositaria puede ser entonces consecuencia del linfoma o de una enfermedad celíaca que se encontraba de antes. Está el grupo de los

denominados linfomas del Mediterráneo, que se caracterizan por poseer un denso infiltrado de células plasmáticas y por producir en un porcentaje elevado de casos la cadena pesada de la inmunoglobulina. A sin cadenas livianas, es decir la denominada enfermedad de las cadenas alfa.

Existen otras entidades como la que Isaacson denomina histiocitosis maligna y que asimila a la yeyunoileítis ulcerativa no granulomatosa. Isaacson refiere en estos casos la presencia de un infiltrado polimorfo con una apariencia "decepcionantemente benigna", según sus propias palabras, en el que se encuentran aisladas células histiocíticas malignas y que se diferencia del linfoma histiocítico porque no forma tumor, tratándose más bien de una infiltración difusa por histiocitos malignos.

Actualmente toda la clasificación de linfomas y la caracterización de este tipo de células está en continua revisión y todavía no sabemos con certeza si se trata de histiocitos auténticos o linfocitos B transformados o inmunoblastos.

Es importante señalar que algunos linfomas difusos pueden presentarse con diarrea sin evidencia de malabsorción como podría ser el caso de nuestro paciente. También se debe señalar que el linfoma del Oeste es una enfermedad que compromete fundamentalmente el íleon; en cambio el otro grupo de linfomas afecta sobre todo el yeyuno.

En base a todos estos elementos postulo que el paciente era portador de un linfoma de intestino delgado; por sus características clínicas y localización posiblemente se trate de un linfoma polimorfo y tal vez que se encuentren células histiocitoi-

des atípicas. Los otros diagnósticos diferenciales que se pueden plantear en este caso serían en primer lugar la tuberculosis intestinal que no podemos descartar en forma definitiva. El paciente inició un tratamiento antifímico en las etapas finales de la enfermedad y fue infructuoso, pero es posible que se haya instalado en forma tardía.

En segundo término hay que considerar a la granulomatosis linfoide que es un diagnóstico evidentemente tentador por tratarse de una entidad que está cabalgando entre las vasculitis y el linfoma, pero si nos atenemos a lo publicado hasta la fecha, no existen casos en los cuales la enfermedad haya comenzado en intestino delgado, sino que el aparato digestivo puede excepcionalmente participar de un proceso mucho más extenso y en el cual el pulmón se halla generalmente afectado. No la puedo excluir pero sería el primer caso de la literatura.

En resumen, mi diagnóstico es el de linfoma de intestino delgado en primer lugar, tuberculosis intestinal como segundo diagnóstico y granulomatosis linfoide en último término.

#### INFORME DE AUTOPSIA

Dra. Margarita T. de Beveraggi.

Se realiza una autopsia completa, excepto sistema nervioso central.

En el examen de la aorta se observa una aterosclerosis grado 1. El resto del árbol arterial se halla libre de lesión. En el estudio histológico se ven acúmulos de células mononucleares en relación a los vasa vasorum. Además, hay calcificación de fibras elásticas. El corazón pesa 360 gramos y su configuración anatómica es normal. Las coronarias no tienen alteraciones; el miocardio

presenta áreas de infiltración intersticial por células mononucleares. Al corte hay áreas de enfisema y zonas congestivas. Histológicamente se observa descamación de neumocitos, formación de membranas hialinas y exudado fibrinoide intralveolar zonal. Los vasos septales presentan trombos organizados; otros muestran ligera fibrosis subintimal e infiltrado mononuclear a su alrededor.

El esófago no presenta lesiones macroscópicas; en cambio, en los preparados histológicos se ve infiltración del corion por células mononucleares que en zonas se disponen en acúmulos sin centros germinales. El estómago está dilatado por contenido porráceo; en la histología muestra infiltrado de la lámina propia por células mononucleares e histiocitos grandes con eritrofagia.

El duodeno presenta petequiado hemorrágico y una formación sesil prociendente hacia la luz de 2 x 1 cm. Es muy congestiva, y está ubicada a 1 cm de la papila. En los cortes histológicos se aprecia atrofia vellositaria completa con hiperplasia críptica, y un marcado infiltrado linfoide entremezclado con abundantes histiocitos que ocupan la submucosa, que presenta evidentes fenómenos de fagocitosis, de detritus celulares y glóbulos rojos en su citoplasma. Hay áreas ulceradas de la mucosa cuya base presenta infiltrado similar al descripto.

En el intestino grueso también en la mucosa y submucosa se observa infiltrado linfocitocitario semejante.

El hígado pesa 1.600 gramos y a nivel de los espacios porta existe un infiltrado mononuclear que en sectores distorsiona la estructura trabecular por pérdida de hepatocitos. Hay ligera proliferación ductular.

El páncreas pesa 100 gramos y presenta placas blanquecinas en la superficie externa. En el estudio microscópico se ve infiltración mononuclear e histiocitaria del intersticio.

Los riñones, uréteres y vejiga no presentan lesiones. La suprarrenal derecha presenta una formación nodular que comprime el parénquima circundante; se halla constituida por nidos de células de núcleo central hiperromático, con citoplasma, con vacuolización multivesicular rodeados por delicados septos fibrosos. La suprarrenal izquierda muestra depleción lipoídica e infiltrados linfocíticos en el tejido fibroso periglandular.

Tiroides: sin lesión.

En el bazo hay depleción linfocítica en la pulpa blanca. Existe infiltrado linfoide e histiocítico neoplásico periarteriolar.

En los ganglios linfáticos hay una intensa y difusa histiocitosis sinusal, donde los macrófagos presentan evidentes fenómenos de fagocitosis de detritus celulares y glóbulos rojos. Estas imágenes de fagocitosis presentadas por los histiocitos en distintos órganos permiten fundamentar el diagnóstico final de histiocitosis maligna de intestino delgado, con compromiso de ganglios linfáticos, bazo, páncreas, esófago, estómago, pulmón, etc.

La histiocitosis maligna de intestino es una entidad descrita por Isaacson y colaboradores en el año 1978, caracterizada por una yeyunitis ulcerativa y una atrofia severa de vellosidades intestinales, responsable de un síndrome de mala absorción.

El estudio histológico de las zonas ulceradas del intestino muestra una infiltración por células correspondientes a un linfoma, con variado grado de pleomorfismo, y exhibe histiocitos que fagocitan plaquetas, glóbulos rojos y detritus celulares. La infiltración del intestino es una forma difusa, sin constituir ningún tumor manifiesto, lo que hace difícil el diagnóstico por métodos que revelan masas ocupantes. Además del intestino, suelen comprometerse otros órganos también en forma difusa, por lo que el autor cree que debe denominarse histiocitosis maligna más que linfoma histiocítico. Se sugiere que su origen puede ser a partir de la línea celular monocito - histiocito, normalmente presente en la lámina propia del intestino.

#### DIAGNOSTICOS FINALES

- Histiocitosis maligna de intestino delgado
- Atrofia vellositaria completa y yeyunitis necrótica
- Adenoma de glándula suprarrenal derecha
- Pulmón de shock
- Miocarditis y aortitis focales

Referencias: R. Goldberg; Radiology of intestines; Sleisinger-Fordtram, Gastrointestinal Disease, 2ª ed., Philadelphia, W. Saunders, 1978, cap. 59, pág 1010. Isaacson, P.; Mright, D.; Malignant histiocitosis of the intestine - Human pathology 9: 661; 1978.

## Diálogos Médicos

### LA ENFERMEDAD INCIERTA: LA ALIANZA ENTRE EL PACIENTE Y SU MEDICO

Dr. Hernán C. Doval

El Dr. M entra al bar, y se dirige a una mesa ocupada por una sola persona.

— ¡Hola R! Te veo preocupado. ¿Puedo sentarme?

— No tenés siquiera que preguntármelo. Estoy así, porque acabo de mantener una charla con la hija de un paciente.

— ¡Ah!

— Nada reservado, ni privado. Se trata de un problema médico; bueno, en realidad, de un problema de relación médico-paciente. Me gustaría contártelo para conocer tus comentarios.

— Te escucho como compañero de trabajo, pero más como tu amigo. ¡Sabés! te veo angustiado.

— Sí, pero más que angustiado, diría que estoy turbado. Recién finalicé una larga charla, como ya te dije, con la hija de un paciente. Conocía a su padre desde hace más de dos años, cuando presentó un infarto agudo de miocardio extenso con aneurisma parietal residual. Hace poco, a los 72 años de edad, comienza a presentar insuficiencia cardíaca severa con disnea y síndrome de bajo volumen minuto, en episodios transitorios, precedidos por un dolor epigástrico que posteriormente confirmamos se debían a insuficiencia coronaria paroxística.

Dada la ausencia de respuesta al tratamiento y el pronóstico desfavorable a corto plazo, se le realizó una coronariografía que demostró lesiones de tres vasos coronarios, susceptible de poder realizar un doble puente con resección del aneurisma ventricular.

A pesar de la edad avanzada del paciente, sopesando la respuesta nula al tratamiento médico completo con la posibilidad técnica de la cirugía; hablé con la hija, la esposa y por último con el paciente y les dí mi opinión favorable a la solución quirúrgica; comprendiendo yo y aceptando ellos que era notoriamente más riesgoso no operar que operar.

El paciente y la familia confiaban y siguen confiando en mí como su médico; no sólo por la habilidad técnica que suponían que yo tenía, sino por el apoyo que les brindaba como "cuidador terapéutico".

Dadas las circunstancias, les ofrecí que hicieran una consulta, y aunque el paciente no la quería, la familia llamó a un médico amigo que resultó ser un hemodinamista de otro centro importante de cirugía cardiovascular. Como suponía, luego de ver los estudios, estuvo de acuerdo con la conducta.

El paciente para decidirse, quería conocer si al dejar de operarse podría hacer una vida normal, aún cuando siguiera bajo riesgo. Le manifesté, honestamente, que en el mejor de los casos iba a quedar muy invalidado por los síntomas.

El paciente que era una persona puntillosa, delicada y estrechamente ligado a su hija, estuvo inquieto hasta que llegó a la decisión de operarse; a partir de ahí quedó muy tranquilo, pensando que la suerte sobre su vida la tenía Dios.

— Bien hasta aquí; el relato de un acto médico de todos los días, bajo la agobiante tensión de tomar decisiones de vida —y— muerte. Pero por tu cara, presumo que esta vez, las cosas anduvieron mal.

— Así fue, el paciente no salió del quirófano. En la larga charla con la hija, si bien preguntó por factores técnicos como el tiempo de cirugía, en realidad estaba preocupada por saber a ciencia cierta si había hecho todo lo posible por su padre; y además necesitaba un interlocutor no demasiado comprometido para contarle su estrecha unión filial, que resultaba poco común en una mujer ya casada y con hijos. Hacia mí no existió sino agradecimiento, por el tiempo dedicado a conversar con ella y su padre.

Tampoco yo tenía nada que reprocharme; lo veía mucho tiempo todos los días, funcionando integralmente como médico de cabecera aunque no recibí ningún beneficio económico directo.

Sin embargo, la frase remanida de los médicos, repetida y aceptada por los familiares de los pacientes: "se hizo todo lo posible", no me deja tranquilo. Nadie podrá convenirme, que si no se hubiera operado, en estas horas estaría vivo, conversando con su familia. Yo le aconsejé que se operara, la decisión fue y es correcta, en un nuevo paciente tendría que volver a tomarla. Sin embargo, también es real, que haciendo lo que debía, acerté su vida.

— Mirá R.; muy pocos médicos pueden reconocer que cuando un paciente bruscamente empeora o aun muere debido a una decisión médica activa, no se debe pensar, que en ese paciente individual "se hizo todo lo posible", sino que en realidad "se hizo más que lo necesario". Visto desde el espacio único del paciente, la medicina no lo ayudó, sino que en realidad lo desmejoró.

Es necesario que los médicos reconozcamos honestamente y de frente, que la incertidumbre en el diagnóstico y en el resultado del tratamiento es inherente a la práctica de la medicina clínica.

— Sí, pero lo que pasa, es que nuestra cultura tecnificada disemina sutilmente la fantasía ideológica de la certeza y seguridad absoluta.

— Pero eso en realidad es seudotécnica y seudociencia. Los científicos, ya hace años, están de acuerdo que lo que puede suceder en un átomo individual en circunstancias específicas es incierto, no debido a la limitación del conocimiento o al carácter incompleto de la teoría, sino porque consideran que no hay leyes físicas o ecuaciones que brinden un resultado prefijado. Sólo se puede determinar con qué frecuencia se realizará cada posibilidad en un número grande de casos, la regularidad que se encuentra en los fenómenos macroscópicos, que acostumbramos llamar causalidad, es sólo una regularidad estadística. Tan es así que Heisenberg creó el "principio de incertidumbre" en la física. Esto indica que si deseamos establecer la posición y velocidad de una partícula en un momento determinado, existe una imposibilidad teórica —que no depende de la imperfección de nuestros aparatos de medida— para medir ambas con exactitud; si obtenemos un valor bastante exacto para la posición habrá un error grande en la velocidad y viceversa.

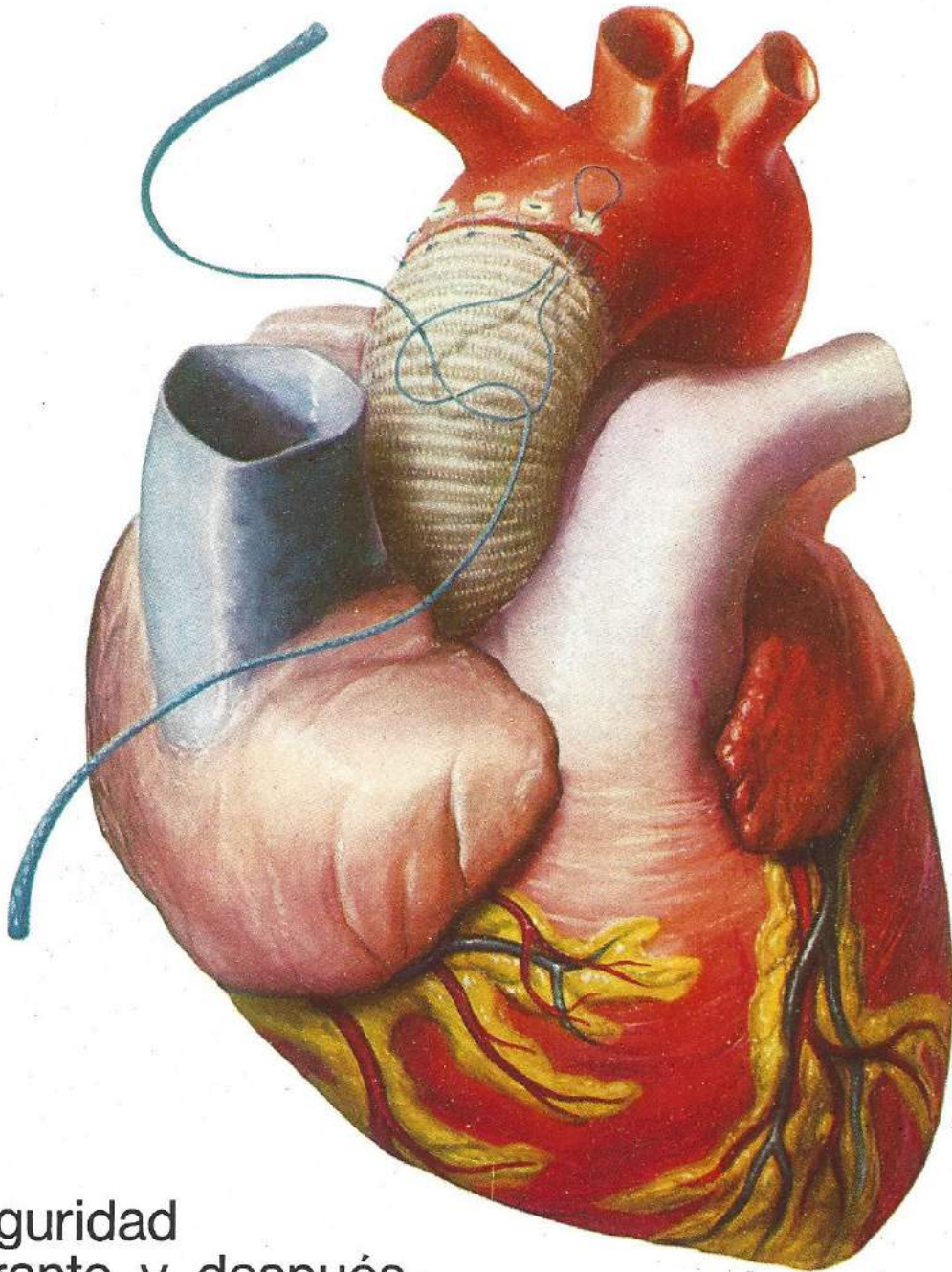
Por lo tanto, en la medicina, como en la ciencia y aun en el sentido común, cuando las premisas son verdaderas y el razonamiento es correcto, la conclusión sólo es probable. Siendo esto así, tendríamos que modificar el mensaje que Francis Bacon elabo-



# TI·CRON\*

SUTURA DE FIBRA  
POLIESTER TRENZADA  
Y SILICONADA

**“La sutura  
cardiovascular”**



Seguridad  
durante y después  
de la cirugía

**DG**  
DAVIS+GECK

 **CYANAMID**

Cyanamid de Argentina S.A.  
Charcas 5051 - C.P. 1425 Buenos Aires  
Tel.: 772-4031

ró a principios del siglo XVII, en los prolegómenos de la física moderna; cuando decía: "Si un hombre empieza con certidumbres, terminará en dudas; pero si está contento de empezar con dudas terminará en certidumbres". Estamos de acuerdo que los médicos debemos aprender a comenzar dudando, pero debemos estar contentos de terminar, sino en certeza, que sabemos es imposible, en un alto grado de probabilidad que nos permita un razonable grado de credibilidad.

La habilidad para predecir los posibles hechos futuros tiene suma importancia para hacer el diagnóstico, el pronóstico y formular la terapéutica.

Después de todo, la investigación médica está impulsada por la necesidad primaria que tiene el médico de mejorar su habilidad para hacer estas predicciones.

- Está bien M, pero esta manera de entender la predicción hace imposible conocer si un pronóstico individual es erróneo. Por ejemplo, si yo evaluaba que la posibilidad que tenía mi paciente de fallecer durante la operación era del 5 % o si querés mejor del 10 % ; y él fallece, como sucedió en realidad, nadie puede concluir que estaba equivocado.

La predicción indicaba que un resultado favorable con la cirugía era altamente probable; podría decir que el éxito era probable, pero desafortunadamente ocurrió un evento que era improbable.

Este razonamiento lleva a mostrar que la afirmación probabilística no puede ser refutada en un caso individual, como sucede similarmente con los movimientos individuales de la física atómica; pero sí parecería razonable intentar una evaluación objetiva si existen muchas predicciones individuales agrupadas; otra vez aparece la regularidad estadística.

Así, cuando tomamos una decisión, los resultados de esa decisión nos permitirán considerar si la misma fue correcta o errónea; pero la probabilidad nunca es correcta o errónea, sólo podemos considerarla más o menos segura.

Por lo que resultaría que aun conociendo perfectamente la probabilidad de evolución de una enfermedad, ésta siempre será la "probabilidad promedio", y puede ser completamente insegura para prever la evolución de un paciente individual.

Si ante la muerte del paciente, no me deja tranquilo la frase: "se hizo todo lo posible"; tampoco me conforma cambiarla por otra que diga: "el resultado estaba dentro de lo probable".

- Pero resulta que el proceso de la formación de la probabilidad individual es más complejo de lo que pensamos. El médico debe usar como "punto de referencia" la probabilidad "promedio" de un grupo de pacientes, como primera estimación de la probabilidad de un evento en un paciente individual. Además en formas inmediata, resulta imprescindible utilizar la información adicional -sexo, edad, estado general, etc. etc.- referida a ese paciente específico, que nos permita individualizar con mayor seguridad la posible desviación estimada del punto de referencia".
- Pensando de esa forma resulta claro, que la inseguridad en la predicción se puede deber, o a un uso incorrecto del "punto de referencia", o al fallo para "individualizar" correctamente cada paciente.

*Para una predicción más segura debemos adquirir destreza en estos dos aspectos. La habilidad para una correcta probabilidad del "punto de referencia" promedio se puede obtener en el curso de una dilatada experiencia clínica o reemplazarla por un conocimiento criterioso de la literatura médica. Para adquirir la capacidad de individualizar las características únicas de nuestro paciente, que nos permitirán corregir y mejorar la seguridad pronóstica, sólo se necesita de la experiencia.*

*La individualización efectiva de la predicción requiere que consideremos las características personales psicológicas, familiares y también, aunque suene raro, las sociales; además de las características biológicas ya consideradas en nuestro paciente. La experiencia médica forma parte y está afectada por la experiencia de la vida personal del médico. Para poder ser "un médico" entre comillas, es necesario ser una persona íntegra, clara, accesible, reparadora.*

*Deberíamos poder analizar y estudiar estos dos componentes de la habilidad predictiva; de esa manera podríamos diferenciar entre dos médicos de escasa destreza, a aquél que coloca equivocadamente en forma sistemática, la estimación promedio global de aquel otro que tiene dificultades no en el "punto de referencia" sino en la individualización real paciente por paciente. La mejoría de la habilidad médica predictiva sigue en ambos, por lo que hemos planteado distintos caminos concretos.*

*Este análisis debería también aplicarse cuando se evalúa o categoriza a un estudiante de medicina o a un médico. Los exámenes universitarios son siempre discursivos, resultando que lo único que se evalúa —aunque se tomen al lado de un paciente— es el probable paciente "medio", que pertenece a una clase "media", con una edad "media" y que presenta una evolución "promedio", siempre "promedios"; acaso no se llama así la nota final de algunas materias o la evaluación final de la carrera médica.*

*Durante la vida de un médico, la acumulación de puntaje para ascender en la jerarquía profesional se consigue asistiendo a conferencias, congresos, cursos, simposios o sumando trabajos; una serie de papeles que se enuncian paradójicamente como "curriculum vitae" que significa en latín "carrera de la vida", en realidad la vida forma parte de la praxis y eso sería un "curriculum lettere" carrera de las letras discursivas.*

*Yo me pregunto ¿le interesa a un empresario cuando solicitan un tornero, que el postulante haya asistido a cursos de perfeccionamiento?, ¿o acaso le pide que explique con palabras, durante veinte minutos, cómo hace para tornear una pieza?. No hace nada de eso; le suministra un trozo de materia prima, lo pone frente a la máquina, y le dice ¡demuestre cómo lo hace!. De esa manera consigue buenos torneos.*

*Si la medicina quiere tener buenos médicos, necesita enfrentarlos con pacientes actuales o aun mejor pasados —por medio de historias clínicas reales— y conocer qué harían, qué le pedirían, ¿lo considerarían enfermo?, ¿lo tratarían? ¿cómo?, y confrontar esas decisiones con los resultados reales alejados de ese paciente conocido. Mejor médico es aquel que hace ese trabajo mejor; eso es la medicina, una práctica en la cual debemos aumentar todos los días la destreza para precedir la evolución natural, conocer la indicación y el valor predictivo del resultado de las pruebas, evaluar el resultado inmediato y fundamentalmente alejado de una práctica quirúrgica, y saber tomar la*

*mejor decisión, aún en los momentos más críticos, para cada paciente.*

- *De esa forma M, la medicina debe siempre ser rigurosa y utilizar con más asiduidad y precisión el método científico; sin embargo, la medicina que significa curar, cuidar, servir; y que es una relación entre enfermo y terapeuta es imposible desplazarla del arte para convertirse únicamente en ciencia. Es un arte médico la tarea que requiere una evaluación táctica y estratégica de la estimación de cada paciente individual dentro de la incertidumbre, ya que sólo conocemos las probabilidades en grupos caracterizados de pacientes.*

*Por otro lado, ese estrategia de la vida humana forma una relación única con su paciente, y éste le deposita una confianza que no es necesariamente racional, pero debe tener la certeza íntima que su terapeuta no lo abandonará y hará lo mejor posible por él.*

- *Es cierto; por eso es lamentable, además de repudiar en los hechos nuestra función, cuando un médico le dice a un paciente sin esperanzas: "No hay nada más que yo pueda hacer"; un médico debe siempre poder hacer algo por su paciente, aunque eso sea únicamente compartir su dolor y su ira ante lo irremediable; su función le impide abandonarlo.*

*Por supuesto que ante ésto, por lo menos entre los yankees, existe el juicio por mala práctica; simple recurso legal para forzar una relación que ya resulta imposible de reconstruir.*

- *Sí; además el contacto con la incertidumbre de los pacientes en Estados Unidos, se establece por medio del "informed consent"; o sea del consentimiento escrito firmado por el cual su médico, en un estilo frío y formal, le informa las posibles derivaciones de la medida que va a tomar, que en medicina siempre resultan demasiadas. Aunque puede parecer mejor que no informar nada, como resulta muchas veces en nuestro medio, pensemos que es un formulario cuya responsabilidad es sobre todo cubrir la responsabilidad médico-legal.*

*Utilizado de esa forma en la sociedad norteamericana, presenta para sus médicos dos grandes peligros. El paciente puede pensar que su médico desconoce su posible evolución, y juega con su vida a la ruleta rusa; o paradójicamente esa larga lista de probabilidades numéricas puede ser utilizada como una fórmula ritual que disipe la incertidumbre y hacer pensar mágicamente al paciente que el médico por el hecho de nombrarlas, conoce y maneja todas las posibilidades.*

- *A estos resultados se llega cuando se trata rápida y superficialmente el turbador problema de la incertidumbre médica con nuestros pacientes.*

*Cuando alguien enferma, presenta actitudes reactivas, produciéndose una regresión hacia la niñez, que le hace invocar el pensamiento mágico como defensa a su situación de desamparo; entonces ante esa situación de impotencia transfiere su omnipotencia irracional al médico, pensando: "Bueno, yo no estoy bien, pero él con su ciencia me hará como nuevo". De esa forma establece una alianza irracional o narcisista de hijo a padre y no de adulto a adulto con su médico.*

*Ahora bien, nuestra cultura, la medicina, y aún en muchas oportunidades, los médicos*

# Su paciente aguanta bien

"Ya no se siente raro o mareado"

"Ya no está confuso"

"Esa sensación de hormigueo ya no lo molesta"

"Los dolores de pecho dejaron de ser un problema"

"Ya no se siente agitado"

"Y respirar ya no le resulta doloroso"

"La ansiedad no lo mantiene más despierto por las noches"

"Sus piernas ya no duelen ni se hinchan"

"Las manos y los pies fríos son cosas del pasado"

"En resumen, no ha habido recurrencia de episodios tromboembólicos"

## Información sobre el producto

Composición:  
1 cápsula contiene: Persantin®, 75 mg; Acido acetilsalicílico, 330 mg.

Presentación:  
Asasantin®, cápsulas: envases con 20 y 50 cápsulas.



Presentación:  
Envases con 20 y 50 cápsulas (5213.061 y 5479.393, vigentes al 30.11.1982).

Representantes y Distribuidores  
en la República Argentina:  
C.H. Boehringer Sotus S.A.  
Chile 80 - Tel. 33.7041/49  
1098 Buenos Aires

**Asasantin®**  
¿Sabe por qué  
¿Quiere saber usted también?

*estimulan la fantasía de concebir al médico, consciente o inconscientemente, como el representante de una ciencia que le permite un conocimiento de certeza absoluta. Esto hace pensar al paciente que los resultados indeseados se deben al error humano y no al de la ciencia médica; por lo tanto elegir al médico más encumbrado en el escalón jerárquico le da garantía de ciencia. Esto crea que el culto a los jefes permita una clientela abundante y de mayor poder de compra del servicio, que son independientes de las cualidades personales del que ejerce el cargo.*

*El paciente que se relaciona de esta manera y el médico que la favorece o no desmistifica, están facilitando una alianza narcisista dependiente con el paciente, que hace a éste sordo a cualquier desautorización de la certeza omnipotente de su médico, pero al mismo tiempo cualquier desilusión en el curso de su enfermedad lo puede hacer caer en una desconfianza paranoide de la ciencia, sintiéndose desvalido no sólo ante la enfermedad, sino también, ahora, ante la todopoderosa ciencia médica; esta sensación puede llevarlo a un estado de mayor regresión o rehusar la posibilidad y responsabilidad de cuidarse.*

- *Por eso M, siempre me pareció que el médico no debe estar un escalón por encima del paciente, las relaciones creativas son relaciones entre iguales, y una cualidad del médico es ser accesible.*

*Además debe "simpatizar" con el paciente; comprendiendo que la reacción humana ante las dificultades y molestias es desear la certeza de una evolución satisfactoria. Se debe facilitar el pase de la idealización a la identificación del problema, y ante un nuevo tratamiento se puede advertir "Aunque yo desearía que el nuevo remedio tuviera sólo el efecto que pensamos, como usted sabe todas las drogas tienen algunos otros efectos que llamamos colaterales, y no tengo garantías que pueda sentir alguno de ellos. De cualquier manera, estamos atentos para intentar controlarlos si llegara a suceder".*

*Es obligación nuestra, que el paciente no sea una blanda arcilla pasiva en las experimentadas manos del médico, sino un observador alerta y un participante activo en el decurso de su enfermedad; debemos conseguir esta "alianza racional" con prudencia, tacto, perseverancia, paso a paso, asegurándole implícitamente la continuación de la relación, aun en situaciones trágicas; una relación que le permita ser comprendido y a su vez comprender a su médico, compartiendo ambos, honestamente, la carga de incertidumbre que existe en la práctica médico clínica.*

- *Me parece R, que al considerar que la medicina individual no es una ciencia, además de los dos hechos anteriormente discutidos, que podríamos definir como el grado de incertidumbre frente a un paciente determinado y la particular relación interpersonal entre el paciente y el médico no necesariamente racional, existe otra consideración ¿es posible para la medicina asistencial delimitar su objeto?*
- *¿Que querés decir M? Yo diría que el objeto de la actividad médica es la enfermedad, una manera de agrupar taxonómicamente los síntomas y signos.*

- No exactamente; el punto de partida de la medicina es, de hecho, el resultado de una "interpretación" implícita.

Consiste en reducir un hecho subjetivo, como una sensación vaga de ausencia de bienestar o la presencia de un malestar que nos inquieta como para consultar con un médico, a un elemento objetivo llamado síntomas y signos que cuando el médico le pone nombre lo llama enfermedad.

El elemento objetivo de la medicina surge, por lo tanto, de la interpretación de las sensaciones subjetivas individuales, por lo cual la posibilidad de delimitar su objeto, por el momento, no parece teóricamente posible.

Hay una frase ingeniosa que dice: "Debemos usar la palabra dolencia para lo que el paciente siente cuando va donde el médico, y enfermedad la que tiene cuando vuelve a su casa".

Es decir, los pacientes sufren subjetivamente mal-estar o dolencias, los médicos las traducen objetivamente en enfermedades que diagnostican y tratan.

- Esta dualidad es real, ya que existen dos palabras distintas, para indicar estas dos situaciones, en distintos idiomas.

En inglés "illness" se deriva de "ill" y ésta de "evil" que significa mal, dañino, nocivo, perjudicial; es una notación valorativa que indica la imposibilidad de enfrentar los requerimientos usuales de la vida sin dolor o molestias.

En francés tiene su correlato en la palabra "maladie".

La palabra "disease" se usa para indicar un estado anormal del cuerpo o de sus partes, sobre la base de desviaciones o malfunciones anatómicas fisiológicas del cuerpo y también psicológicas; de ello se deduce que tiene que ser reconocida mediante la observación de los médicos. Se correlaciona con el castellano "enfermedad" y el francés "infirmité".

Las revistas médicas tratan de enfermedades, por eso dicen por ejemplo "artery coronary disease" y no "artery coronary illness"; o sea enfermedad -diagnosticada por el médico- de las arterias coronarias, y no malestar -subjetivo de cada paciente- de las arterias coronarias.

Aunque esa es la forma en que utilizamos la palabra "disease", en realidad el significado está compuesto por dis-ease; "ease" indica tranquilidad, descanso, naturalidad, facilidad, reposo y estos calificativos coinciden con el sentimiento de salud. Cuando este estado desaparece (dis), se presenta la dis-ease, la enfermedad.

- Yo agregaría algo más; cualquier persona puede tener "molestias" o sea "sentirse mal", pero estar "enfermo" es un concepto "social", es indispensable la sanción de la sociedad -en la muestra por medio del médico- para autorizar al hombre a considerarse enfermo.

Por eso existen personas con "dolencias", "maladies", o "illness", que la sociedad no acepta como "enfermos", "infirmité", o "disease"; y en ocasiones no tienen dolencia alguna, pero la sociedad a través de sus funcionarios autorizados -médico de cabecera, médico laboral, etc.- lo declara oficialmente enfermo.

- Claro M, esto explica la disociación que ocurre cuando ante reacciones serológicas po-

sitivas para Chagas sin ningún síntoma y sin ningún signo clínico o electrocardiográfico de enfermedad, se impide el ingreso al trabajo a personas sin ninguna molestia y que pueden no llegar a ser nunca enfermos reales.

En forma simétrica, la alienación de nuestra sociedad industrial produce intensos "malestares" en sus miembros, manifestado por angustias y depresiones, que no son reconocidos como enfermedades por los funcionarios autorizados. No puede reconocerse como enfermedad, aquellas dolencias que sólo podrían mejorar con el cambio de la estructura de la sociedad que la produce.

- Mirá R; tengo aquí el opúsculo "como veo el mundo" de Albert Einstein; me hubiera gustado que las primeras palabras las hubiera escrito para los médicos, dice así, escuchá:" ¡qué admirable y digna de atención es nuestra situación, la de los hijos de esta Tierra! Cada uno de nosotros sólo se halla aquí para cumplir una breve visita. No sabemos con qué fin, aunque a veces creemos sentirlo. Desde el punto de vista de la vida cotidiana, y sin reflexionar con más profundidad, sabemos lo siguiente: estamos en la Tierra para los demás, y en primer lugar, para aquellos de cuya sonrisa y bienestar depende plenamente nuestra propia dicha. También existimos para los innumerables desconocidos con cuyos destinos nos ligan y encadenan lazos de simpatía.

Todos los días pienso muchísimas veces que mi vida -exterior e interior- descansa sobre el trabajo de los hombres del presente y de los que ya no se encuentran entre los vivos, y que debo realizar un esfuerzo para retribuir en igual medida todo lo que he recibido y lo que sigo recibiendo.

Experimento la necesidad de ser frugal, pero a menudo tengo la sensación -diríase apremiante- de que exijo de mi prójimo más de lo necesario. Considero injustificadas las diferencias sociales y que, en realidad, están basadas en la violencia. Creo también que sería conveniente para todos, y tanto para el cuerpo como para el espíritu, una vida exterior sencilla y sin mayores pretensiones".

- Son palabras de una transparente belleza, por desgracia todavía no la merecemos.



# FORMA, FUNCION Y DIAGNOSTICO

Dr. Gustavo Sevlever (\*)

En 1856, Rudolf Virchow publica su "Cellular Pathologie", sintetizando sus estudios sobre tejidos normales y patológicos. Esta publicación fue fundamental para la medicina del siglo XIX porque revolucionó los conceptos biológicos tradicionales en dos sentidos: centrandose en la célula el fenómeno patológico y desarrollando una serie de técnicas y métodos de estudio a nivel microscópico. Fue así que fundó la histopatología como ciencia y como método (existía el antecedente del 1er. Curso de Histología organizado en la Universidad de Edimburgo en 1842). Desde entonces el desarrollo de la histopatología se basó en la acumulación de datos morfológicos, criterio que llegó al máximo refinamiento con la incorporación del microscopio electrónico de la década del 50.

Sin embargo, los límites funcionales de la morfología son evidentes y existen innumerables problemas diagnósticos insolubles con este tipo de análisis que requieren otro tipo de enfoque metodológico.

El propósito de este trabajo es efectuar una breve revisión de dos técnicas alternativas, utilizadas cada vez con mayor frecuencia en la patología diagnóstica: la inmunomarcación y la histoquímica, en especial su desarrollo y sus posibilidades.

La histoquímica se considera tan antigua como la histología misma, si bien su origen era más botánico que animal (1830) y ocasionalmente precedió a la bioquímica, como en el estudio de los pigmentos celulares que anticipó los conocimientos sobre metabolismo férrico y biliar.

El desarrollo posterior incluyó las técnicas metálicas para el sistema nervioso, co-

loraciones especiales para diferentes tejidos, mielina, fibrina, conectivo, amiloide, microorganismos, etc. La moderna histoquímica enzimática comienza en 1939 con la visualización de la actividad de la enzima fosfatasa a nivel tisular. La aparición de estas técnicas incorpora la dimensión ultraestructural de las lesiones tisulares con un método rápido y simple, ya que las distintas actividades enzimáticas están relacionadas topográficamente con diferentes organelas<sup>1-2</sup>. Gran cantidad de métodos han sido descriptos para distintas enzimas. Uno de los campos donde más exitosamente ha sido aplicado es el de la patología muscular<sup>3</sup>. Se describirá brevemente su aplicación como modelo de utilización diagnóstica de la histoquímica. La marcación enzimática permitió reconocer diferentes poblaciones celulares en el músculo normal maduro, morfológicamente iguales y metabólicamente distintas. Las denominadas fibras tipo I poseen un metabolismo aeróbico y un aparato enzimático constituido por enzimas oxidativas (succínico dehidrogenasa y reductasa). El metabolismo de las fibras tipo II es inverso y complementario (anaeróbico) y reacciona con la enzima ATP asa. Estas características metabólicas e histoquímicas están condicionadas por la inervación. Es así que cada grupo de células inervadas por una misma neurona posee metabolismo tipo I ó II, mostrando un aspecto de "tablero de ajedrez" al corte transversal (*Foto 1*). Esta relación puede desaparecer o alterarse en distintas patologías, dando imágenes bastante características de lesiones miopáticas primitivas o denervatorias<sup>4</sup>.

La interfase en el músculo maduro está representada por un aparato especializado,

\* Ex-médico residente del Servicio de Anatomía Patológica.

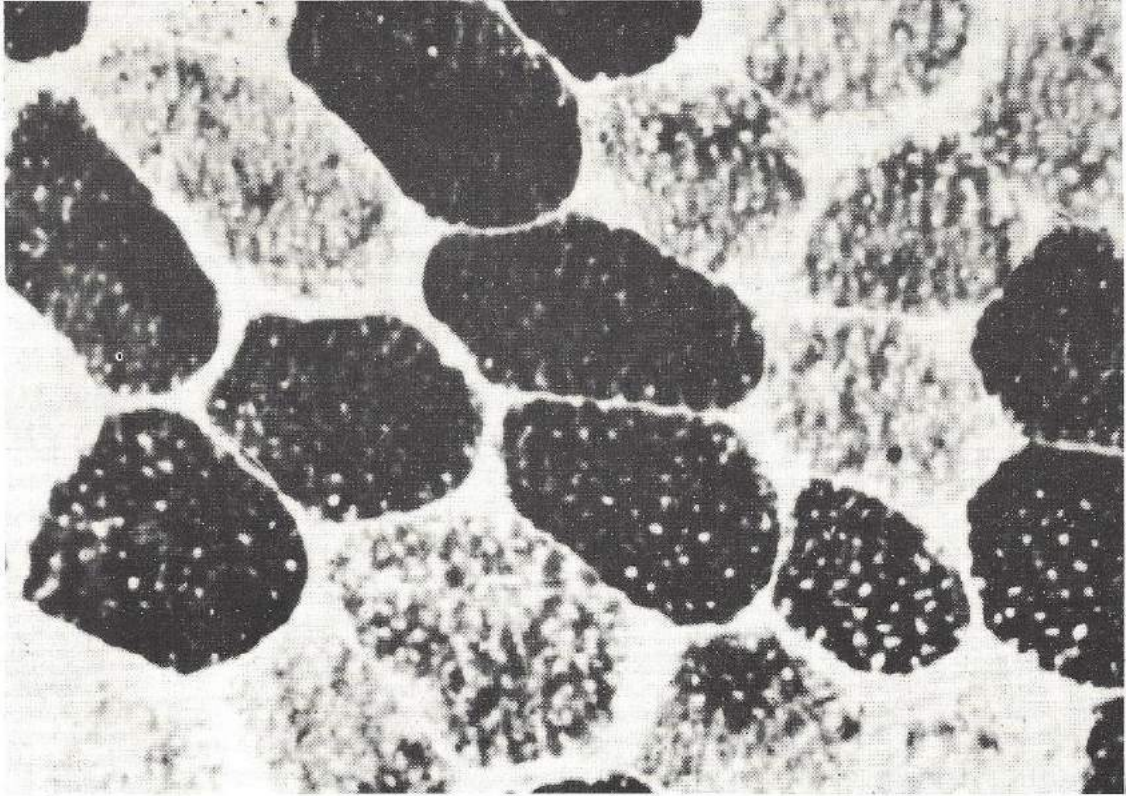


Foto N° 1

la placa motora.

En algunos estadios denervatorios, el músculo reanuda su actividad fetal y se observa tinción positiva para la enzima colinesterasa en toda la membrana citoplasmática (causa probable de las fasciculaciones como respuesta a la acetilcolina circulante). Existen numerosos ejemplos patológicos, aparte del descrito, referidos a las múltiples posibilidades diagnósticas de la histoquímica y la información que brinda<sup>5-6</sup> A fines del siglo XIX, Erlich elaboró el concepto de la "bala mágica" terapéutica, que atacara específicamente a los gérmenes patógenos sin dañar las células del paciente.

Por analogía, los métodos diagnósticos buscan la "bala mágica" diagnóstica, que marque las células buscadas y las diferencie de otras. Las técnicas tradicionales identifican productos o componentes celulares por sus características bioquímicas, que pueden ser compartidas por células histogenéticamente diferentes en distintos momentos evolutivos, o metabólicos. El elemento diferencial es, sin duda, el que usa el sistema inmune: el perfil antigénico.

La inmunomarcación se sustenta en el formidable desarrollo experimentado por la inmunología, vinculado a uno de los aspectos claves de la respuesta inmune: la



capacidad de reconocer específicamente en número indefinido de sustancias extrañas originalmente al sistema. Es este concepto (el de especificidad), el que introduce en una dimensión inédita a la histopatología.

El primer intento fue llevado a cabo por Coombs y colaboradores en 1941 al marcar anticuerpos con isothiocianato de fluoresceína (FITC) y hacer visible la unión antígeno-anticuerpo a nivel tisular<sup>7</sup>. Desde entonces, la inmunofluorescencia es utilizada ampliamente en los laboratorios de patología del mundo y constituye un método reglado y confiable, aplicado básicamente a la patología glomerular y cutánea. Sin embargo, este sistema tiene algunos inconvenientes 1) Requiere material fresco 2) Microscopio especializado 3) Las preparaciones no son permanentes 4) La morfología es de pobre calidad 5) Algunos tejidos presentan fenómenos de autofluorescencia, lo que ocasionalmente puede interferir el diagnóstico. A partir de la inmunofluorescencia se incrementó la demanda de marcaciones alternativas de anticuerpos, fundamentalmente con enzimas. Es importante destacar la colaboración de Avrameas, Nakane y Stemberger en este terreno al conseguir marcar anticuerpos con la enzima peroxidasa del rábano; en lugar de FITC<sup>8-9-10</sup>. Luego de algunas modificaciones, el método más usado es la técnica denominada PAP (peroxidasa-anti-peroxidasa).

La reacción positiva adopta un color pardo granular visible al microscopio óptico y al electrónico. Si bien la técnica se utilizó al principio en tejido fresco, también se aplica al tejido procesado rutinariamente (fijado en formol y embebido en parafina). Es esta la mayor ventaja del sistema, ya

que permite trabajos de carácter retrospectivo sobre el material archivado (se han descrito casos de tinción positiva con 20 años de antigüedad). Además la morfología es aquella a la que está habituado el patólogo, y el preparado se puede teñir con un colorante de contraste nuclear o citoplasmático de acuerdo al antígeno buscado. La puesta a punto de las técnicas inmunocitoquímicas añadió una nueva dimensión a la histopatología.

Existen numerosos problemas diagnósticos cotidianos en los cuales la inmunomarcación es útil. El caso tipo es la investigación histogenética de neoplasias que morfológicamente son "indiferenciadas" (ya sea primitivas o metastásicas)<sup>11-12-13-14-15</sup>

Las opciones son muchas: 1) La marcación de inmunoglobulinas usualmente monoclonales en este tipo de tumores, es una sugestiva evidencia de un linfoma maligno de tipo B y descarta el origen epitelial o mesenquimatoso. 2) Los tumores de origen prostático y sus metástasis (así como el tejido prostático normal) presentan dos marcadores propios: el antígeno específico prostático y la fosfatasa ácida prostática<sup>16</sup>. 3) Los tumores de origen epitelial (por ejemplo adenocarcinoma de colon) pueden contener: antígeno-carcinoembrionario, y dependiendo del tipo celular el conjunto de proteínas queratínicas (ausente en las neoplasias linfoides y sarcomas). 4) Los tumores de músculo esquelético (rabdomyosarcoma) presentan mioglobina intracelular. 5) Es quizá en los tumores endocrinos donde la información ha sido más valiosa, siendo posible identificar hormonas pancreáticas, del tracto gastrointestinal, hipofisarias, placentarias, ovárica y testicular y sus sitios de producción

ectópica neoplásica (Foto 2). 6) La proteína ácido-glio-fibrilar es un componente estructural de las células gliales tanto neoplásicas como normales e identifica el origen glial de procesos tumorales no diagnosticable morfológicamente por su marcada anaplasia. 7) Existen además gran cantidad de anticuerpos disponibles comercialmente para la marcación de antígenos virales y parasitarios.

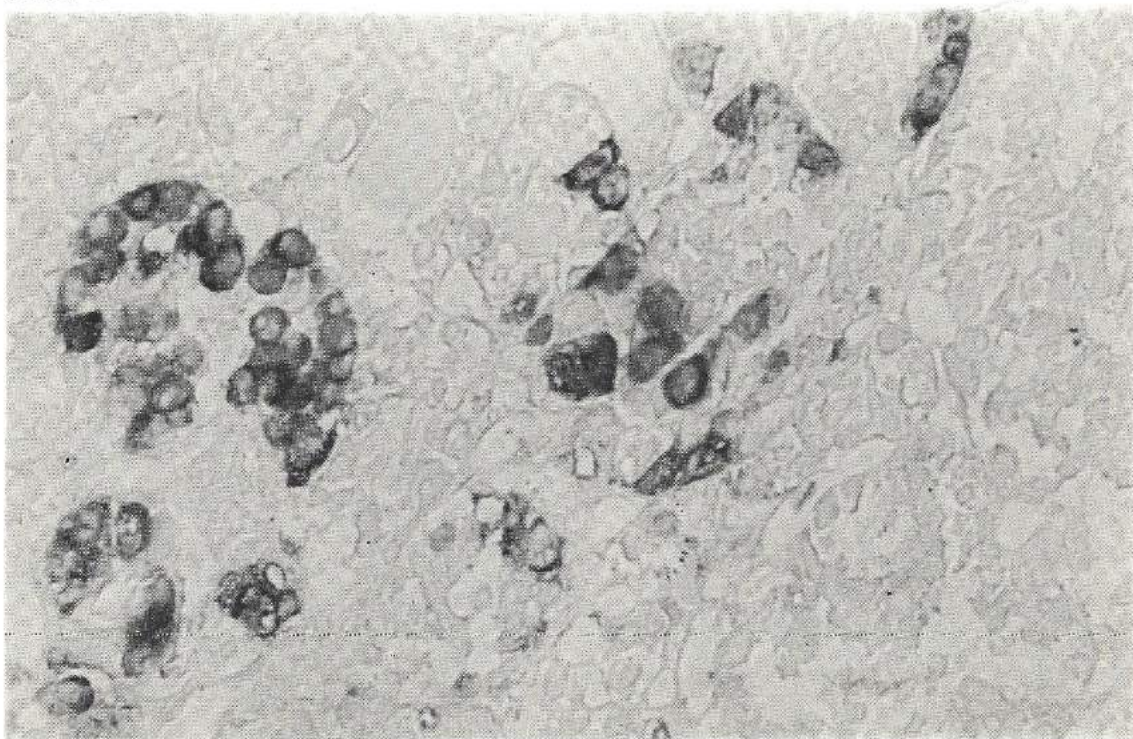
Por lo expuesto anteriormente, se deduce que la inmunomarcación significa desde el punto de vista teórico un avance complementario sobre las técnicas morfológicas, resuelve problemas diagnósticos hasta ahora críticos. Sin embargo, como todos los métodos nuevos, solucionan algunos problemas y crean otros. Debe incorporarse la información brindada con prudencia a todos los datos morfológicos tradicionales, y

el diagnóstico basarse en la síntesis.

Existe un factor que debe tenerse en cuenta. La desdiferenciación neoplásica morfológica es también una desdiferenciación antigénica? ¿Son estos procesos sincrónicos? Es necesario investigar qué antígenos pierde un tumor indiferenciado, cuáles mantiene, cuáles adquiere (muestra de esto son los antígenos onco-fetales carcinoembrionario y alfa feto proteínas), e insertar este conocimiento en una historia natural de la enfermedad.

¿Cuál es el futuro desarrollo de éstas técnicas? Existen en la actualidad tres líneas básicas de investigación al respecto. La primera es la marcación de cada vez más anticuerpos contra diferentes antígenos estructurales y funcionales (proteínas S 100 etc. enolasa neuroespecífica, filamentos intermedios).

Foto N° 2





La segunda es la combinación de la inmunomarcación con la microscopía electrónica. La mayor limitación de este sistema es el grado de penetración desigual del complejo peroxidasa-antiperoxidasa en los cortes ultradelgados y la pérdida de antigenicidad por el procesamiento tisular. Sin embargo es posible verificar la ubicación intracelular del antígeno, ya que el precipitado de diaminobenzidina es electrón-denso, visible al microscopio electrónico. Esta técnica cobra cada vez mayor difusión sobre todo a nivel investigativo<sup>12</sup>

La tercera posibilidad es la utilización de los cada vez más extendidos anticuerpos monoclonales<sup>17-18</sup>. En realidad esto no es más que una profundización del concepto original de la inmunomarcación, ya que se incrementa la especificidad del sistema al obtener gran cantidad de anticuerpos de estructura monoclonal (técnica del hibridoma), evitando así otras especificidades del antisuero distintas a la buscada. *En síntesis*: la inmunomarcación ha abierto perspectivas diferentes a la histopatología y es posible imaginar la utilización de estas técnicas de forma rutinaria para el diagnóstico e investigación, una vez normalizados los sueros y las diluciones en forma universal<sup>19-20-21</sup>. Una posibilidad futura es la reevaluación y redefinición de los criterios morfológicos tradicionales con referencia a un sistema independiente de identificación celular basado en la estructura antigénica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Fishman WH: Perspectives on alkaline phosphatase isoenzymes - Am. J. Med. 1974; 56: 617 - 650.
2. Sobel, Harold J.: Enzyme cytochemis-

try for the pathologist.

A simple method the ultrastructural study of tissue alterations with the light microscope.

3. Dubowitz V, Brooke MH and Neville H. E.: Muscle biopsy: A modern Approach London: WB Saunders Company Ltd 1973.

4. Climie A.R.W.: Muscle biopsy: technic and interpretation Am. J. Clin. Pathol. 60: 753 - 770.

5. Armbrustmacher VW: Skeletal muscle in denervation Pathol. Annu. 13 (part 2) 1. 1978.

6. Armbrustmacher VW: Pathology of the muscular dystrophies and the congenital nonprogressive myopathies. Pathol Annu 302 - 332.1982.

7. Cooms, AH; Creech, HJ; Jones RN and Berliner E: The demonstration of pneumococcal antigen in tissues by the use of fluorescent-antibody J. Immunol 45: 159, 1942.

8. Sternberger LA: Immunocytochemistry. New York, John Wiley & Sons Inc, 1979, pp 104-169.

9. Nakane PK; Kawaoi A: Peroxidase-Labeled antibody: A new method of conjugation. J. Histochem Cytochem 1974; 22: 1084 - 1091.

10. Farra AG, Nakane PK: Immunohistochemistry with enzyme labeled antibodies: A brief review. J Immunol Methods 1981; 47: 129 - 144.

11. Mukai K, Rosai J: Applications of immunoperoxidase techniques in surgical pathology, in Fenoglio CM, Wolff (eds): Progress in surgical pathology, New York, Masson Publications USA Inc, 1980, vol 1 pp 15 - 49.

12. Hedma K: Intracellular localization of fibronectin using immunoperoxidase cytochemistry in light and electron microsc-

py. J. Histochem. Cytochem. 1980; 28: 1233 - 1241.

13. Taylor CR, Kledzik G: Immunohistologic techniques in surgical anthology: A spectrum of "new" special stains. Hum. Pathol. 1981; 12: 590 - 596.

14. Pinkus, GS: Diagnostic immunocytochemistry of paraffin-embedded tissues. Hum. Pathol. 13. 411 - 415 May 1982.

15. Sieinski, Witold; Dorsett Brent; Joachin; Harvy L: Identification of prekeratin by immunofluorescence staining in the differential diagnosis of tumors. Hum. Path. 12: 452 - 457, May 1981.

16. Naritoku WY, Taylor CR: A comparative study of the use of monoclonal antibodies using three different immunohistochemical methods. An evaluation of monoclonal and polyclonal antibodies against human acid phosphatase. J Histochem Cy-

tochem 1982; 30: 253 - 260.

17. Milstein Cesar: Monoclonal antibodies Cancer 1953 - 1957. Mayo 15, 1982.

18. Kohler G; Milstein C; Derivation of specific antibody-producing tissue culture and tumor lines by cell-fusion. Eur. J. Immunol. 1976, 6: 511 - 519.

19. Taylor CR: Immunoperoxidase techniques: Practical and theoretical aspects. Arch Pathol Lab. Med. 1978; 102: 113 - 121.

20. Warnke R, Levy R: Detection of T and B cell antigens with hybridoma monoclonal antibodies: A biotin-avidin-horseradish peroxidase method. J. Histochem. Cytochem. 1980; 28: 771-776.

21. Dubois-Dalcq M, Mc Farlin D: Protein A-peroxidase: A valuable tool for the localization of antigens - J. Histochem Cytochem 1977; 25: 1201-1206.

**BIOTAER**  
CON DEXAMETASONA

de elección obligada  
en aerosolterapia



# EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL ITALIANO INFORMA

## Lista de Cursos 1984

- *Diagnóstico y clasificación clínica y por laboratorio de las leucosis agudas y crónicas*  
Laboratorio Central  
Noviembre  
Coordinadores: Dres. Arroyo y E. Nucifora
- *Curso anual de rehabilitación*  
Servicio de Rehabilitación  
Desde mayo a noviembre
- *Psicología del lactante*  
Servicio de Salud Mental Pediátrica  
Desde agosto a diciembre
- *Artroplastia total de la cadera. Estado actual*  
Servicio de Ortopedia y Traumatología  
Del 24 al 28 de octubre
- *Estado ácido base y oxígeno. Fundamentos. Laboratorio clínico*  
Laboratorio Central  
Octubre  
Coordinadora: Dra. Da Graca
- *Diagnóstico inmunoserológico de infecciones bacterianas, micóticas y virales*  
Laboratorio Central  
Octubre  
Coordinadora: Dra. A. Ascione
- *Temas de endocrinología ginecológica*  
Servicio de Ginecología  
Del 13 al 15 de noviembre  
Coordinadoras: Dres. Gogorno y de la Parra



- *Curso teórico-práctico de monitoreo fetal para obstetras*  
Del 5 al 10 de noviembre  
Coordinador: Dr. O. Altabe
  
- *Psicosis infantil*  
Servicio de Salud Mental Pediátrica  
Del 20 al 22 de setiembre  
Coordinador: Dr. Fabregues
  
- *Proteínas*  
Laboratorio Central  
Del 24 al 28 de setiembre  
Coordinador: Dr. J. Oyhamburu



# MERALYCIN<sup>♦</sup>

## SU FUNCION ES IMPEDIR LA ATEROGENESIS

♦ TIADENOL  
DISPROVENT

*Disprovent*  
ESPECIALIDADES MEDICINALES

- *Estado ácido base y oxígeno. Fundamentos. Laboratorio clínico*  
Laboratorio Central  
Octubre a noviembre  
Coordinador: Dra. Da Graca
- *Diagnóstico inmunoserológico de infecciones bacterianas, micóticas y virales*  
Laboratorio Central  
Del 1º al 5 de octubre  
Coordinadora: Dra. A. Ascione
- *Curso teórico-práctico. Terapia cognitiva computada: experiencia en un hospital general*  
Noviembre  
Coordinadores: Lic. Deborah A. Powell y Lic. Eduardo Romano

**nuevo antiasmático**

**de efecto broncodilatador veloz y sostenido**



# ISTADIL

**Reproterol Clorhidrato**

**ISTADIL** amplía la luz bronquial veloz y sostenidamente, sin modificar el ritmo, frecuencia cardíaca, presión arterial y E.C.G.

**ISTADIL** no se acumula en el organismo, permitiendo la administración prolongada en los casos crónicos, con fines profilácticos, sin riesgos de sobreactividad.

**Comprimidos**

**Aerosol**

**Inyectable EV**

*Disprovent*  
ESPECIALIDADES MEDICINALES

PROMOCION Y VENTAS: Canalejas 1080 - Tel.: 431-0343 - BUENOS AIRES.

# NADEM FORTE



**Antiinflamatorio  
y restaurador  
del tono venoso**



**Un avance decisivo  
en analgesia**

# Temgesic<sup>®</sup>

**Inyectable** (Buprenorfina)

- 
- T Mayor potencia analgésica** que los derivados morfínicos.  
(Es 30 a 50 veces más potente que la morfina).
  - T Mayor actividad analgésica** que los derivados morfínicos.  
(Actúa durante 6 a 8 horas).
  - T Mayor margen de seguridad** que los derivados morfínicos.  
(Virtualmente nunca causa efectos extrapiramidales, distorsión de la sensación o percepción o estreñimiento).

# Temgesic<sup>®</sup>

(Buprenorfina)

**“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”**