



*Esta nueva sección nos invita
a recorrer nombres y
personalidades
de la medicina que solemos
pasar por alto en nuestro
andar cotidiano*

médicos en las
calles de BA | Pág. 14

Cecilia Grierson

Por la Prof. Dra. María del Carmen Binda Jefa Div. Radiodiagnóstico Htal. J.M. Ramos Mejía
y el Dr. Alfredo E. Buzzi Dir. Médico Diagnóstico Médico

enfermos
famosos | Pág. 16

Vincent Van Gogh

Dr. Juan Cruz
de Pablo Pardo
Staff Diagnóstico Médico
Dr. Alfredo E. Buzzi
Dir. Médico
Diagnóstico Médico



galería de premios nobel | Pág. 20

Premio Nobel de Medicina 2010

Por la Dra. María Victoria Suárez
Servicio Ecografía y Diagnóstico Mamario - DM

yo recomiendo | Pág. 38

Eslovenia, una perla en Europa

Por el Dr. Adrián Gaser - Residente DM

médicos
artistas | Pág. 40



Entrevista a la Dra. Cynthia Mut

Conocemos otra pasión de los médicos

Por el Dr. Sergio Gianni Médico Ginecólogo
Instituto de Oncología Ángel H. Roffo

sumario



Revista DMMD
Año 4 - Nro. 13 - Diciembre de 2010

Revista DMMD
Números anteriores del año 2010



Nro. 12
Septiembre de 2010



Nro. 11
Junio de 2010



Nro. 10
Marzo de 2010

editorial | Pág. 4

Si...

Rudyard Kipling, con su poema "Si..." pudo describir muy bien las actitudes y las reacciones que nos ayudan a superarnos. Esta obra constituye un punto de partida para la reflexión sobre los ciclos que cumple la vida y los deseos que se expresan para el futuro.

Por el Dr. Alfredo E. Buzzi

literatura & medicina | Pág. 28

Filoctetes: cuando el dolor quiebra el cuerpo, la palabra y la sociedad

Guerrero, heredero del arco y las flechas de Hercules. Sufrió una picadura de serpiente en un pie, en Crisa, lugar donde se había detenido la expedición de los griegos que iban a Troya.

Por la Lic. Isabel del Valle

ciencia médica | Pág. 6

PET/TC Diagnóstico Médico + Hospital Alemán

Generalidades e indicaciones de la Tomografía por Emisión de Positrones fusionada con Tomografía Computada (PET-TC).

Por la Dra. Silvana De Luca

médicos en las calles de BA | Pág. 30

Calle: "Cecilia Grierson"

Cecilia Grierson es la referente de un grupo de mujeres, que desafiando barreras de indiferencia y rechazo lograron imponer enormes cambios en los derechos femeninos en la sociedad del siglo XIX.

Por la Prof. Dra. María del Carmen Binda y el Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi

ciencia médica | Pág. 11

Microcarcinoma tiroideo. Experiencia retrospectiva de los últimos 20 años

(Período 2003-2007).

Por el Dr. Eduardo N. Faure

arte & medicina | Pág. 34

"Sentencia de muerte" de John Collier

Esta nueva sección trata de descubrir las interpretaciones que han hecho los artistas de la enfermedad, los médicos, los enfermos, y la relación entre ellos.

Por la Dra. María Victoria Suárez

médicos que fueron otra cosa | Pág. 13

Chejov: entre la medicina y la literatura

En el extremo noreste del mar de Azov un golfo a modo de dedo índice señala hacia el noreste. En el extremo norte del golfo hay un puerto, Taganrog. Allí, en 1860, nació Anton Pavlovich Chejov, futuro médico y célebre escritor.

Por el Dr. Juan Enrique Perea

vidriera fotográfica | Pág. 36

Larry Fink: la intuición como motor creador

Alternativas de un encuentro con este genial fotógrafo. Sus reflexiones sobre su original concepción de este arte.

Por el Dr. Martín Valdéz



DMMD es una publicación de la Fundación Diagnóstico Médico, Institución afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Prohibida su reproducción total o parcial sin consentimiento de los titulares.

Fundación Diagnóstico Médico
Junín 1030 C1113.
Buenos Aires, Argentina.

Tel.: 4821-6900/9800 4827-6300
www.diagnosticomedico.com
revista@diagnosticomedico.com
publicidad@diagnosticomedico.com

Suscribase gratis a nuestra newsletter:
revista@diagnosticomedico.com

enfermos
famosos | Pág. 16

Vincent Van Gogh

Vincent Van Gogh no fue el primogénito, ya que cuando nació, sus padres aún lloraban la muerte de su primer hijo, quien había fallecido exactamente un año antes. Es más: le pusieron el mismo nombre, Vincent.

Por el Dr. Juan Cruz de Pablo Pardo y el Dr. Alfredo E. Buzzi

mosaicos
proteños | Pág. 19

Una serie de pinceladas acerca de la medicina y de su anecdotario personal, no exentas de humor

Por el Dr. Luis Alposta

galería de
premios nobel | Pág. 20

Premio Nobel de Medicina 2010

Este año, el 4 de octubre, se concedió el Premio Nobel de Medicina y Fisiología al Dr. Richard Edwards por sus investigaciones sobre fertilización in vitro (FIV).

Por la Dra. María Victoria Suárez

epónimos
médicos | Pág. 22

Paul Pierre Broca (1824-1880)

Físico, anatomista, patólogo, neurocirujano y antropólogo francés. Fue una de las grandes figuras en el desarrollo de la medicina y la antropología en el siglo XIX.

Por el Dr. Martín Emiliano Dotta Santana y el Dr. Alfredo E. Buzzi

yo recomiendo | Pág. 38

Eslovenia, una perla en Europa

Eslovenia es un pequeño país en el centro de Europa, que constituye una verdadera atracción.

Por el Dr. Adrián Gaser

médicos
artistas | Pág. 40

Entrevista a la Dra. Cynthia Mut

Un nuevo espacio en DM MD para conocer a estos "médicos artistas", saber sobre su otra pasión, difundir su obra y, quizás, estimular a otros profesionales con inquietudes similares.

Por el Dr. Sergio Gianni

ámbito médico
& empresa | Pág. 42

médicos en
tiempo libre | Pág. 44

Tiempo de correr. Entrevista al Dr. Pastor Bravo

El Subdirector Médico del Sanatorio San José nos contó sobre su pasión por la actividad deportiva.

Por Virginia Prado Quintás

colección de fotos | Pág. 46

Por el Dr. H. César Gotta

Fotografías históricas de su colección privada, con sus comentarios.

staff

Directores

Dr. H. César Gotta
Dr. Eduardo Eyherremendy

Editor Responsable

Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi

Consejo Editorial

Dr. Juan Perea
Dr. Sebastián Ballester
Dra. Paola Pucci
Dra. Claudia Vicente
Dra. Ana Bassi

Coordinación

Paola Isturiz Guedes
Virginia Prado Quintás

Colaboran en este número

Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi
Dra. Silvina De Luca
Dr. Eduardo Faure
Dr. Juan Enrique Perea
Dr. Juan Cruz de Pablo Pardo
Dra. María Victoria Suárez
Dr. Martín Emiliano Dotta Santana
Lic. Isabel del Valle
Prof. Dra. María del Carmen Binda
Dr. Martín Valdéz
Dr. Adrián Gaser
Dr. Sergio Gianni
Virginia Prado Quintás
Dr. H. César Gotta

Diseño

Baluarto Comunicación

editorial

Si

Todo llega y pasa, empieza y termina. Y vuelve a empezar. Pronto un año más va a finalizar. Y otro va a comenzar. Éstos son momentos de análisis y reflexión, de hacer balances, de festejar los logros alcanzados, de lamentar las expectativas no cumplidas. Y de tomar nuevos compromisos. Para empezar otra vez. Así son los ciclos de la vida.



Dr. Alfredo E. Buzzi - Director Médico



**

Lo deseable es que cada uno de estos ciclos sea superador con respecto al anterior, sabiendo que el fracaso también forma parte del proceso.

Hay alguien que pudo describir muy bien las actitudes y las reacciones que nos ayudan a superarnos.

Esta persona es **Rudyard Kipling** (1865-1936), un escritor y poeta británico nacido en la India (era hijo de un militar inglés que en ese momento estaba radicado en ese país), particularmente recordado por sus cuentos infantiles (que yo recuerdo con mucho cariño), como **El libro de la selva** (1894), la novela de espionaje **Kim** (1901), o el relato corto **El hombre que sería rey** (1888), llevada al cine con **Sean Connery**, **Michael Caine**, y **Christopher Plummer** como protagonistas.

En 1895 Kipling escribió una poesía con palabras de mansedumbre y a la vez de fortaleza, llenas de amor y de humanidad.

La poesía se llama "**Si...**" (en inglés "**If...**"), y traducida es más o menos así:

** El autor de este retrato de Kipling, hecho en 1891, fue **John Collier**, de quien se ocupa un artículo en este número, en la sección "Arte y Medicina" (Pág. 34).

*Si puedes mantener la cabeza cuando todos a tu alrededor pierden la suya y te culpan por ello,
si puedes confiar en ti cuando todos dudan de ti,
pero admites también sus dudas;
si puedes esperar sin cansarte en la espera,
o siendo engañado, no pagas con mentiras,
o siendo odiado, no das lugar al odio,
sin creerte por ello ni demasiado bueno ni demasiado sabio.*

*Si puedes soñar -y no hacer de los sueños tu maestro-,
si puedes pensar -y no hacer de las ideas tu objetivo-,
si puedes encontrarte con el Triunfo y el Desastre
y tratar de la misma manera a estos dos farsantes;
si puedes soportar el oír la verdad que has dicho
retorcida por bribones que hacen trampas para tontos.
O mirar las cosas en que tu vida has puesto, rotas,
y agacharte y reconstruirlas con herramientas viejas.*

*Si puedes arrinconar todas tus victorias
y arriesgarlas en un cara o cruz,
y perder, y empezar de nuevo desde el principio
y nunca decir nada de lo que has perdido;
si puedes forzar tu corazón y nervios y tendones
para jugar tu turno mucho tiempo después
de que se hayan gastado,
y así resistir cuando ya no te quede nada
excepto la Voluntad que les dice: "Resistan".*

*Si puedes hablar con multitudes y mantener tu virtud,
o pasear con reyes y no perder el sentido común;
si ni los enemigos ni los amigos pueden herirte,
si todos cuentan contigo, pero ninguno demasiado;
si puedes llenar el minuto implacable
con los sesenta segundos que lo recorren;
tuya es la Tierra y todo lo que en ella habita,
y -lo que es más-, serás Hombre, hijo mío.*

Rudyard Kipling

Por supuesto, la versión en su idioma original es mucho más bella:

*If you can keep your head when all about you
Are losing theirs and blaming it on you,
If you can trust yourself when all men doubt you,
But make allowance for their doubting too;
If you can wait and not be tired by waiting,
Or being lied about, don't deal in lies,
Or being hated, don't give way to hating,
And yet don't look too good, nor talk too wise:*

*If you can dream -and not make dreams your master-;
If you can think -and not make thoughts your aim-;
If you can meet with Triumph and Disaster
And treat those two impostors just the same;
If you can bear to hear the truth you've spoken
Twisted by knaves to make a trap for fools,
Or watch the things you gave your life to, broken,
And stoop and build 'em up with worn-out tools:*

*If you can make one heap of all your winnings
And risk it on one turn of pitch-and-toss,
And lose, and start again at your beginnings
And never breathe a word about your loss;
If you can force your heart and nerve and sinew
To serve your turn long after they are gone,
And so hold on when there is nothing in you
Except the Will which says to them: 'Hold on!'*

*If you can talk with crowds and keep your virtue,
or walk with Kings -nor lose the common touch-,
if neither foes nor loving friends can hurt you,
If all men count with you, but none too much;
If you can fill the unforgiving minute
With sixty seconds' worth of distance run,
Yours is the Earth and everything that's in it,
And -which is more- you'll be a Man, my son!*

Kipling recibió el Premio Nobel de Literatura en 1907. Fue el ganador del premio Nobel de Literatura más joven hasta la fecha, y el primer escritor británico en recibir este galardón.

Esta época del año es también un momento de buenos deseos. **Yo les deseo las palabras de Kipling, y les propongo no pensar en "otro año que pasó" o en "otro año que se fue", sino pensar en que "hemos ganado otro año".**

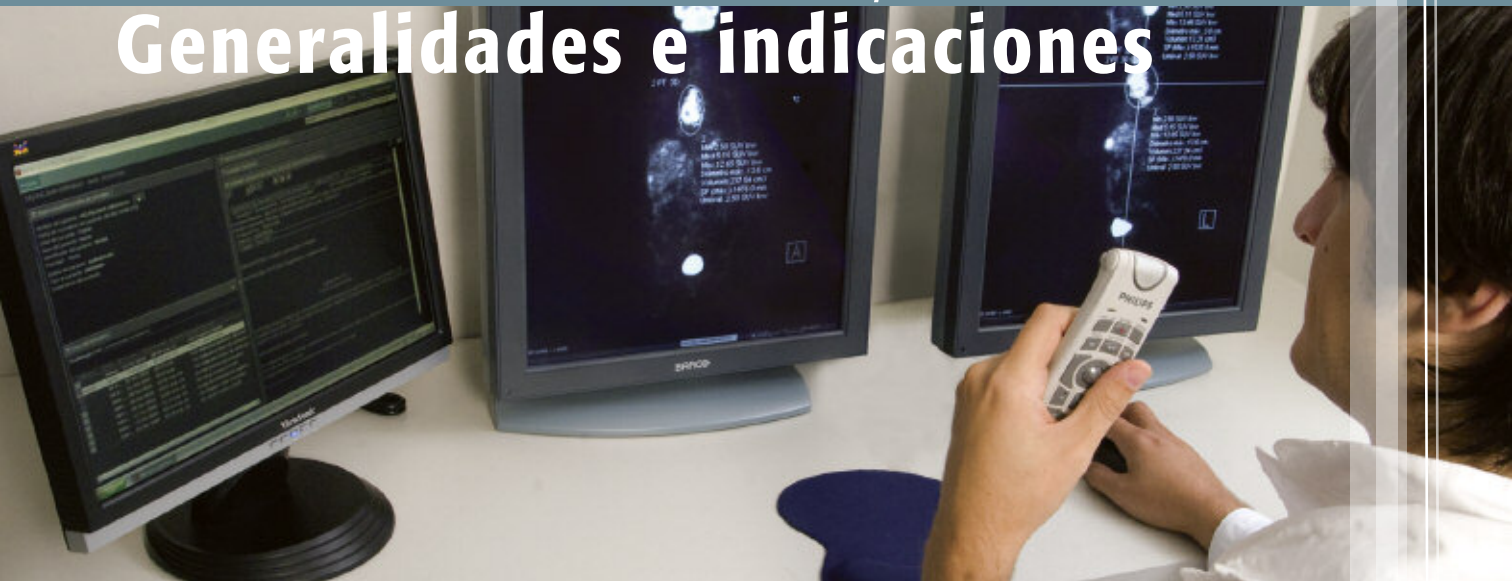
Por el camino recorrido, por los sueños compartidos, por lo hecho y por lo mucho que aún nos resta hacer, quiero hacerles llegar mi afecto personal en este fin de año.

Alfredo E. Buzzi

PET-TC

Diagnóstico Médico +
Hospital Alemán

Generalidades e indicaciones



Dra. Silvana De Luca

Definición:

La Tomografía por Emisión de Positrones fusionada con Tomografía Computada (PET-TC) es un método de diagnóstico no invasivo que utiliza radiotrazadores unidos a átomos radiactivos emisores de positrones y cuyo objetivo es determinar el nivel metabólico de un tejido, órgano o sistema. Los cambios se localizan dentro del marco anatómico de la Tomografía Computada (TC).

Dentro de los más reconocidos usos encontramos:

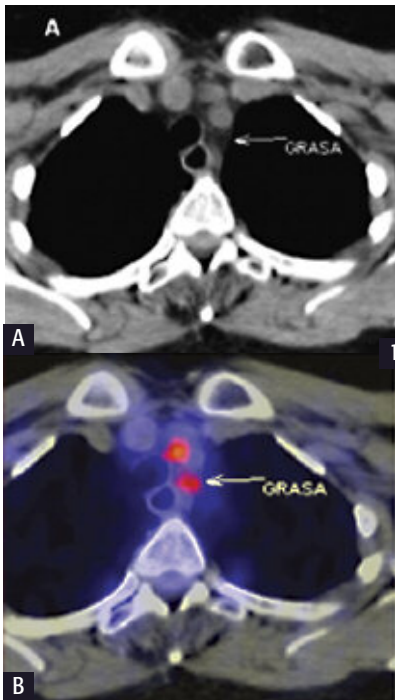
- 88% Oncología
- 6% Neurología
- 4% Cuadros Inflamatorios-Infeciosos
- 1% Cardiología
- 1% Otros

La Fluor Desoxi Glucosa no es un trazador específico de malignidad pero se puede medir mediante el valor estandarizado de captación o SUV.

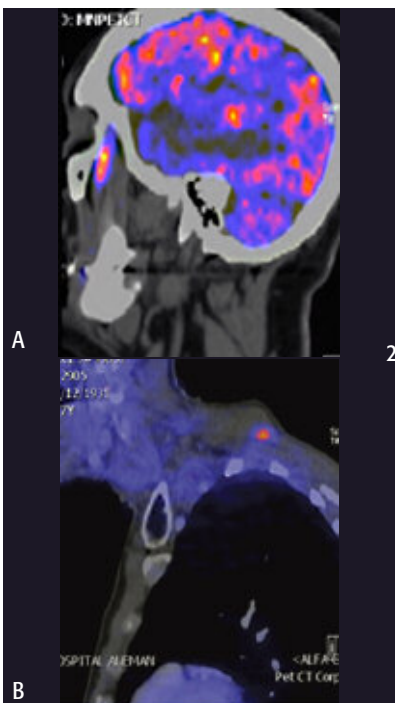
Causas habituales de captación:

Dentro de las causas no oncológicas y/o fisiológicas de hipermetabolismo encontramos:

1. La presencia de grasa parda representa un tejido metabólicamente activo de distribución generalmente simétrica en cuello, huecos supraclaviculares, axilas y espacios paraespinales. Otros sitios mas infrecuentes pueden encontrarse en el espacio retrocrurol o perirrenal. La tomografía computada muestra que son generalmente áreas con densidad grasa o de mayor densidad en sitios donde habitualmente encontramos grasa y esto define el diagnóstico (Fig. 1).
2. La presencia de Stents metálicos, drenajes y material de osteosíntesis, pueden alterar la captación y además generar un proceso inflamatorio adyacente.
3. Puede que encontremos actividad metabólica muscular acentuada, generalmente siguiendo un patrón lineal y difuso. Sólo en casos de áreas focales le asignaremos valor patológico (Fig. 2).



A: Axial TC y B: Axial Fusión PET-TC: sitios focales y asimétricos de grasa parda. El diagnóstico de certeza lo da la coincidencia con sectores habituales de tejido graso.



A y B: Sagitales Fusión PET-TC en diferentes pacientes: acentuación lineal no patológica (A) en un paciente normal y focal patológica (B) que representa un sitio metastásico intramuscular en el contexto de un AdenoCa de colon avanzado.

4. En casos de un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores podemos encontrar acentuación de la actividad laríngea o faríngea siguiendo también un patrón difuso.
5. En casos de parálisis de cuerda vocal lo habitual es que se acentúe la actividad metabólica de la cuerda vocal contralateral sana sobreexigida.
6. En aquellos casos de cambios posquirúrgicos en sitios habitualmente metabólicos (amígdalas faríngeas, corteza encefálica), la asimetría de la actividad será franca (Fig. 3).

Grados de captación:

Hay patologías oncológicas con gran intensidad de captación, dentro de los ejemplos más conocidos se incluyen al melanoma, Linfoma No Hodgking de alto grado, Carcinoma colorectal, Carcinoma pulmonar no pequeñas células, Carcinoma esofágico, Carcinoma escamoso de Cabeza y Cuello y Sarcomas de alto grado.

En un grupo intermedio con moderado grado de captación se incluyen al Carcinoma ductal infiltrante de Mama, Carcinoma pobremente diferenciado de Tiroides, Carcinoma Testicular, Adenocarcinoma ductal de Páncreas, Carcinoma de Ovario recurrente, Linfoma No Hodgking de bajo grado, Carcinoma Bronquiolo-alveolar de Pulmón, Carcinoma de Cuello uterino y Carcinoma de células claras Renal.

Por último en un grupo con bajo grado de captación: Ca lobular de Mama, Ca mucinoso de Colon, Adenocarcinoma de próstata, Carcinoma de Ovario primario y Carcinoma bien diferenciado de Tiroides.

Sensibilidad:

La sensibilidad del método dependerá en gran parte del tamaño tumoral.

Dependiendo del sitio en el que se encuentra el tumor, se estipulan diferentes valores de puntos de corte que definen el límite de resolución del PET para detectar lesiones ávidas.

En el contexto del Nódulo Pulmonar Solitario (NPS) el límite se define en 6 mm, por debajo de ese valor, la negatividad no define necesariamente una lesión pulmonar benigna.

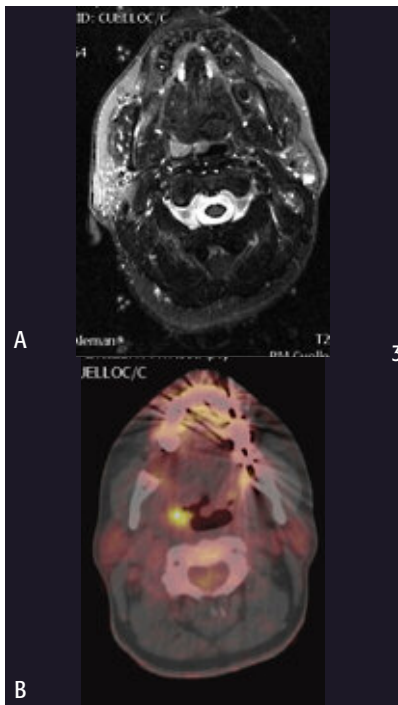
En casos de lesiones secundarias hepáticas el valor es 10 mm y en casos de nódulos de carcinomatosis peritoneal, 5 a 10 mm.

Otras variables son, el tipo histológico (alto - bajo grado como vimos en el punto anterior), presencia de necrosis, nivel de glucemia, movimientos del paciente y localización (como ejemplo una lesión cercana a la normalmente ávida corteza encefálica, es de difícil detección).

Indicaciones:

Abordaremos el desarrollo de las indicaciones del estudio PET-TC, analizando cada uno de los siguientes puntos:

- A. Diagnóstico por lesión neoplásica
- B. Estadificación inicial neoplasia ya diagnosticada
- C. Reestadificación
- D. Detección de recurrencia
- E. Diagnóstico de tumor 1º frente a metástasis
- F. Diagnóstico de tumor 1º frente a síndrome neoplásico
- G. Neoplasia primaria sincrónica
- H. Monitoreo terapéutico



A: RM secuencia Axial Supresión Grasa y B: Axial Fusión PET-TC: Asimetría metabólica franca por resección previa de amígdala faríngea izquierda.

A y B. Abordando los dos primeros puntos vemos que tenemos varias utilidades frente al diagnóstico y estadificación de una lesión neoplásica.

1. Maligno-benigno
2. Sitio de Biopsia
3. Estadificación
4. Manejo clínico-quirúrgico
5. Base para planeamiento de RT

1. La avidéz por FDG no es específica para lesión neoplásica aunque es bien claro que las células malignas demuestran incremento en el transporte de glucosa y en la regulación de la actividad enzimática, lo que resulta en aumento de la captación del radiotrazador.

La fusión PET/TC, facilita la separación entre la actividad fisiológica y la patológica por lo que proporciona una exacta localización de anomalías funcionales y reduce la incidencia de falsos positivos y negativos.¹

Hany et al compararon PET/TC con PET en 53 pacientes para diagnóstico de enfermedad neoplásica y encontraron un aumento en la sensibilidad, especificidad e exactitud del 90%; 93% y 91% para PET comparado con 98%; 99% y 98% para PET/TC, con una disminución del porcentaje de lesiones erróneas de aproximadamente un 50%.²

Un estudio prospectivo de Essen, Alemania comparó al PET/TC con RM en 98 pacientes con diversas neoplasias y los resultados demostraron que el PET/TC es más exacto que la RM para la evaluación de la estadificación TNM (77% vs. 54%); T (80% vs. 52%); N (93% vs. 73%) y similar en la estadificación M (95% vs. 98%) donde el PET/TC demostró sitios metastásicos inusuales y no esperados.³

Estos datos varían según la neoplasia estudiada.

En casos de AdenoCa de recto la RM de alta resolución pelviana es el método indicado para valorar la infiltración de la fascia mesorectal o en la patología neoplásica esofágica, el método de elección para la valoración inicial del T es la Ecoendoscopia.⁴

2. El PET/TC es de gran utilidad previo a la punción percutánea para la localización de áreas sólidas con mayor actividad lo que redundará en un rédito positivo del método intervencionista. Esto es muy claro en la distinción de áreas necróticas negativas que coinciden con un tejido sin celularidad o en la diferenciación entre un tumor pulmonar y la atelectasia secundaria a la obstrucción bronquial (Fig. 4).

3. Existen entidades oncológicas donde es clara la indicación del PET/TC en la estadificación inicial como en el caso de los linfomas y el NPS.

En el caso del Linfoma, representa una recomendación Standard para la evaluación inicial en pacientes con linfomas habitualmente ávidos y potencialmente curables (Linfoma de células grandes B Difuso, Linfoma Hodgkin) para definir extensión y definir estudio base con el cual comparar los estudios post-tratamiento y es de utilidad también en confirmar si el paciente tiene enfermedad limitada, candidata a radioterapia local.

Además tiene lugar en la evaluación inicial en pacientes con linfomas ávidos pero de histologías incurables (linfoma folicular, de bajo grado y de células del manto), sólo si el objetivo es lograr respuesta completa por su relación con la eventual progresión vs. período libre de enfermedad.⁵

Con respecto al estudio del NPS demuestra una veracidad del 90% siendo el análisis visual suficiente ya que el SUV no aporta demasiado.

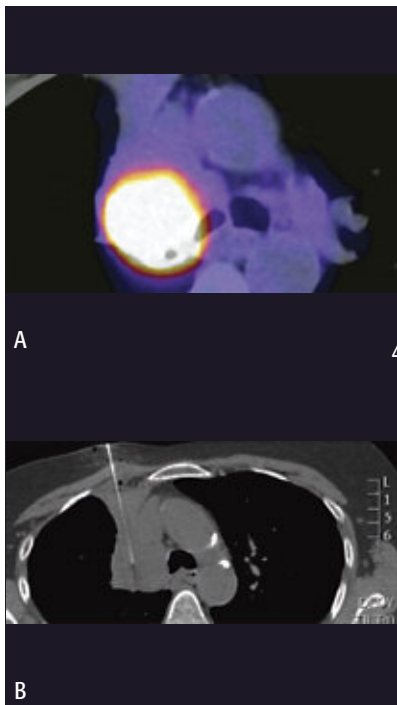
1. *Radiology* 2007; 242:360–385.

2. *Radiology* 2002;225(2):575–581.

3. *JAMA* 2003;290(24):3199–3206.

4. *Cancer Imaging* (2007) 7, S77_S87.

5. *Radiol Clin N Am* 46 (2008) 213–223.



A: Axial Fusión PET-TC y **B:** Punción guiada bajo TC. Adecuada localización del extremo distal de la aguja en el centro sitio tumoral con diferente comportamiento metabólico comparado con la atelectasia pulmonar. AP: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Tiene un gran valor predictivo negativo (80%) en estadificación nodal por lo cual es elemental para la selección de pacientes para mediatinoscopia (Gold Standard).

Mejora además la valoración de los tumores localmente avanzados determinando la existencia de infiltración local de la pared torácica o la invasión de la pleura mediastinal.

Detecta asimismo sitios metastásicos inesperados.⁶

En cambio no está indicado en estadios iniciales de pacientes con Carcinoma colorectal, Carcinoma de mama o Melanoma, en los que la sensibilidad en la detección de los sitios primarios y compromiso locorregional es muy baja.

En pacientes con Adenocarcinoma colorectal lesiones menores a los 7 mm no pueden ser detectadas.

Si el tumor primario es voluminoso engloba a los ganglios locorregionales por lo que es difícil discernir entre ellos tanto por la TC como por el PET/TC. Ninguno de los métodos detecta micrometástasis.

La excepción en el grupo de pacientes con Carcinoma mamario se da en los que es conocida la presencia de sitios secundarios o considerados de alto riesgo, evaluación inicial de pacientes con adenomegalias axilares y tumor primario desconocido o sospecha de tumor primario por síndrome paraneoplásico.

No está indicado en etapas tempranas (estadios I y II) en pacientes con melanoma con un grosor menor a 1.5 mm ya que la sensibilidad es muy baja (17%) y la especificidad del 96%.

En cambio la valoración del ganglio centinela tiene una sensibilidad del 94% y especificidad del 100%.

Las indicaciones formales son en los estadios III y IV con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 83% (vs. la sensibilidad y la especificidad de la TC del 55% y 84% respectivamente). Es muy útil en demostrar metástasis a distancia.

4. Es de gran utilidad en la orientación clínica de los tratamientos oncológicos y en la inclusión o exclusión de pacientes para tratamiento quirúrgico.

5. Es indispensable para un adecuado planeamiento radioterápico ya que en un mismo estudio orienta el campo con gran exactitud por lo que el tratamiento resultará menos tóxico.

C y D. Con respecto a la reestadificación y localización de sitios de recurrencia es muy útil en los lechos post-quirúrgicos de cabeza y cuello en donde el plano isodenso con las estructuras vecinas de la TC hace difícil el diagnóstico de recurrencia tumoral y la actividad metabólica resalta claramente. Un ejemplo es el carcinoma escamoso resecaado e irradiado de cabeza y cuello.

Es esencial en la reestadificación de linfomas con histologías potencialmente curables luego de completar la terapia.

En estos pacientes se requiere una remisión completa para su curación y en el caso de existir enfermedad residual una intervención terapéutica.

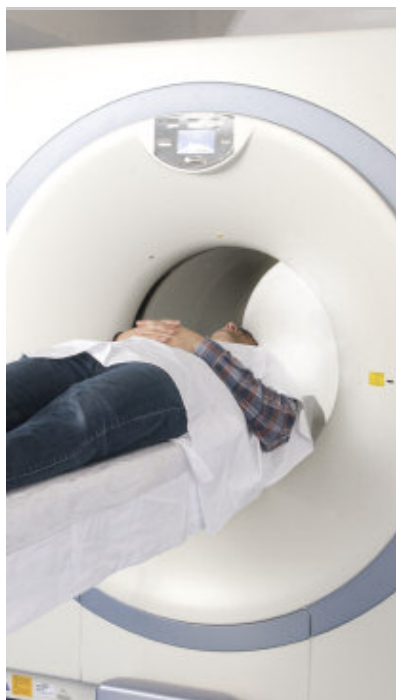
No se recomienda en valoraciones post terapéuticas del resto de las histologías al menos que el PET fuera positivo antes del tratamiento y la respuesta completa es el objetivo final del estudio clínico.⁷

Un tercio de los pacientes con Adenocarcinoma colorectal desarrollan recurrencias locales y localizaciones a distancias y es elemental su detección temprana. La veracidad del PET/TC es de un 90%. También es de utilidad en recurrencias post ablación por Radiofrecuencia en metástasis hepáticas.⁸

6. *Cancer Imaging* (2007) 7, S77_S87.

7. *Radiol Clin N Am* 46 (2008) 213-223.

8. *Cancer Imaging* (2007) 7, S77_S87.



E y F. En cuanto a la evaluación de los tumores de origen desconocido, el PET/TC ha ganado una importante posición, sobre todo cuando no se ha detectado el primario tras la realización de las exploraciones rutinarias.

Las fundamentales ventajas de este método con respecto a la presencia de enfermedad secundaria en pacientes con tumores primarios de origen desconocido es que permite un análisis de toda la superficie corporal, lo cual no sólo aumenta las chances de localizar el tumor primario sino que además posibilita el hallazgo de metástasis adicionales.⁹

El diagnóstico temprano del sitio primario, permitirá una mayor rapidez en la instauración del tratamiento mejorando así la sobrevida.

G. La prevalencia de una neoplasia primaria sincrónica es sustancial. Algunos reportes indican que alrededor del 8.5% de pacientes con antecedentes de un tumor primario maligno fueron diagnosticados con otros tipos primarios de cáncer.¹⁰

En el Carcinoma esofágico, la enfermedad neoplásica sincrónica descrita en un 1.5 al 5.5% de los casos incluyen al Adenocarcinoma gástrico, Carcinoma de cabeza y Cuello y Adenocarcinoma de colon.¹¹

H. El último punto que desarrollaremos en este artículo general es la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Un estudio PET/TC negativo no excluye tumor microscópico residual y se asocia con una muy buena respuesta al tratamiento.

Algunos autores señalan que un cambio del SUV solo podría considerarse significativo cuando la diferencia entre la línea de base y el seguimiento es mayor de 0.9. Otros, en referencia al Carcinoma de pulmón, no a pequeñas células, definen una “respuesta metabólica” (tras 1° ciclo de QMT) como un descenso del SUV respecto del tumor primario de al menos un 20%.

Un estudio evaluó medidas tomográficas en Carcinoma de pulmón no pequeñas células donde el radio de error en la clasificación de lesiones estables como enfermedad en progresión fue del 9.5% para medidas unidimensionales (RESIST, Response Criteria In Solid Tumors) y del 20.5% para las bidimensionales (WHO, World Health Organization). Los radios de interpretación errónea fueron del 30 y 42% respectivamente.

Las nuevas opciones de tratamiento (inhibidores de factor de crecimiento tumoral) requieren que los tumores “no respondedores” sean identificados temprano en el curso de la terapia ya que las técnicas para predecir la efectividad de un tratamiento son limitadas. Además de la reducción de costos innecesarios (1 mes de Cetuximab tiene un valor aproximado de 16.000 USD).

En varios tumores sólidos (más en linfoma) un PET negativo antes de la finalización de la terapia conlleva a un pronóstico favorable aun cuando se ve tumor residual en la TAC.

En el análisis de la valoración de la respuesta metabólica (PERSIST, PET Response Criteria In Solid Tumors) se desprenden dos conceptos de relevancia:

1. El estudio PET/TC es altamente específico para detectar tumor viable que representa falta de respuesta a la quimioterapia.
2. El estudio PET/TC es más exacto que la TC para diferenciar tumor residual viable de necrosis o fibrosis inducida por el tratamiento.

El objetivo del PET/TC es guiar las decisiones para intensificar o cambiar el tratamiento en pacientes no respondedores.

Por ejemplo en Ca de esófago los pacientes sin respuesta metabólica luego de la 2° semana de Quimioterapia Neoadyuvante va a tratamiento quirúrgico en lugar de continuar la terapia. En el caso de Cabeza y Cuello con alta tasa de respuesta a la RadioQuimio el foco está en identificar pacientes que no necesitan ir a cirugía.

La estandarización de los criterios de respuesta es un prerrequisito para la futura validación del estudio PET/TC en estudios multicéntricos y meta análisis.¹²

9. *Q J Nucl Med Mol Imaging* 50. 15-22.2006.

10. *Br J Cancer* 2001; 85: 997-1005.

11. *Cancer Imaging* (2007) 7, S77_S87.

12. *J Nucl Med* 2009; 50:122S-150S.

Microcarcinoma tiroideo

Experiencia retrospectiva de los últimos 20 años



Dr. Eduardo N. Faure

Eduardo Faure, María Eugenia Gandur, Analía París, Paola Alba, Rubén Lutfi, Lidia Ferreiro y Pablo De Sanzo.
Servicio de Endocrinología y Anatomía Patológica. Complejo Médico PFA "Churruca-Visca". CABA. Argentina.

La Organización Mundial de la Salud define al Microcarcinoma de Tiroides como al tumor menor de 1 cm de diámetro mayor. La mayoría de éstos son clínicamente no aparentes. Debido a un mejor diagnóstico la incidencia en los últimos años está en aumento. Su pronóstico es en general excelente, aunque se han reportado metástasis a distancia e incluso muerte.

Objetivos: determinar la prevalencia, motivo quirúrgico, factores de riesgo y evolución de los microcarcinomas en nuestro hospital.

Métodos: se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 169 pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides diagnosticados entre 1986-2006.

Resultados: del total de Carcinomas Tiroideos el 21,3% (36/169) presentaron diagnóstico de microcarcinoma. El 75% de éstos tenían por lo menos un factor de riesgo de mayor agresividad. El motivo quirúrgico fue: bocio nodular 49%, citología sospechosa o diagnóstico de carcinoma 31%, hipertiroidismo 14%, metástasis ganglionares 3% e hipoparatiroidismo primario 3%. El 28% de los mismos fueron multicentricos, 19% bilaterales, 16,7% presentaron metástasis ganglionares al diagnóstico y el 14% presentó invasión capsular. En el seguimiento de 2 a 20 años ningún paciente murió por el carcinoma y 1 paciente persiste con enfermedad a los 2 años del diagnóstico, mientras que los restantes (n=35) están libres de enfermedad.

Características clínicas de los Microcarcinomas Tiroideos diagnosticados entre 1986-2006 en el Complejo Médico PFA Churruca-Visca

	MCT
Número de casos	36 (21,3%)
Mujeres	28 (78%)
Hombres	8 (22%)
Edad promedio \pm DS (años)	45,3 \pm 11,8
Mujeres	46 \pm 11,8
Hombres	40 \pm 11,5
Tamaño promedio \pm DS (cm)	0,59 \pm 0,33

Características histopatológicas de pacientes con microcarcinoma tiroideo

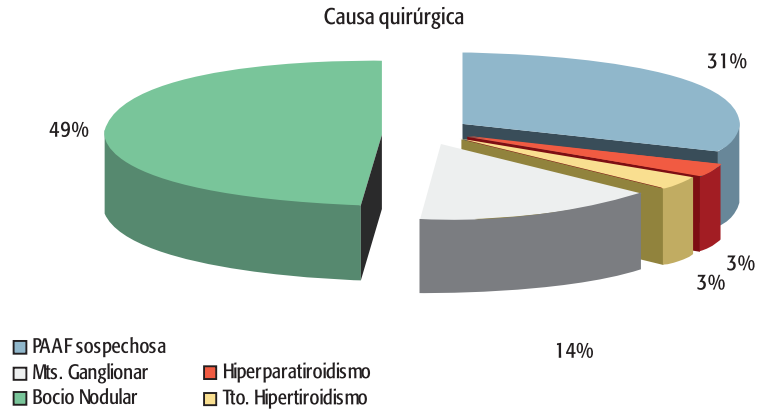
	n=	%
Multicentricidad	10	28%
Bilateralidad	7	19%
Ganglios + al Diagnóstico	6	16,70%
Invasión de Cápsula	5	14%
Asociación a Hipertiroidismo	9	25%

Faure E y col. Microcarcinoma tiroideo: "Experiencia..."
Glánd Tir Paratir 2008; (17): 18-21.

Bibliografía

1. **Pearce E., Braverman L.** Editorial: Papillary Thyroid Microcarcinoma Outcomes and Implications for Treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 (8): 3710-3712.
2. **Mazzaferri E.L.** Long-term outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma: effect of the rapy. *Endocr Pract* 2000, 6: 469-476.
3. **Hedinger C., Williams E.D., Sobin L.H.** Histological Typing of thyroid tumors. Berlin: Springer, 1988, Vol 11.
4. **Chow S.M., Law S.C., Au S.K., Mang O., Yau S., Yuen K.T.; Lau W.H.** Changes in clinical presentation, management and outcome in 1348 patients with differentiated thyroid carcinoma: experience in a single institute in Hong Kong, 1960-2000. *Clin Oncol* 2003, 15: 329-336.
5. **Noguchi S.** Differentiated thyroid carcinomas in Japan: our experience and review of the literature. *Thyroidol Clin Exp* 1998;10: 41-50.
6. **Schlumberger M., Pacini F.** Thyroid tumors. Chapter 2: Pathology of thyroid tumors. Paris, Editions Nucleon, 1999; 33-46.
7. **Chow S.M., Law S.C.K., Chan J.K.C., Aun S.K., Yau S., Lau W.H.** Papillary microcarcinoma of the thyroid-prognostic significance of lymph node metastases and multifocality. *Cancer* 2003, 98: 31-40.
8. **Yasuhiro I., Kobayashi K., Tomoda C., Uruno T., Takamura Y., Miya A., Matsuzuka F., Kuma K., Miyauchi A.** Ill-defined edge on ultrasonographic examination can be a marker of aggressive characteristic of papillary thyroid microcarcinoma. *World J Surg* 2005; 29: 1007-1012.
9. **Fardella C. et al.** Características de presentación del microcarcinoma papilar del tiroides. Experiencia retrospectiva de los últimos 12 años *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1305-1310.
10. **Orsenigo E., Beretta E., Fiacco E., Scaltrini F., Veronesi P., Invernizzi L., Gini P., Fiorina P., DiCarlo V.** Management of papillary microcarcinoma of the thyroid gland. *Eur Jour. Surgical Oncology* 2004 (30) 10; 1104-06.
11. **Pitoia F., Novelli J.L., Herrera C.J., Salvai M.E., Ilera V., Loto M.G., Roccatagliata G., Misiunas A.L., Niepomnische H.** Similar outcome of papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) compared to those between 1 and 2cm in diameter: Study of 331 cases. *Thyroid (NS)* 2005: 64.
12. **Hay I.D., Grant C.S., van Heerden J.A., Goellner J.R. Ebersold J.R., Bergstralh E.J.** Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. *Surgery* 1992 DEC; 112(6):1139-46.
13. **Lupoli G. Et al.** Familial papillary thyroid Microcarcinoma: a new clinical entity. *The Lancet* 1999; 353: 637-9.
14. **Kucuk N., Tari P., Tokmak E., Aras G.** Treatment for microcarcinoma of the thyroid. *Clinical experience. Clin Nucl Med* 2007; 32(4): 279-81.
15. **Salvatierra J. et al.** Microcarcinoma Papilar de Tiroides Revisión de 30 casos. *Rev. Española de Patología* 2002, 35, 1: 89-94.

Distribución según causa quirúrgica



Discusión

El carcinoma tiroideo representa la patología neoplásica endócrina más frecuente (1% de todas las neoplasias). La prevalencia ha aumentado en los últimos tiempos por el uso de ecografía y punción biopsia con aguja fina como método de diagnóstico y seguimiento en la patología tiroidea lo que permitió detectar patología maligna en nódulos menores o iguales a 10 mm¹⁴.

La significancia clínica del MC es controvertida ya que la mayoría de las series comunican una mortalidad muy baja siendo raramente superiores al 2%.

La presencia de factores de riesgo de comportamiento agresivo, si bien no se correlaciona con mayor mortalidad sí influye en la morbilidad del paciente secundario a tratamientos quirúrgicos extensos y a reintervenciones.

En la búsqueda de criterios pronósticos parece que la inmunohistoquímica y la biología molecular puede a futuro orientarnos en el manejo de aquellos pacientes con mayor agresividad y tomar la conducta terapéutica adecuada según el caso. En nuestra experiencia la prevalencia de MC fue de 21,3% similar a la reportada.

No observamos mayor agresividad ni muerte relacionada con el MC. Si bien es un tumor considerado de buen pronóstico existe un alto porcentaje de pacientes con factores de riesgo de persistencia o recurrencia que deberían tenerse en cuenta al momento de tomar la conducta terapéutica y del seguimiento de los mismos.

En nuestro hospital en los pacientes con diagnóstico prequirúrgico el tratamiento que proponemos es tiroidectomía total y radioablación del remanente tiroideo con yodo radiactivo y en aquellos pacientes en que el diagnóstico fue posterior a una lobectomía por patología tiroidea benigna le proponemos la recirugía o en determinados casos de bajo riesgo (tumores de variedad no agresiva unifocales, sin invasión de cápsula tiroidea y sin metástasis ganglionares) realizamos seguimiento clínico ecográfico y con dosaje de tiroglobulina.

médicos que fueron otra cosa



Chéjov
CHEJOV
entre la medicina y la literatura

El estrecho de Kerch comunica el mar Negro con el pequeño mar interior de Azov. En el extremo noreste del mar de Azov un golfo a modo de dedo índice señala hacia el noreste. En el extremo norte del golfo hay un puerto, Taganrog.

Allí, el 17 de enero de 1860 nació Anton Pavlovich Chéjov, futuro médico y célebre escritor, que apenas vivió cuarenta y cuatro años. Era nieto de un siervo que compró su libertad, e hijo de un hombre violento que no pudo impedir que su familia cayera en la pobreza cuando Chéjov era adolescente. De siete hermanos, dos murieron en la infancia. De cinco hermanos, Chéjov era el del medio.

Luego de años miserables en Taganrog, en 1879 partió para estudiar en la Escuela de Medicina de la Universidad de Moscú, donde calificó como médico generalista el 16 de junio de 1884. Durante sus estudios mostró particular interés por la psiquiatría.

Para aumentar sus ingresos durante los años de estudiante escribió historias cortas para revistas cómicas bajo el pseudónimo Antosha Chejonte. Desde entonces nunca dejó de escribir. Ya en 1887 los ingresos por lo que escribía crecían, mientras que los ingresos por la medicina permanecían invariablemente bajos. A pesar de ello, su interés era contribuir tanto con la literatura como con la ciencia. El 11 de septiembre de 1888 escribe una carta a su editor, Alexis Suvorin, en la que le expresa: "Usted me dice que no persiga dos liebres al mismo tiempo, y que yo debería dedicar toda mi atención a la carrera de medicina. Pero no veo por qué no debería perseguir literalmente dos liebres al mismo tiempo. Uno puede hacerlo si tiene suficientes perros. Tengo dos oficios que me hacen feliz. La medicina es mi esposa legal, y la literatura mi amante. Cuando tengo suficiente con una puedo pasar la noche con la otra."

Para aumentar sus ingresos durante los años de estudiante escribió historias cortas para revistas cómicas bajo el pseudónimo Antosha Chejonte.

Con el objeto de contribuir con su profesión médica, Chéjov concibió un proyecto de investigación sobre las condiciones de los internos del penal de Sajalin (Karafuto en japonés), una isla ubicada entre Rusia y Japón. Partió de Moscú el 21 de abril de 1890



Dr. Juan Enrique Perea - Dir. Médico Laboratorio



y arribó a la isla el 11 de julio. Fueron ochenta días de viaje accidentado en trenes, barcos y caballos.

En el penal entrevistó diez mil prisioneros, documentando sus nombres, edad, lugar de nacimiento, religión, año de arribo, ocupación, y estado de salud. Registró la pobreza, el hambre, la violencia contra los prisioneros, las mujeres y los niños forzados a la prostitución, la falta de educación, los hospitales sin el equipamiento básico, y el uso de los fondos hospitalarios para la compra de bebidas alcohólicas.

...fue médico rural, escribió más de cuarenta de sus mejores relatos, y construyó escuelas.

Exhausto, después de permanecer en la isla noventa y cinco días, partió hacia el puerto de Vladivostok donde se embarcó hacia Odessa, adonde arribó el 2 de diciembre. Ha-

bía partido hacía ocho meses. En 1895 publicó el libro *La isla de Sajalín*. Chéjov había puesto en riesgo su vida, realizado un enorme esfuerzo intelectual, y escrito una importante obra de contenido médico social. Sin embargo, *La isla de Sajalín* no recibió el reconocimiento académico que Chéjov esperaba.

Entre los años 1892 y 1899 Chéjov se mudó a Melikhovo, una villa al sur de Moscú. Allí persiguió varias fiebres al mismo tiempo: fue médico rural, escribió más de cuarenta de sus mejores relatos, y construyó escuelas. En varios de sus relatos y obras de teatro aparece el médico rural.

A los 21 años sufrió un episodio de dolor abdominal similar al que había sufrido seis años antes. A los 24 años sufrió la primera *hemoptisis*, que duró tres días. A los 28 años una nueva *hemoptisis* motiva una carta a su editor, **Alexey Suvorin**, en la que minimiza el sangrado: *"Hay algo siniestro en el fluir de sangre por la boca... El punto es que las enfer-*

medades serias de pulmón se manifiestan mediante una combinación particular de síntomas, que yo no tengo. Por sí misma la pérdida de sangre de los pulmones no es seria."

Diez años más tarde publica el relato breve **El monje negro**, en el que describe en forma similar la *hemoptisis* del personaje: *"Sangraba por la garganta. Escupía sangre, y en un mes sangró dos veces en abundancia. Se sentía extremadamente débil y cayó en una especie de somnolencia. La enfermedad no le asustaba mayormente, pues sabía que su difunta madre había vivido más de diez años con idéntica dolencia; y los médicos le aseguraron que el caso no era de cuidado y sólo le aconsejaron que no se preocupara, que llevara una vida regular y hablara lo menos posible."*

Como consecuencia de la tuberculosis, en el curso de su vida Chéjov sufrió importantes hemorragias pulmonares, por las que debió ser internado. Por orden médica, en mayo de 1904 dejó Rusia y partió a un spa en Badenweiler, Alemania. En junio su estado clínico mostró alguna mejoría. Sin embargo, el 2 de julio amaneció con severa dificultad respiratoria. Su mujer, **Olga Knipper**, le preparó hielo para colocarle sobre el pecho. Chéjov prefirió refrescarse con una copa de champagne antes de morir. Había escrito cuentos, relatos, obras de teatro y correspondencia, que hoy ocupan más de treinta volúmenes.

Ivanov, un estudio sobre la Depresión Mayor

Para Chéjov la medicina fue motivo de inspiración para su vida diaria como para su trabajo literario. Valga como ejemplos sus perros, a los que llamó a **Bromuro** y **Quinina**, y el modo en que firmaba las cartas que dirigía a su mujer: *el matasanos retirado y dramaturgo a tiempo parcial*.

En 1887 Chéjov publicó la obra de teatro **Ivanov**, magistral relato sobre el *Trastorno Depresivo Mayor*. Todos los síntomas constituyentes del trastorno son descriptos por Chéjov con enorme precisión. Sobre una historia imaginada, sobre una narración, pinta con detalle cada componente de la depresión mayor. En el texto se hace evidente la experiencia personal de Chéjov con la *medicina* y la *literatura*. Es al mismo tiempo el médico que escucha y reconstruye historias, y el escritor que las crea. Así, *Ivanov* es una consecuencia de la posición dual de Chéjov entre el médico y el escritor.

La edad promedio de comienzo de la enfermedad son los 35 años, la edad de Ivanov.

“Ante ti ves a un hombre que a los treinta y cinco años está ya fatigado, desengañado, aplastado por sus esfuerzos triviales; un hombre que se consume de vergüenza y que se mofa de su propia debilidad.”

Ivanov es miembro del consejo local de un pueblo ruso. Está casado con **Sara Abramson**, mujer de origen judío que para casarse con Ivanov se convierte al cristianismo, y cambia su nombre a **Ana Petrovna**. Desde hace tres años la vida de Ivanov ha cambiado y no sabe por qué. Se ha visto sorprendido por un estado ánimo que lo atormenta y que no comprende. *“¿Qué es lo que me ocurre? Yo creo que me he quebrado. ¡Es para desesperarse! No sé, no sé por qué he cambiado. Me siento poseído por una especie de indolencia, y ni siquiera tengo fuerzas para comprenderme. Ni comprendo a los demás ni me comprendo a mí mismo.”*

Describe su estado de ánimo como triste, desesperanzado, desanimado, desinteresado. *“Antes tenía fe y miraba hacia el futuro. Ahora estoy cansado, carezco de fe y me paso los días y las noches en la holganza. No puedo mover como quisiera ni el cerebro, ni las manos, ni los pies. Antes trabajaba mucho y pensaba mucho y, sin embargo, nunca me cansaba. Ahora no hago nada ni pienso en nada, pero estoy agotado en cuerpo y alma. No soy notable por ningún concepto. No siento ni amor ni compasión, sino una especie de desgano y cansancio. Tan pronto como se pone el sol comienza a atormentarme el tedio. ¡Y qué tedio! No me preguntes por qué. Ni yo mismo lo sé. Siento el tedio aquí, y así paso la noche entera. Mi finca se arruina. No espero nada, no lamento nada, y el alma me tiembla de terror ante el día de mañana. A cualquier parte llevo conmigo el bastío, la depresión, el descontento. ¡Estoy perdido sin remedio!”*

Describe la melancolía como una noble congoja, un sufrimiento indescifrable. *“Darse cuenta de que uno ha perdido para siempre la energía vital, de que se ha atrofiado y es un superviviente de su propio tiempo, de que se ha vuelto cobarde y se ha hundido hasta el cuello en esa villana melancolía; y comprender todo eso cuando el sol brilla alegre.”*

La irritabilidad suele formar parte de la depresión mayor. Ivanov está irritable, y responde con arranques de ira. *“Estoy abogándome en furia. Me he vuelto tan irritable y malhumorado, tan grosero y mezquino que no me reconozco a mí mismo. ¿Qué le ha pasado a mis nervios? Basta con que mi mujer enferma lastime mi vanidad, o que los criados me importunen, o que mi escopeta falle el disparo para que me vuelva grosero y malhumorado, en nada semejante a lo que soy. ¡No lo comprendo! ¡Es para pegarse un tiro!”*

Sufre crisis de angustia. Se siente inútil y abrumado por la culpa. Se auto reprocha no cumplir con sus responsabilidades laborales, familiares y sociales.

Lo persigue un sentimiento exagerado de frustración. *“Soy atrocemente culpable. Tengo en la cabeza un revoltijo de ideas. La conciencia me remuerde noche y día, tengo la sensación de que tengo mucha culpa, pero de qué precisamente soy culpable es algo que no entiendo. Puedo aguantarlo todo: la ansiedad, la depresión mental, la ruina económica, la pérdida de mi mujer, la vejez prematura, la soledad; pero lo que no puedo aguantar, lo que no tolero es el desprecio que siento por mí mismo. El bochorno me oprime y sufro. Soy ruin, indigno, despreciable. ¡Dios, cómo me desprecio a mí mismo! ¡Cómo detesto mi voz, mis pasos, mis manos, este traje, mis pensamientos. Hace un año era todavía un hombre robusto y sano. Me sentía enérgico, audaz, entusiasta; trabajaba con estas mismas manos y hablaba de todo tan elocuente que hasta los ignorantes se conmovían. Me martirizo a mí mismo y otros vienen continuamente a martirizarme. ¡No puedo aguantar más! ¡Qué malsano es todo esto! ¡Qué anormal! ¡Qué culpable me siento! ¡Qué malvado soy!”*

Ha perdido el interés por las actividades que antes realizaba sin dificultad. No puede explicar el sancancio que lo atormenta a los treinta años de edad. *“Mis ideas eran diferentes de las de los demás, me casé también de una manera diferente, tuve mis entusiasmos, arriesgué mi dinero derrochándolo a diestra y siniestra. Fui más feliz y más desgraciado que cualquier otra persona en este distrito. A los treinta años ya estamos cansados, no servimos para nada. ¿Cómo explicas ése cansancio?”*

Está en la ruina económica, es criticado por todos, su matrimonio se derrumba, se siente perdido y no encuentra salvación. *“Estoy perdido y eso no tiene vuelta de hoja.”* Desesperado, se quita la vida.

La conducta de Ivanov fue para quienes lo rodearon tan inexplicable como lo fue para él mismo. Ninguno lo creyó enfermo. Todos tendieron a considerarlo culpable. Unos lo interpretaron como un neurótico, otros como un manipulador de su esposa, como un traidor, como un miserable. Solo un amigo creyó que el ambiente en que vivía le hacía daño. Ni su médico lo comprendió. Lejos de adoptar una apreciación neutral sustentada en el conocimiento médico de la enfermedad, el **Dr. Lvov**, que se ve a sí mismo como un médico honesto y virtuoso, creyó que Ivanov era detestable, y que adoptó una conducta insensible ha-

cia su mujer enferma. En la obra Chéjov, el médico escritor, muestra como la enfermedad psiquiátrica tiene una expresión cultural dependiente del contexto social. Ivanov resulta víctima de la ignorancia y de la hipocresía de un núcleo social que lo juzga con parámetros morales que no aplica para su propia conducta.

Chéjov, el joven que vivió en la miseria, el estudiante de medicina que escribió para subsistir, el médico del penal de la isla de Sajalín, el médico rural que construyó escuelas, el hombre que persiguió varias liebres al mismo tiempo, el enfermo de tuberculosis que murió joven, dejó una obra nutrida con su experiencia vital, en la que **la medicina y la literatura** fueron su fundamento y razón. ✧

Chéjov en Melikhovo.



Chéjov con su esposa Olga Knipper.



enfermos famosos

VIN- VAN GOGH CENT

*“Qué sería de la vida,
si no tuviéramos el valor
de intentar algo nuevo.”*



Dr. Juan C. de Pablo Pardo - Médico Staff DM



Dr. Alfredo E. Buzzi - Director Médico

Vincent Willen Van Gogh nació el 30 de marzo de 1853 en Groot Zundert, un pequeño pueblo campesino de los Países Bajos en el seno de una estricta familia calvinista. Si bien fue el hijo mayor de la familia de **Theodorus Van Gogh**, pastor protestante y **Anna Carpentus**, no fue el primogénito, ya que cuando nació, sus padres aun lloraban la muerte de su primer hijo, quien había fallecido exactamente un año antes (el 30 de marzo de 1852). Es más: le pusieron el mismo nombre, Vincent. Cada domingo, después de asistir a la iglesia para escuchar los sermones de su padre (el pastor), pasaba por la tumba de su hermano, cuya lápida llevaba su propio nombre. Además, cada celebración de su cumpleaños coincidía con el aniversario de la muerte del hermano mayor.

Una situación similar le tocó vivir al artista español **Salvador Dalí** (1904-1989), quien vio marcada toda su infancia y comportamiento posterior por la existencia de otro Salvador Dalí anterior, su hermano muerto en agosto de 1903 antes de cumplir los 2 años de edad. Dalí se sentía una especie de “segunda edición”.

El ambiente opresivo en el que fue criado, persistió como un distanciamiento entre él y sus padres que duró toda a vida. Van Gogh creció como una persona difícil, socialmente inepto, pero compasivo y veraz. Excéntrico y sensible a la crítica, la ira le fue fácil, al igual que la melancolía y el remordimiento.

Realizó sus primeros estudios en la escuela rural debido a los escasos recursos económicos familiares. Era inteligente (llegó a hablar cuatro idiomas), con buena educación primaria y secundaria. Era un lector voraz, y sus cartas están escritas en un fino estilo.

Empezó a pintar a los 8 años. A los 16 años ingresó como aprendiz en la Galería de Arte **Goupil & Co.** de La Haya, gracias a su tío **Vincent**, socio de la misma. Se trataba de una compañía internacional dedicada al comercio de obras de arte y es allí donde comenzó a interesarse por la pintura.

En 1873, se traslada a la sucursal de Londres, donde llevó una vida apacible. Se enamoró de **Úrsula**, la hija de los dueños de la pensión donde se hospedaba. Pero su amor no era correspondido; Vincent fue rechazado por primera vez. Esto le provocó una profunda depresión y, se volvió huraño y violento, lo que condicionó su traslado a París. A los veinte años, Van Gogh ya era un hombre melancólico y solitario. Años más tarde fue despedido de la compañía.

Su situación le hizo encontrar en la religión el único camino para salvar la crisis. Se dirigió a Amsterdam siguiendo sus deseos de ser teólogo protestante. Sin embargo, no fue admitido en el seminario por su falta de subordinación. Fue nombrado predicador por el Consistorio de Bruselas y destinado a la región de Mons en la minas de Borinage, en Bélgica. Allí convivió con los mineros en condiciones extremadamente duras. Su apoyo a la huelga promovida por éstos le valió el cese de su cargo religioso. Van Gogh comenzó a vagabundear por los caminos, manteniéndose de la caridad de los campesinos.

Gracias a su hermano **Theo** ingresó a los veintisiete años en la **Academia de Bellas Artes de Bruselas** donde estudió pintura y perspectiva.

Durante una visita a su hermano en la ciudad de Etten se enamoró de una de sus primas que acababa de enviudar, quien lo rechazó. Insistió de forma enfermiza generando un enfrentamiento con su familia.

Adquirió habilidades en el dibujo y, en 1880, decidió convertirse en artista. Theo Van Gogh, conciente del talento de su hermano

y a pesar de su situación financiera, comenzó a pagar los gastos de Vincent.

En 1881, Vincent viajó a La Haya, donde su primo **Anton Mauve**, pintor de acuarelas, lo introdujo en los círculos artísticos de la ciudad. Sin embargo, su inestabilidad volvió a conspirar contra él. Comenzó una relación con **Clasina Maria Hoornik**, una prostituta alcohólica, embarazada y con una hija, cuyo apodo era **"Sien"**. Será su modelo para el famoso cuadro **"Sorrow"**. Su padre le aconsejó que abandone a esta mujer, que le contagió gonorrea, pero Van Gogh se negó. Esta decisión lo llevó a romper su amistad con su primo Anton. Finalmente, en el verano de 1883 decide separarse de "Sien", por consejo de su hermano Theo. Poco después se instaló junto a su familia en Nuenen hasta la muerte de su padre, en 1885. Durante este periodo realizó cerca de 250 dibujos, principalmente reflejando la vida de agricultores y tejedores. **"Los comedores de patatas"**, considerada la obra cumbre del pintor en esta época, resume este periodo. Como pintor realista, hablaba de la miseria y la desesperanza que retrató en la gente humilde.

La repentina muerte de su padre determinó una nueva crisis. Padecía angustia, terror y alucinaciones con accesos de ira muy intensos. Posteriormente, tras viajar a Amberes, se trasladó a París, donde lo esperaba su hermano Theo. Se instalaron en Montmartre y allí descubrió el mundo **impresionista**, y conoció personalmente a **Camille Pissarro, Georges Seurat, Henri de Toulouse-Lautrec, Claude Monet, Auguste Renoir y Paul Gauguin**. Pintó intensamente, rompiendo con convencionalismos temáticos y formales, pero su situación económica era muy precaria; no consiguió ninguna venta de sus cuadros. En 1888 cansado de la vida parisina, por consejo de Toulouse-Lautrec, viajó a Arlés, donde llevó una vida apacible pero prolífica.

Al principio de su estancia en Arlés se dedicó a la ejecución de retratos. Sin embargo, tenía dificultades para conseguir que alguien posase para él, sobre todo si eran mujeres, por lo que dedicó gran parte de su tiempo pintando al aire libre.

Vincent tenía la intención de crear un taller de artistas y para esto alquiló en mayo la **"casa amarilla"** en Place Lamartine situada al norte de la ciudad de Arlés. Theo le envió trescientos francos para poder acondicionar y amueblar modestamente la casa. El único que asistió a la invitación fue **Paul Gauguin**.

Al poco tiempo surgieron desacuerdos y fricciones entre ellos. Gauguin se burlaba de la

Van Gogh creció como una persona difícil, socialmente inepto, pero compasivo y veraz.

candidez de Van Gogh y arremetía contra su modo de pintar, asegurando que los verdaderos temas eran aquellos que se terminaban en el taller y no al aire libre. En diciembre de 1888 Van Gogh, agotado por las impertinencias de Gauguin, intentó agredirlo con una navaja de afeitar: sin embargo, su acumulado resentimiento le llevó a mutilarse la oreja. La policía llevó a Van Gogh al hospital Hôtel-Dieu de Arles, donde es atendido por el **Dr. Félix Rey**, quien hizo gala de un optimismo injustificado y calificó de *pasajera* la *"sobreexcitación"* del pintor, por lo que le dió el alta el día 7 de enero, luego de 14 días de internación. El propio Van Gogh le escribió a su hermano Theo que *"las intolerables alucinaciones han cesado, a fuerza de tomar bromuro de potasio"*.

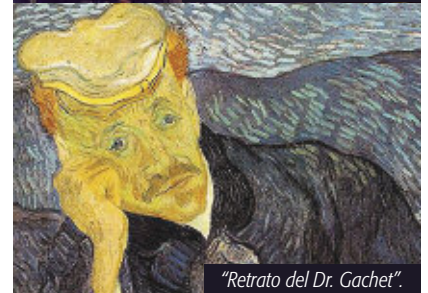
Al regresar a su casa pintó el **"Autorretrato con oreja vendada"**, en el que aparece con un aparatoso vendaje que le cubre la herida.



"Sorrow".



"Los comedores de patatas".



"Retrato del Dr. Gachet".

El 9 de febrero debió ingresar nuevamente al hospital presa de ideas delirantes de ser envenenado. De nuevo, el Dr. Rey fue optimista con el enfermo, y fue dado de alta en poco tiempo. El alcalde de Arles, recibió una carta firmada por 80 vecinos que solicitaban la reclusión de Van Gogh, al que consideraban un peligro público. La policía precintó su casa y lo internó en el hospital contra su voluntad. Durante su estancia, continuó pintando lo que ve, como *"La sala del hospital de Arles"*. Al encontrarse ausente el Dr. Rey, su internación se prolongó hasta los primeros días de mayo, cuando su amigo Signac logró su alta, al ofrecerse a vivir con él en *"a casa amarilla"*. Sin embargo, al comprobar su *"desvarío"*, Signac le sugirió regresar al hospital.

El 8 de mayo, a los 37 años, Van Gogh ingresó voluntariamente en el manicomio de Saint Paul de Mausole, donde permaneció casi un año. A su llegada, el director del centro, el Dr. Peyron describió a la enfermedad de Van Gogh como *epilepsia*. Sin embargo, seguramente, sobre el desequilibrado estado mental del pintor también habrían influido otros factores como la *mala nutrición*, el *alcoholismo*, la *sifilis* y la *esquizofrenia*. Actualmente se cree



"El dormitorio en Arles".



"La noche estrallada".



Uno de sus paisajes habitado por los cuervos.

que padecía una **epilepsia focal** originada por un daño cerebral durante la primera niñez; podría ser ésta la razón por la cual la gente pensaba que padecía *"ataques de locura"*.

Durante su internación gozó de un régimen especial, disponiendo de una habitación-dormitorio y un estudio-taller. Se le permitió pintar en el campo, acompañado de algún vigilante. De esta etapa son muchos de sus cuadros más conocidos, inspirados en los cipreses, olivos, almendros en flor, y campos de trigo que rodeaban el hospital, entre ellas se destaca *"La noche estrallada"*. También realizó copias de los grandes maestros a partir de grabados en blanco y negro.

Al salir de San Remy, en mayo de 1890, viajó a París, para visitar a su hermano Theo y conocer a su cuñada y sobrino. Vincent no deseaba *"la vida ficticia de artista en París"*, y se trasladó a Auvers sur Oise, donde el Dr. Paul Gachet, amigo de Theo, estaba dispuesto a atenderlo.

El Dr. Gachet era un médico de 72 años, singular y excéntrico, amigo de algunos impresionistas y también pintor y excelente grabador. De él, Van Gogh opinaba: *"me parece que está tan chiflado como yo"*. El *"Retrato del Dr. Gachet"* es considerado por muchos el mejor retrato de Van Gogh.

El Dr. Gachet atribuía su desequilibrio al efecto *"de la luz del Sur, demasiado intensa para su constitución norteña"*, así como a una cierta *"intoxicación por el aguarrás"*.

Abatido por la soledad, el 27 de julio de 1890 mientras paseaba por el campo se disparó un tiro en el pecho con un revólver que le había prestado su posadero para espantar a los cuervos que aparecen en uno de sus últimos cuadros. Dos días después falleció en compañía de su inseparable y abnegado hermano, Theo.

Vincent Van Gogh, el más genial de los pintores de finales de siglo XIX, sólo consiguió vender dos cuadros en su vida. Su fama creció rápidamente después de su muerte, gracias a la promoción de Johanna, la esposa de Theo. Ella, que no tuvo una buena relación con Vincent, resultó ser la única heredera de toda su obra tras el fallecimiento de su esposo, ocurrido seis meses después del pintor. Gracias a ella, quien con la asistencia de su hijo organizó exposiciones de sus obras, van Gogh es hoy conocido por todo el mundo.

Tras la muerte de Vincent van Gogh los médicos han ofrecido numerosas diagnósticos sobre su enfermedad, todavía sin verificar.

Sus cartas, a partir de 1882, son un inventario de sus signos y síntomas: *mala circulación*

sanguínea, apariencia fantasmal, pensamientos suicidas, depresión, malestar estomacal, hambre, pérdida de peso, debilidad, fatiga, pérdida de memoria, mente inquieta, cefaleas, mareos, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, comer tierra, disminución del interés sexual, insomnio, pesadillas, dolores de muelas, pérdida de dientes, febrícula, sobreexcitación, hiperactividad, alcoholismo, tabaquismo, desmayos, intolerancia al frío y debilidad de las manos. Luego aparecieron crisis, a menudo atribuidas a psicopatología, caracterizadas por delirio, comportamiento aberrante, auto mutilación, estupor, incoherencia, confusión, alucinaciones y paranoia.

Vincent Van Gogh, el más genial de los pintores de finales de siglo XIX, sólo consiguió vender dos cuadros en su vida.

Estas manifestaciones llevaron a varios médicos aventurados a proponer los siguientes diagnósticos de la enfermedad de Van Gogh: *epilepsia temporal, episodios de esquizofrenia y depresión, convulsiones parciales complejas, trastorno bipolar, y abusos de sustancias, episodios psicóticos, amnesia, glaucoma, disminución de la visión, xantopsia causada por digitalícos, ceguera a los colores, porfiria aguda intermitente, enfermedad de Menière, fenómeno de Tullio, pica, e intoxicación con plomo.*

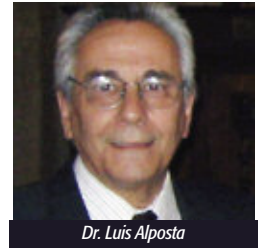
Otros diagnósticos yacen en el terreno psiquiátrico: *ataques con base psicopática, personalidad ciclotímica, depresión, manía, regresión infantil, bloqueo de la libido, esquizofrenia, terror a la soledad, ideación suicida, personalidad borderline, psicosis cíclica, sadomasoquismo, regresión psicótica, síndrome de Geschwind, disfunción del sistema límbico, neurosis, etc.*

Los registros médicos son escuetos e incompletos, pero los síntomas de Van Gogh que se reflejan en la literatura clínica, toxicológica, neurológica, odontológica, ambiental y psiquiátrica, son consistentes con **saturnismo**, pero sus médicos no tenían ni la tecnología para verificar el diagnóstico ni los medios para tratar este trastorno.

El descubrimiento de que había ingerido pinturas con plomo provocó una investigación que reveló su exposición a fuentes adicionales de plomo y otras sustancias tóxicas durante 13 años antes de su muerte. Sus lamentos, que se recogen de las conmovedoras cartas a su hermano Theo, agregaron pruebas convincentes de que sufría *neurotoxicidad, encefalopatía* y otras consecuencias de la intoxicación con plomo. Incluso su suicidio puede haber sido precipitado por el **saturnismo**. El hecho conocido de que los síntomas de saturnismo imitan a otras enfermedades no hace más que aumentar el índice de sospecha. ✧



mosaicos porteños



Dr. Luis Alposta

ACERCA DE UNA LECCIÓN DE ANATOMÍA



Luis Alposta (1ra. fila, primero de la derecha). Cátedra de Anatomía del Dr. Juan José Cirio - Año 1955.

- **Jean Léo Testut** (1849-1925) fue un médico francés, jefe del laboratorio anatómico de la Facultad de Medicina de Burdeos y profesor en las universidades de Lille y Lyon, que en 1889 escribió su *Traité d'anatomie humaine* y pasó, para siempre, a ser simplemente **Testut**. ¡El Testut! El primer libro que leímos al comenzar la carrera de Medicina, y el más amado entre los muchos otros que vinieron después. Un libro en el que comenzamos a familiarizarnos con palabras de origen griego y latino que sirvieron para denominar los primeros conceptos y descripciones médicas de nuestra tradición occidental, tales como: esternocleidomastoideo, transcavidad de los epiplones, tensor de la fascia lata, diáfisis, epifisis, trocánter... Un libro en cuatro tomos, con el que aprendimos a conocer no sólo el cuerpo humano sino, también, y al decir de **Baldomero Fernández Moreno**, lo que es el orden, la claridad, la precisión, -en la escritura- tal vez mejor que en algún engolado texto de retórica. Lección de anatomía y de estilo. Y también de síntesis. De ahí que todo el año que me demandó su lectura, y su estudio, lo haya resumido en una cuarteta que escribí en 1955:

Primer año

*Almafuerte y Carriego en un estante,
un anónimo cráneo que bosteza,
varios puchos, mis sueños de estudiante
y un tomo de Testut sobre la mesa.*

LAS RUPIAS Y LOS TALLARINES

- En marzo de 1981, cuando estaba en Nueva Delhi, no dejó de llamar mi atención una palabra, para mí familiar, que allí parecía circular más de boca en boca que de mano en mano. Y esa palabra era **rupia**. Mi amigo, el médico internista **Indurjit Bedi**, fue quien me explicó que rupia no sólo era el nombre de la moneda que circulaba en su país, sino también, en Pakistán, en Sri Lanka y en Nepal; y que el origen de esta palabra se encontraba en la voz "rporp", procedente del sánscrito, cuyo significado es plata. Aclaro que el doctor Bedi hablaba un correcto español. Primera sorpresa. Y aquí, fue donde me vine a preguntar cómo y por qué la rupia llegó a tener cierta circulación en Buenos Aires, donde, reemplazando a los mangos, no era infrecuente escuchar expresiones como ésta: "*iChe, Flaco! iTirame unas rupias, que a fin de mes te las devuelvo!*".

- La segunda sorpresa (siempre en relación a las cuestiones del habla), la recibí días después durante una visita al Taj Mahal, en la ciudad de Agra. Fue cuando le pregunté a Indurjit si en esa ciudad existía algún lugar donde se pudiese comer tallarines. Un distinguido cirujano que nos acompañaba, el **Dr. Sushruta**, que parecía salido de un poema de Rudyard Kipling y al que, hasta ese momento, sólo lo había escuchado hablar en hindi, con la espontaneidad de un estornudo, exclamó: "*Ahhh! ¡Una bella tagliarinatta!*".

- No pude entonces dejar de decir: "*¡Oia! ¡Qué bien que lo pronuncia!*" La respuesta del médico hindú no se hizo esperar: "*¡Maa! ¡Come non vado a pronunciare bene se la mia mamma e napoletana!*".



Luis Alposta y el cirujano hindú R. Sushruta, Ciudad de Agra, India.

ACERCA DE LA FIEBRE

- La **fiebre**, denominada la "reina de los síntomas", según antiguos textos médicos védicos surgía del enfado del dios **Siva**.

- En Roma, en los altos del Quirinal había, entre otros, un templo dedicado a la diosa **Febris**, sin olvidar que **Februs**, el dios de la purificación, y también de la fiebre, era un dios de origen etrusco que fue identificado posteriormente con **Plutón**.

- Febrero es etimológicamente el mes de la fiebre, viene del latín "februarius", de "februlare" (hacer expiaciones), y estas palabras provienen, a su vez, de "febris" (fiebre) y de "fervere" (hervir).

- Digamos ahora, por asociación con la temperatura corporal en alza y dejando de lado todo tipo de connotaciones sexuales, que "calentarse" es preocuparse; "calentura" es enojo, entusiasmo, fervor, y ser un "calentón", es "engranar" uno por cualquier cosa con facilidad y rapidez. Que "pasar calor" o "lorca", o simplemente un "verano", es pasar vergüenza por el rubor que ésta provoca en el rostro.

- Pero... como solía decir un reo latinista mientras escuchaba el tango "Fiebre" de **Humberto Canaro**: "*Non calentarum, largo vivirum*".

- Y así como todo cuadro febril reclama que se sepan sus grados, pasemos ahora al termómetro. La invención del termómetro clínico a principios del siglo XVII por **Sanctorius**, profesor de fisiología en la famosa facultad de medicina de Padua, abrió el camino a un estudio y trazado sistemáticos de la fiebre. Ha tenido que pasar más de un siglo antes de que algunos médicos hicieran progresar esa práctica, y tres para que, ya hecho habitual su uso, **José Martínez** le dedicase un tango en 1917.



galería de premios nobel

Premio Nobel de Medicina 2010

Este año, el 4 de octubre, se concedió el Premio Nobel de Medicina y Fisiología al Dr. Richard Edwards por sus investigaciones sobre fertilización in vitro (FIV).

Edwards nació el 27 Septiembre de 1925 en Leeds, Inglaterra. Estudió biología en las universidades de Gales y Edinburgo, donde se doctoró en 1955 con su tesis sobre el desarrollo de embriones en ratones.

En 1958 comenzó con el estudio de fertilización humana en el Instituto Nacional para la Investigación Médica de Londres. En una serie de estudios experimentales realizados junto con distintos colaboradores, Edwards hizo una serie de descubrimientos fundamentales: aclaró cómo maduran los óvulos humanos, cómo las diferentes hormonas regulan su maduración, y el momento en el que los óvulos son susceptibles ser fertilizados por los espermatozoides. También determinó las condiciones en que los espermatozoides se activan y tienen la capacidad de fertilizar el óvulo.

Ocho años después, junto con el ginecólogo **Patrick Steptoe** (fallecido en 1988) lograron fecundar un óvulo en laboratorio, y desarrollar un medio de cultivo que permitió esta reacción in vitro.

A pesar de este éxito, persistía un gran problema: el óvulo fertilizado no se desarrollaba más allá de una única división celular. Edwards sospechó que los óvulos que habían madurado en los ovarios antes de que se retiraran para la FIV podrían funcionar mejor, y buscó las posibles formas de obtener esos óvulos de una manera segura.

Edwards se contactó con el ginecólogo Patrick



Dra. María Victoria Suárez
Servicio Ecografía y Diagnóstico Mamario DM



Robert Edwards.

Steptoe, quien, junto con Edwards, desarrollaron la FIV de una fase experimental a la medicina práctica. Steptoe fue uno de los pioneros en la laparoscopia, una técnica que era nueva y polémica en ese momento. Steptoe utilizaba el laparoscopio para extraer óvulos de los ovarios, y Edwards ponía los óvulos en el cultivo celular y añadía esperma. Entonces los óvulos fertilizados se dividían progresivamente. Estos primeros estudios fueron prometedores, pero en 1971 el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido decidió no financiar la continuidad del proyecto, y debieron recurrir a fondos privados.

En 1978, **Lesley** y **John Brown** consultaron por infertilidad luego de 9 años de intentos. Mediante el dosaje hormonal, Edwards y Steptoe determinaron el mejor momento para la fertilización. Se llevó a cabo el tratamiento de FIV, y cuando el óvulo fertilizado alcanzó la fase octocelular, le fue colocado laparoscópicamente a la Sra. Brown.

Sus esfuerzos se vieron coronados por el éxito el 25 de julio de 1978, cuando nació por cesárea

Louise Brown, el primer "bebé probeta".

Edwards y Steptoe fundaron la primera clínica de FIV en Bourn Hall, en Cambridge. Steptoe fue su Director Médico hasta su muerte en 1988, y Edwards fue su Jefe de Investigación hasta su retiro. Allí fueron entrenados ginecólogos y biólogos de todo el mundo, y en ese lugar se continuaron mejorando las técnicas de FIV.

El desarrollo de sus estudios implicó vencer retos en el campo de la ciencia y también una gran resistencia tanto política como religiosa, habiendo recibido la desaprobación de muchos científicos de esa época.

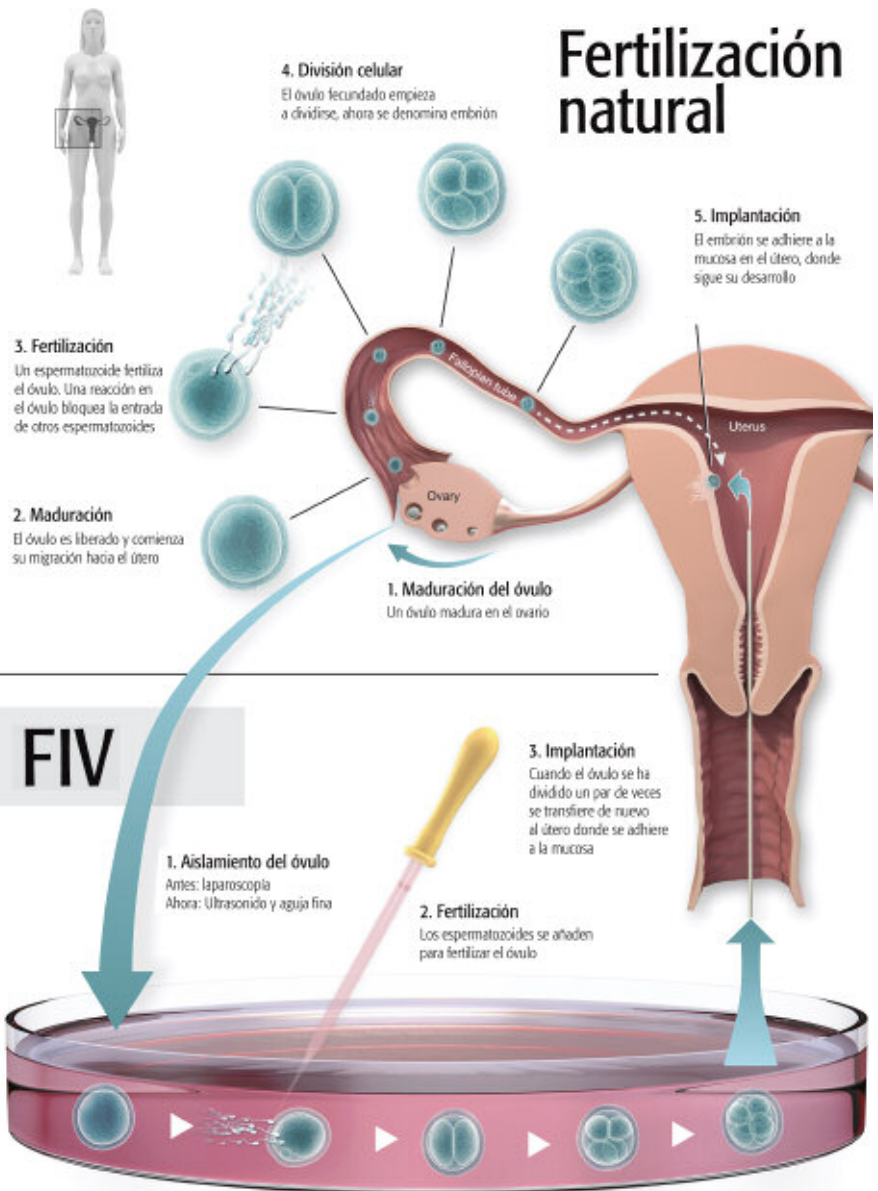
Su éxito fue una revolución en el tratamiento de la infertilidad, que afecta al 10% de las parejas del mundo, y **ha permitido el nacimiento de más de 4 millones de niños.**

Richard Edwards, de 85 años, es Profesor Emérito en la Universidad de Cambridge. Actualmente no goza de buena salud, por lo que no le fue posible hacer declaraciones públicas. ✧

Sus publicaciones más importantes sobre el tema son:

- Edwards RG. Maturation in vitro of human ovarian oocytes. Lancet 1965; 2:926-929.
- Edwards RG, Bavister BD, Steptoe PC. Early stages of fertilization in vitro of human oocytes matured in vitro. Nature 1969; 221:632-635.
- Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Fertilization and cleavage in vitro of human oocytes matured in vivo. Nature 1970; 227:1307-1309.
- Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. Lancet 1978; 2:366.
- Edwards RG. The bumpy road to human in vitro fertilization. Nature Med 2001; 7:1091-4.

Fertilización natural



Infografía de método de inseminación natural y de la FIV

La fecundación in vitro se utiliza cuando los espermatozoides y el óvulo no pueden cumplir su función en condiciones normales. Las causas comunes incluyen las trompas de Falopio obstruidas, la poca cantidad de óvulos o el deterioro de la producción de espermatozoides.

© The Nobel Committee for Physiology or Medicine 2010
Illustration: Mattias Karlén



Robert Edwards y colegas en el laboratorio de Cambridge (1969).

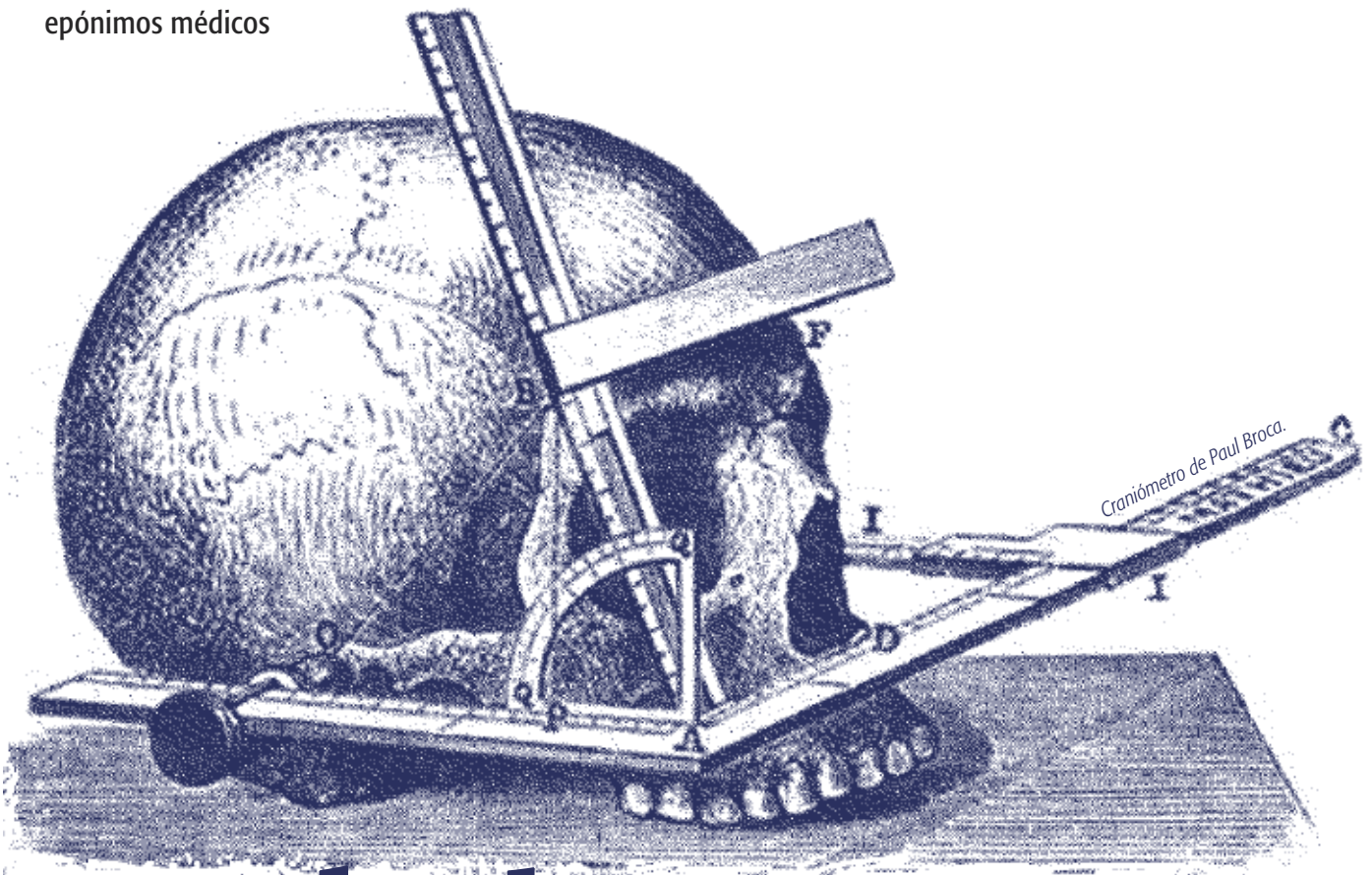


Patrick Steptoe (a la derecha), la asistente técnica Jean Purdy (en el centro) y Robert Edwards cargando a Louise Brown.



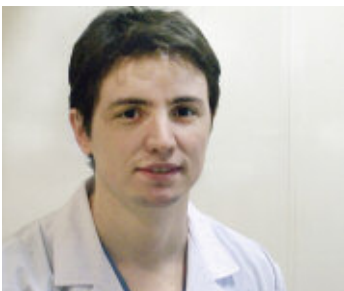
Robert Edwards (a la derecha) y Patrick Steptoe.

epónimos médicos



Paul Pierre Broca

(1824-1880)



Dr. Martín E. Dotta Santana - Residente DM



Dr. Alfredo E. Buzzi - Director Médico

Pierre Paul Broca fue un físico, anatomista, patólogo, neurocirujano y antropólogo francés. Nació el 28 de junio de 1824 en Sainte Foy La Grande, Gironde, Bordeaux, en el suroeste de Francia, y fue una de las grandes figuras en el desarrollo de la medicina y la antropología en el siglo XIX. Fue un niño prodigio, ya que consiguió graduarse simultáneamente en literatura, matemáticas y física.

Su padre, **Benjamin Broca**, un médico rural, había sido cirujano del ejército de **Napoleón Bonaparte**.

Equipado con excelentes certificados, y en respuesta a la petición de sus padres, ingresó en 1841 a la escuela de medicina de la **Universidad de París** cuando tenía sólo 17 años, alcanzando su graduación a los 20. Los grandes sucesos logrados por Paul Broca al momento de completar sus estudios, hicieron que su madre renunciara a su tan ansiado deseo de ver a su hijo convertido en médico de su propia ciudad, y le permitió ingresar a una carrera académica.

Después de 2 años, fue desarrollando su profesión mientras trabajaba con importantes colegas y figuras contemporáneas de la medicina. Se desempeñó en el departamento del urólogo y dermatólogo **Phillipe Ricord (1800-1889)** en el *Hôpital du Midi*; en 1843 trabajó con **Francois Lauret (1797-1851)** en el *Hôpital Bicêtre*, y luego con **Langier** en el *Hôpital Beaujon*. Posteriormente, en 1844, consiguió concretar su deseo, y trabajó con **Pierre Nicolas Gerdy (1797-1851)**, un importante anatomista, fisiólogo y cirujano, que, entre otras co-

sas, describió el tubérculo lateral de la tibia que lleva su nombre (*tubérculo de Gerdy*). En 1846 se convirtió en asistente de Gerdy, y luego se le permitió un internado de 4 años con el cirujano **Phillippe Frederic Blandin** (1798-1849) en el *Hôtel-Dieu*.

Pronto se convirtió en *Profesor de Patología Quirúrgica en la Universidad de París* y un notable investigador médico en muchas áreas. A los 24 años fue reconocido con premios, medallas y cargos importantes. Sus primeros trabajos científicos se relacionaron con la histología del cartílago y del hueso, pero también hizo importantes aportes al conocimiento de la patología oncológica (como el uso del microscopio para analizar células tumorales), al tratamiento de los aneurismas, y a la mortalidad infantil.

En 1848, Broca se convirtió en *Prosector de Anatomía en la Escuela Médica de la Universidad de París*, siendo la persona más joven hasta ese momento en alcanzar ese cargo. Como neuroanatomista excelso, hizo importantes contribuciones al entendimiento del sistema límbico y del rinencéfalo.

Condujo los primeros experimentos en el continente europeo utilizando el hipnotismo para la anestesia quirúrgica.

También fue secretario de la *Société Anatomique*. Allí describió la distrofia muscular como una afección primaria del músculo antes que **Guillaume Benjamin Amand Duchenne** (1806-1875), de Boulogne. También describió el *raquitismo* como una enfermedad nutricional antes que **Rudolf Virchow** (1821-1902), y la *diseminación venosa del cáncer independientemente* de **Karl von Rokitansky** (1804-1878), introduciendo el microscopio en el diagnóstico del cáncer.

Al año siguiente, en 1849, obtuvo su doctorado en medicina. Fue él quien **condujo los primeros experimentos en el continente europeo utilizando el hipnotismo para la anestesia quirúrgica**.

En 1853 ganó un concurso con una excelente tesis, convirtiéndose en Profesor Adjunto, y algunos días después fue designado *Chirurgien des Hôpitaux* (cirujano de hospital), un cargo muy reconocido en la época que causó mucho entusiasmo en la joven escuela médica de París a la cual pertenecía.



Paul Broca en sus últimos años.

En 1848 Broca había fundado la “**Sociedad de Pensadores Libres**”, que apoyaba las ideas de **Darwin** sobre la evolución de las razas y las especies. Por esa razón fue denunciado por las autoridades como una figura subversiva, un materialista y corruptor de la juventud, ya que en esta época la antropología era considerada por el gobierno y la iglesia como “sinistra y subversiva”. También el clero se opuso al desarrollo de la antropología en Francia. Broca decía: “*preferiría ser un simio transformado a ser un hijo degenerado de Adán*”.

Finalmente obtuvo permiso para fundar una sociedad de antropología con la condición de la presencia de un representante del gobierno cuya función era supervisar el contenido de estas reuniones. Además, Broca fue considerado el absoluto responsable de las argumentaciones “contra la sociedad, la religión o el gobierno que pudieran tener lugar en dichas audiencias”. Al cabo de varias y variadas sesiones, que trataron sobre arqueología, psicología, lingüística, fisiología, etc., cuenta la historia que el delegado gubernativo optaba por echarse relajadas siestas debido al aburrimiento que le producían tales reuniones “subversivas”. En otra reunión, el delegado del Gobierno, queriendo ahuyentar el aburrimiento, se levantó para dar un paseo, pero Broca le espetó: “*Oiga, no puede salir a dar una vuelta. Siéntese y gáñese su sueldo*”.

En 1858 estableció el primer laboratorio de antropología en el *École des Hautes Études* (Escuela de Altos Estudios) en París, y, final-

Epónimos asociados:

Angulo occipital de Broca: es el ángulo occipital (pósterio-superior) del lóbulo parietal.

Angulo basilar de Broca: es el ángulo formado en el basion entre las líneas trazadas desde el nasion y el punto alveolar.

Angulo facial de Broca: es el ángulo formado por la intersección de las líneas trazadas desde el punto supraorbitario y el punto alveolar en el eje bauricular.

Afasia de Broca: es una forma peculiar de destrucción del centro del lenguaje. Se trata de una afasia en la cual el paciente tiene dificultad para articular palabras, por lo cual sólo puede pronunciar algunos vocablos simples, a pesar de saber qué es lo que desea decir y entender el lenguaje; emplea frases cortas. A menudo se afecta la denominación, la lectura y la escritura. Es un tipo de afasia no fluente (de tartamudeo).

Area de Broca: región del hemisferio cerebral izquierdo que contiene el área motora del lenguaje. Corresponde aproximadamente al área 44 de Brodmann.

Cisura de Broca: cisura que rodea al área de Broca.

Area paraolfatoria de Broca: es una pequeña región de la corteza cerebral en la superficie medial del lóbulo frontal, formada por la unión de la circunvolución recta con la circunvolución cingular, separada de la circunvolución subcallosa por el surco paraolfatorio posterior.

Surco paraolfatorio posterior de Broca: es un surco poco profundo en la superficie medial del hemisferio que delimita la circunvolución subcallosa o el septum precomisural de la zona paraolfatoria.

Banda diagonal de Broca: es un haz de fibras de sustancia blanca que desciende en el tabique precomisural hacia la base del cerebro anterior, inmediatamente rostral a la lámina terminal. En la base, el haz toma una dirección caudolateral, viajando en la región ventral de la sustancia innominada junto a la vía óptica, desvaneciéndose antes de llegar a la amígdala.

Plano visual de Broca: es un plano que pasa por los ejes visuales de cada ojo.

Bolsa de Broca: También llamado saco pudendo. Es una colección de tejido conjuntivo, encapsulada, con forma de pera, ubicada en los labios mayores de la vulva.

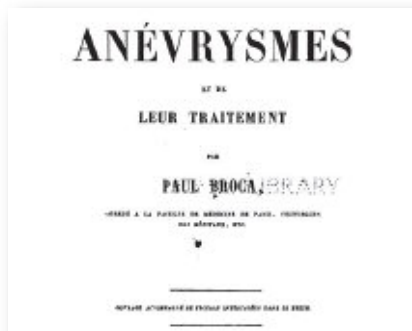
Regla de Broca: una regla de peso que establece que un hombre adulto debe pesar tantos kilogramos como centímetros superen el metro en su estatura.



"Preferiría ser un simio transformado a ser un hijo degenerado de Adán". Pierre Paul Broca.



Hospice de Bicêtre (c. 1830).



Des aneurysmes et de leur traitement (1856).



Louis Pierre Gratiolet.

mente, en 1859 fundó la *Société d'Anthropologie*, la primera sociedad en antropología del mundo, de la cual fue secretario.

Las reuniones de esta sociedad se dedicaron a discusiones sobre los orígenes de la familia humana, las razas, la inteligencia y la organización del cerebro. Por el año 1860, uno de los temas más candentes era si los hemisferios cerebrales funcionan como una unidad indivisible, o si poseían áreas especializadas (actualmente, se considera que el cerebro posee funciones bien localizadas como el habla, pero otras, como la memoria, distribuidas en zonas amplias y diversas del órgano).

De un lado se encontraban **Jean-Baptiste Bouillaud** (1796-1881) y su yerno **Ernest Auburtin** (1825-1893), quienes creían que la pérdida de la palabra podría estar asociada con el daño a los lóbulos cerebrales anteriores. Del otro lado estaba **Louis Pierre Gratiolet** (1815-1865), el anatomista que describió el *tracto geniculo-calcarino* que lleva su nombre ("radiaciones de Gratiolet"), quien citó casos de daño frontal grave sin pérdida del habla y, por el contrario, lesiones posteriores que afectaron notablemente la palabra hablada. Broca se interesó en el tema durante una de las sesiones, donde escuchó un discurso de Auburtin.

Su primer paciente en el *Hôpital Bicêtre* se llamaba **Leborgne**, un hombre que había sido admitido a los 21 años por pérdida transitoria del habla (en probable relación a un evento cerebrovascular); no podía pronunciar más que una sílaba, la cual repetía 2 veces: sin importar qué se le preguntara, él siempre repetiría "tan tan", junto con algunos gestos expresivos variados. Por esta razón, era conocido como **Tan**. Sin embargo, Tan podía comprender el lenguaje hablado a la perfección. La condición de Tan se deterioraba gradualmente y el 12 de abril de 1861, fue transferido al cuidado de cirugía por una seria lesión gangrenosa, que afectó en su totalidad el miembro inferior derecho (el lado paralizado). Ahí fue cuando Broca lo vio por primera vez.

El 17 de abril de 1861, Leborgne falleció, y por medio de la autopsia, Broca determinó que Tan tenía una lesión focalizada causada por sífilis en la corteza frontal del hemisferio cerebral izquierdo, a la cual le asignó la función específica del lenguaje. Cabe mencionar que otro neurólogo francés, **Marc Dax** (1771-1837) había hecho observaciones similares una generación antes, aunque no tuvieron la misma trascendencia. Con el transcurso de los años, su hijo **Gustave Dax** inició una controversia con Broca, que se diluyó con el tiempo.

Presentó sus resultados en la *Société d'Anthropologie* refiriéndose a esta condición como *afemia*, renombrada en 1864 por el gran clínico francés **Armand Trousseau** (1801-1867) como *afasia*.

Durante la audiencia, no faltó la oposición de su eterno rival, el anatomista **Gratiolet**, nacido en el mismo pueblo que Broca, quien le espetó que su conclusión era errónea: "si así fuera los monos hablarían porque tienen lóbulo frontal, como todo el mundo (incluido usted) sabe".

Publicó el caso de Tan en el *Bulletin de la Société Anatomique* en el año 1861 con el título "Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole)". Con esta publicación, Broca fue el primero en presentar pruebas anatómicas de la localización de una función cerebral particular, lo que él llamó el "lenguaje articulado". Concluyó que la integridad de la parte posterior de la tercera circunvolución frontal era indispensable para articular el habla, y llamó a esta región *circunvolución del lenguaje*. Más tarde **David Ferrier** (1843-1928) se refirió a ésta como la "circunvolución de Broca".

Investigaciones posteriores demostraron que el "centro de Broca" no concuerda perfectamente con la localización real del centro del lenguaje, hecho que en ningún modo disminuye su prestigio o la importancia de su descubrimiento.

Unos meses más tarde tuvo su segundo caso. Se trataba de monsieur **Lelong**, de 84 años, quien sólo podía pronunciar 5 palabras: "oui" (sí), "non" (no) "toi" (una mala pronunciación de "tres"), "toujours" (siempre) y "Lelo" (una mala pronunciación de su nombre). Su cerebro mostró hallazgos anatómo-patológicos similares a los de Leborgne, y confirmó la localización de Broca del lenguaje.

Broca consiguió acumular 32 casos de afasia a lo largo de los años, y pudo delimitar con mayor precisión el sitio de la lesión. En 1864, tras hacer estudios postmortem a casi una decena de afásicos, observó que todos tenían una lesión en la corteza prefrontal inferior del hemisferio izquierdo. Broca había presentado en 1863 en la *Académie de Médecine* su punto de vista sobre la ubicación dominante del área del lenguaje en el hemisferio cerebral izquierdo. Hoy se sabe que esta área reside en el hemisferio izquierdo en prácticamente todas las personas diestras.

Más tarde, Broca distinguió dos trastornos del habla: la *aphemia* (afasia expresiva) y la *amnesia verbal* (en la que el paciente pierde la memoria de ambas palabras, hablada y escrita).

...“si así fuera los monos hablarían porque tienen lóbulo frontal, como todo el mundo (incluido usted) sabe”.

Antes de que Broca estableciera esa localización, solo algunos pocos sostenían la idea que **Franz Joseph Gall** (1758-1828) había hecho conocida casi medio siglo antes, sosteniendo que los lóbulos frontales presidían sobre la facultad del habla.

En 1870 **Gustav Fritsch** (1838-1927) y **Hitzig Edvard** (1839-1907) demostraron que la estimulación eléctrica de la corteza cerebral de un perro producía movimientos. Este fue un evento crucial en el desarrollo de la neurociencia moderna, ya que fue la primera evidencia experimental de: **a)** la participación de la corteza cerebral en la función motora, **b)** la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral, **c)** la representación topográfica en el cerebro, y **d)** la localización de las funciones en diferentes regiones de la corteza cerebral. Tres años después, **Carl Wernicke** (1848-1905) identificó un área del lenguaje de tipo receptivo.

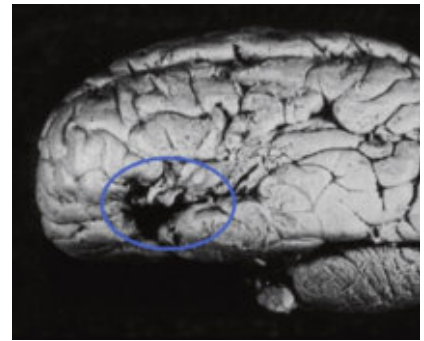
Como conclusión sobre este tema, podemos decir que ni la idea de una facultad del lenguaje articulado ni el concepto de su localización en la parte anterior del cerebro eran nuevos en el tiempo de Broca. Pero la detallada descripción de Broca, su búsqueda de la causa de la afemia del paciente a través de la anatomía patológica (y no por métodos craneométricos, como lo hacía Gall) y su atención a las distintos circunvoluciones cerebrales explican las inmediatas y ex-

traordinarias reacciones ante su trabajo, y justifican el epónimo “*afasia de Broca*”.

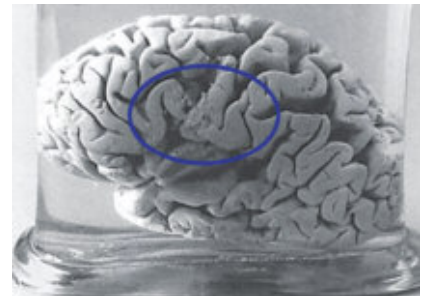
Gran parte de las investigaciones de Broca se basaron en el estudio comparativo de los cráneos de diferentes razas humanas. Abarcó el estudio de los primates, y la conexión entre las características anatómicas y la capacidad mental, especialmente la inteligencia.

Otra gran contribución de Broca al entendimiento de la relación entre la estructura cerebral y las funciones cerebrales, fue el sistema límbico. Este abarcaba las circunvoluciones de la cara interna de ambos hemisferios cerebrales y parte de la cara inferior de los lóbulos frontales, y se lo vincula hoy en día con la emoción, el instinto y el control visceral. Broca fue el primero en considerarlo como una unidad funcional (decía que era el “*quinto lóbulo*” del cerebro), y quien le dio su nombre en 1878.

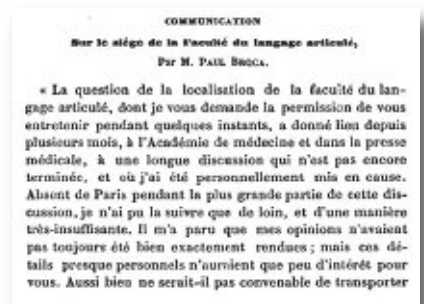
Broca formó parte de una corriente de pensamiento prevalente en la época conocida como *frenología*, la cual defendía la localización específica de todas las funciones cerebrales, desde funciones específicas como el lenguaje y la memoria hasta las conductas y emociones. Entre otras ideas, sostenían la relación directamente proporcional entre el tamaño cerebral y la inteligencia. Esto determinó, en muchos aspectos, que estos cayesen con frecuencia en concepciones sexistas y racistas, propias de la fe machista del siglo XIX, asignándole inferioridad intelectual a la mujer y a la raza negra (según los frenólogos, la esclavitud era con-



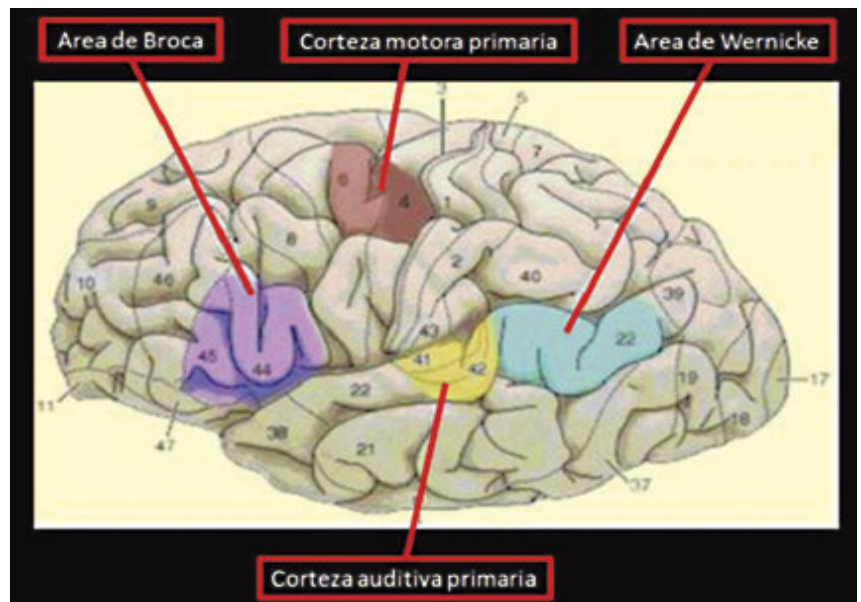
El cerebro de Leborgne.



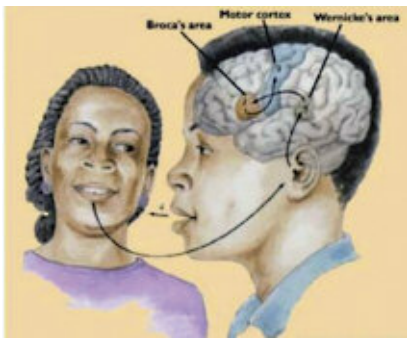
El cerebro de Lelong.



Sur la siege de la faculté du langage articulé (1861).



Principales áreas intervinientes en el lenguaje; corteza auditiva primaria, área de Wernicke o sensorial, área de Broca o motora, y corteza motora primaria.



Circuito fisiológico de la comunicación en el lenguaje hablado. El mensaje del interlocutor alcanza por la vía auditiva el área de Wernicke (interpretación del mensaje) para luego, por medio del área de Broca (formulación de la respuesta) y la corteza motora como efectora, emitir una respuesta y completar así el circuito comunicativo oral.



Sur le volume e le forme du cerebre (1861).



La linguistique et l'anthropologie (1862).

secuencia de la forma más inclinada del hueso frontal del cráneo de la raza negra, la cual indicaba una menor masa de tejido cerebral).

Algunos juristas "frenólogos" buscaron huellas neuromorfológicas en los ladrones y asesinos, "puesto que la tendencia a robar y matar se debía a un prominente entrecejo". También decían: "Occipucio saliente, criminalidad innata". Según estas aseveraciones, en el siglo XIX toda persona con prominente entrecejo o notorio occipucio era sospechosa.

Broca, basándose en sus estudios antropológicos, sostenía que cuanto mayor es el peso del cerebro, más inteligente se es. Sin embargo, según algunos de sus escritos, su desempeño durante su membresía en el senado y las medidas de salud pública efectuadas durante su ejercicio, demostrarían que no creía en la diferencia intelectual entre razas y género.

Como un hecho anecdótico, cabe mencionar que **Gratiolet**, no dispuesto a aceptar las ideas de Broca, se puso a pesar cerebros de catedráticos de Universidad y de obreros donados a la Universidad, observando que la afirmación no era cierta porque "no siempre los cerebros de los catedráticos son los más grandes". Broca le contestó que no todos los que llegan a catedráticos son los más inteligentes. Hoy en día, la frenología, en su conjunto, es considerada una "aberración" del siglo XIX.

Independientemente de las disquisiciones que pudieran hacerse al respecto de las teorías frenológicas, Broca sí acertó en que el peso del cerebro va disminuyendo con el envejecimiento, sentando las bases del proceso de degeneración.

El gran interés que tuvo Broca durante toda su vida en la antropología está reflejado en su creación del *Revue d'anthropologie* (1872) y de la *École d'Anthropologie en Paris* (1876). En ese instituto daba conferencias de anatomía comparada, etnología, etnografía, demografía, etc. Allí también enseñó craneometría y mediciones antropométricas.

Desarrolló numerosos instrumentos ingeniosos (al menos 27) e índices numéricos para el estudio exacto de la craneología, y ayudó a estandarizar los métodos de medición.

Entre 1850 y su muerte publicó **223 artículos y monografías** sobre antropología general, etnología, antropología física, y otros temas de esta especialidad. Nombró varios puntos craneométricos, como el *bregma*, el *dacyron*, el *inion*, el *lambda*, el *metopion*, el *obelion* y el *ophistion*.

En 1867 comenzó su interés en cráneos antiguos con trepanaciones, luego de examinar el cráneo de un inca. Sostenía que las trepanaciones se realizaban para tratar "enfermedades internas" en los niños, probablemente convulsiones benignas, como las causadas por picos febriles. Incluso pensó que las tribus del neolítico atribuían las convulsiones a demonios. Sus ideas sobre las trepanaciones son controvertidas, pero siguen siendo ampliamente citadas por los antropólogos.

También en 1867 le fue adjudicada la *Cátedra de Patología Externa en la Facultad de Medicina*, y el año siguiente fue designado *Profesor de Clínica Quirúrgica*.

En reconocimiento de sus sobresalientes logros científicos, en 1868 fue elegido *miembro de la Académie de Médecine*, y fue llamado a ocupar la *Cátedra de Cirugía en el Hôpital St. Antoine*, la *Pitié*, el *Hôtel des Cliniques*, y el *Hôpital Necker*, desempeñándose en el mismo hasta su muerte. Además fue miembro de *L'Académie des Sciences* y recibió doctorados "honoris causa" tanto en Francia como en el extranjero.

Un hecho interesante sobre Broca es que también tenía preocupación por la salud pública y la educación pública, interesándose en la mortalidad infantil, el desarrollo poblacional en Francia, el servicio médico en la armada francesa, y el cuidado de la salud de los pobres. Todas las fuentes lo describen como un hombre brillante y compasivo. Se cuenta que en una ocasión, en medio de la oscuridad, arriesgando su propia vida, logró sacar exitosamente de París en un carruaje envueltos en tapices y escondido bajo papas, 73 millones de francos correspondientes al tesoro destinado a la Asistencia Pública, a la cual defendía, dispuesto a todo con tal de salvarlo del pillaje.

En 1879 fue elegido *miembro del Senado*, pero murió un año después, por lo que pudo entregar sólo un memorándum que abogaba que la educación secundaria de la mujer debía tener subvención pública y ser independiente de la iglesia. Si bien la bibliografía no

es tan clara al respecto, se acepta que Broca fue un escéptico de la idea prevalente en esos tiempos de que la mujer tenía inferioridad intelectual en razón de su relativo menor tamaño cerebral: “una persona iluminada no puede pensar en medir la inteligencia por medio de la medición del cerebro”, escribió.

Broca era un hombre de contextura robusta, con una frente amplia y de ojos marrones. Justo pero benevolente, era muy querido por sus allegados. Fue descrito como generoso y apasionado, con una inquebrantable fortaleza y honestidad. Se ha dicho de Broca que “nunca se ha ganado un enemigo ni perdido un amigo”.

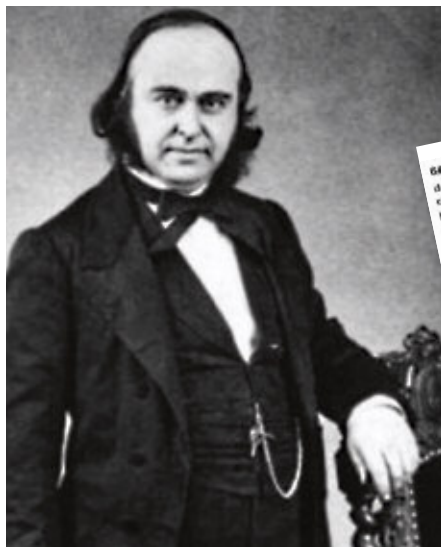
Se casó con la hija del Dr. Jean Guillaume Auguste Lugol (1786-1851), de reconocida fama. Sus dos hijos se distinguieron también como médicos: Auguste Broca como profesor de cirugía pediátrica (recordado por

la cirugía de Broca-Perthes-Bankart para la luxación del hombro), y André Broca como profesor de física médica.

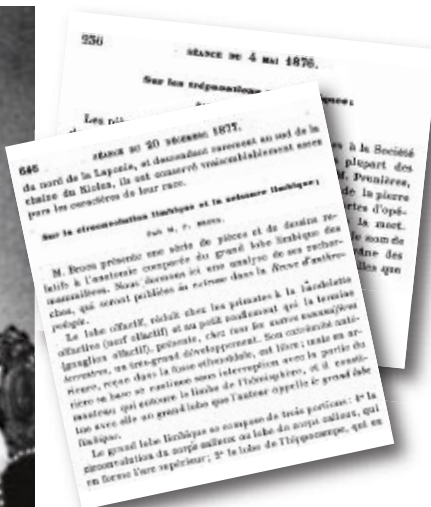
El 8 de Julio de 1880, Broca, que se sentía muy bien hasta entonces, durante una reunión del senado sintió un fuerte dolor en el hombro. Durante esa noche sintió por primera vez la sensación de ser estrangulado y murió algunos minutos después, a los 56 años. Sin embargo, la autopsia reveló indemnidad del corazón y grandes vasos, como así también del cerebro.

Si bien se presume el origen cardíaco de su muerte, no se tienen actualmente pruebas fehacientes de la causa.

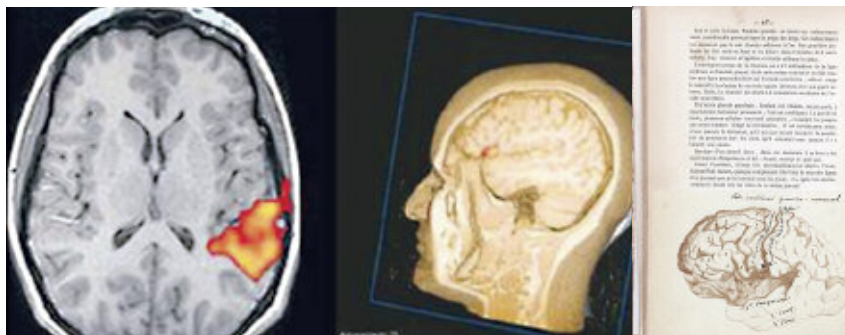
El cerebro de Broca ahora es un espécimen dentro de un frasco de vidrio en el Museo del Hombre (Musée de l'Homme) de París, ubicado en el Palacio de Chaillot, en la Plaza del Trocadero. ✧



Fotografía de Paul Broca (c. 1865).



Sur les trépanations préhistoriques (1876) y Sur la circonvolution limbique et la scissure limbique (1877).



Evocación de una palabra. Evaluación funcional mediante RMI de la activación cortical durante la recepción de estímulos auditivos; la actividad se da en el área de Wernicke (izquierda). Al contar una historia (derecha), se activa el área de Broca.

Observations d'aphémie pour servir à la détermination du siège de la faculté de langage (1864).

Bibliografía:

- Broca P. *Des aneurysmes et de leur traitement*. Labé, Editeur de la Fac.de Médecine, Paris, 1865.
- Broca P. *La linguistique et l'anthropologie*. Librairie de Victor Masson, Paris, 1862.
- Broca P. *Sur la circonvolution limbique et la scissure limbique*. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 11^o Série, t. 12, 1877. p. 646-657.
- Broca P. *Sur la nomenclature cérébrale*. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 11^o Série, tome 12, 1877. págs. 614-618.
- Broca P. *Sur le siège de la faculté du langage articulé*. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1^o Série, tome 6, 1865. págs. 377-393.
- Broca P. *Sur les trépanations préhistoriques*. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 11^o Série, tome 11, 1876. págs. 236-256.
- Broca P. *Trépanation chez les Incas*. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 11^o Série, tome 2, 1867. págs. 403-408.
- Broca P. *Sur le volumen et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races*. Typographie Hennuyer, Paris, 1861.
- Buckingham H.W. *The Marc Dax (1770-1837)/ Paul Broca (1824-1880) controversy over priority in science: left hemisphere specificity for seat of articulate language and for lesions that cause aphemia*. *Clin Linguist Phon.* 2006; 20:613-9.
- Buzzi A. *Evolución histórica de la medicina física*. Talleres Gráficos Gadola, Buenos aires, 1968.
- Dobson J. *Anatomical eponyms*. E & S Livingstone LTD. Edinburgh and London, 1962.
- Finger S. *Paul Broca (1824-1880)*. *J Neurol* 2004;251:769-770.
- Florian L. Outes M. *Iconografía cerebral para neuropsiquiatras*. Vol. 1. Ed. Salern, Bs. As. 1994.
- Gross C.G. *The discovery of motor cortex and its background*. *J Hist Neurosci* 2007;16:320-31
- Lyman R. *Classics in Neurology*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1963.
- Pearce J.M.S. *Louis Pierre Gratiolet (1815-1865): The Cerebral Lobes and Fissures*. *Eur Neurol* 2006;56:262-264.
- Pearce J.M.S. *Broca's aphasics*. *Eur Neurol* 2009;61:183-189.
- Riese W. *A history of neurology*. MD Publications, INC. New York, 1959.
- Rutkow I. *Surgery. An illustrated history*. Mosby-Year Book, Inc, St. Louis, 1993.
- Sagan C. *El cerebro de Broca*. Ediciones Gribaldo, S.A., Barcelona, 1984.
- Stone J.L. *Paul Broca and the first craniotomy based on cerebral localization*. *Journal of Neurosurgery* 1991, 75: 154-159.

Cuando el dolor quiebra el cuerpo, la palabra y la sociedad...

Filoctetes

Guerrero reconocido, heredero del arco y las flechas de Hercules. Sufrió una picadura de serpiente en un pie, en Crisa, lugar donde se había detenido la expedición de los griegos que iban a Troya. La herida se infectó y empezó a despedir un hedor fétido produciéndole un intolerable dolor. Sus gritos eran atroces. Ulises convenció a sus hombres de dejarlo en la desierta isla de Lemnos. No podían tolerar más sus alaridos ni su olor. Diez años vivió Filoctetes allí, en absoluta soledad. Mientras, el asedio a Troya continuaba sin que pudiera ser tomada. Un adivino advirtió de lo indispensable de la presencia de Filoctetes y de sus armas para poner fin a la guerra. Ulises y Neoptolomeo emprendieron viaje con la misión de convencerlo de que vuelva con ellos.

Filoctetes es una de las figura del repertorio de ilustres mitológicos que ha provocado la pluma de los 3 grandes de la tragedia griega: Esquilo, Sófocles y Eurípides.

Siempre se ha vinculado la tragedia con el dolor. La tragedia es la representación sublime del dolor humano. En ese marco, **Filoctetes** es digno representante.

Sófocles hizo de Filoctetes un hombre resignado a la máxima miseria, aquel que languidece en asfixiante soledad. La herida infectada en el pié gatilla una cadena de infortunios donde el dolor, el abandono, el miedo, la marginación, serán algunos de sus eslabones principales.

Nunca resultó fácil vivir enfermo. Pero tampoco, convivir con la enfermedad ajena. La tragedia de Sófocles muestra la devastación que el dolor puede producir en un espíri-

tu valeroso y la vulnerabilidad emocional a la que queda expuesto.

Además, las dificultades y limitaciones del hombre ante la obscenidad del sufrimiento ajeno.

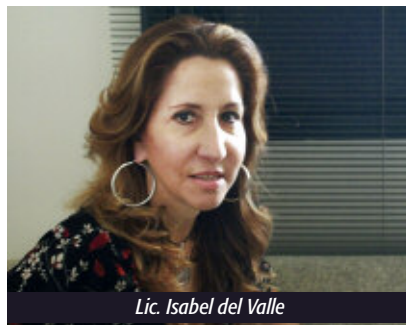
“Un grito se ha oído claramente, habitual de un hombre que sufre en alguna parte, por aquí o por aquellos lugares.”

El dolor es el leiv motiv de la obra

Un dolor que se inicia en el pié y que se irá apoderando, de a poco, del pensamiento, del espíritu y de la palabra del guerrero. Intenso, quemante, lacerante. El dolor de Filoctetes se hace grito y aborta el habla para ahogarse en el silencio. El dolor no sólo fuerza al cuerpo hasta convertirlo en retorcido alambre ardiente, también pone al lenguaje en sus límites haciendo del silencio su forma expresiva más elocuente.

En la fragua del dolor, se funde su vida entera. Tras 10 años de promiscua convivencia, el dolor empieza a ser parte de sí. Para entonces, la muerte parece ser la única opción válida. *“¿Por qué si te llamo sin cesar, día tras día, no puedes llegarte de una vez?”*

El dolor físico es el punto de partida de la tragedia pero el dolor de Filoctetes va más allá de su pié. Invade otras zonas de su existencia. Sus compañeros pusieron su parte,



Lic. Isabel del Valle

cuando aprovechando la distracción del sueño, lo abandonaron en la desierta Lemnos.

“...soy Filoctetes, dueño de las armas de Heracles, a quien Ulises y sus hombres arrojaron en este desierto lugar, atacado por fiera dolencia, berido por la mordedura sangrienta de un venenosa serpiente; y en este estado, esos miserables me abandonaron cuando me vieron dormido, dejándome solo como al más mísero de los mendigos. Imagina cuál fue mi desesperación al ver en la lontananza los navíos en los que había venido y no ver a nadie que pudiera aliviar mi mal, y aunque miraba a todas partes, no encontraba ante mí más que sufrimiento y desesperación...”

El dolor físico conduce a otro nivel de sufrimiento: el dolor psíquico del abandono.

Filoctetes padece en la soledad más sublime y trágica: la del dolor intransferible y no compartido.

El dolor tan intenso plasmó en él la identidad de sufriente, algo que sus compañeros nunca le reconocieron. Los propios miedos lo impedían.

Filoctetes tenía vedado “sufrir a sus anchas”. No ser aceptado por sus pares lo terminó de condenar a la más absoluta soledad emocional.

El griego es un ser social por excelencia, por eso, la pérdida de la pertenencia es muy significativa. Además del dolor, el abandono lo priva del habla, otro signo de la naturaleza social del hombre, también valorado por la mentalidad griega.

Por eso, la aparición de **Neoptolomeo**, tras tantos años de aislamiento, le permite recuperar la palabra.

Filoctetes encarna la pérdida de dos valores muy preciados por la sociedad helénica: **la palabra y la sociabilidad**.

La razón por la que lo dejan en Lemnos ya habla de la hondura de la significación del dolor. El dolor lacerante nunca está solo, va acompañado de gritos, quejas, muecas y torturados silencios que darían algún alivio al alma fatigada pero serían una escena intolerable para los que estuvieran cerca.

El dolor de uno afecta al otro y lo pone a prueba. Es difícil mantenerse imperturbable ante el hombre que padece. Cada uno responde con los recursos que tiene a mano. Acompañar a quien sufre pone en juego una constelación de valores, virtudes y defectos: tolerancia, indiferencia, compasión, repudio, consuelo.

El dolor torna vulnerable a quien lo sufre

El hombre desesperado es aquel que ya ha consumido su tiempo emocional de espera.

Ulises sabía de antemano que contaba con esa ventaja cuando volvió a buscar a Filoctetes. Sabía que un alma castigada es lábil a quien le ofrezca un poco de consuelo. Sin embargo no iba a ser una tarea fácil. Ellos fueron quienes lo habían abandonado al no poder soportar más sus olores y lamentos.

Ulises nunca dudó de echar mano a cualquier recurso con tal de conseguir su cometido. Como buen griego, siempre tuvo claro que la palabra no es inocente, que es un buen instrumento con capacidad de generar movimientos emocionales en el espíritu del que la escucha, especialmente si se trata de un espíritu desesperado. Y de esa vulnerabilidad se vale para engañarlo.

Filoctetes encarna la pérdida de dos valores muy preciados por la sociedad helénica: la palabra y la sociabilidad.

Distinta será la actitud de Neoptolomeo, quien no acepta especular con la angustia ajena. Gran parte de la tragedia pasa por los recursos de los que se valen estos hombres para convencer a Filoctetes de que vuelva con ellos.

Neoptolomeo, de noble cuna, sostenía *“para los hombres bien nacidos, lo moralmente vergonzoso es aborrecible”* y más si se aplica a alguien psicofísicamente débil. Especular con la fragilidad ajena, le genera conflictos de conciencia.

En la imagen quebrada de Filoctetes, halla la posibilidad de mostrar su nobleza de espíritu al dar una respuesta compasiva:

“Yo siento compasión ante ese desdichado, sin que se preocupe de él ningún mortal, y sin ninguna mirada que le acompañe; siempre solo, sufre cruel enfermedad y se angustia ante cualquier necesidad que se le presente.” “Sufro hace rato mientras lamento las desgracias que te afligen.”

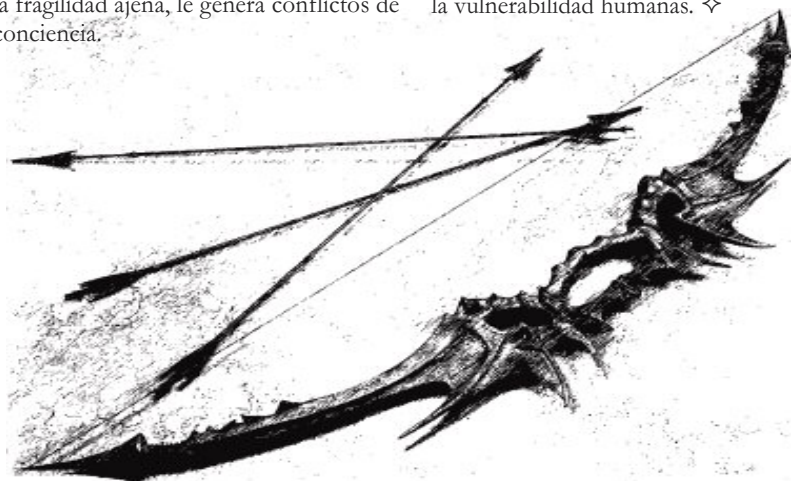
Manipulación y engaño; verdad, persuasión y compasión, dos respuestas ante el la vulnerabilidad y el dolor ajenos.

El abandono al que fue sometido Filoctetes lo expone también a otro nivel de dolor: la angustia del olvido, esa forma de existencia propia que pervive en la memoria de quien nos recuerda. Cada año de aislamiento debilitaba la ilusión de existir, al menos, en el pensamiento de alguien.

Tal vez Filoctetes haya pensado, ingenuamente, que aquellos que lo habían abandonado, volvían pretendiendo reivindicar lo cometido. Tal vez ahora sí podría ser un enfermo admitido por los sanos. Sin embargo cuando advierte el interés que justificaba el regreso, se niega a embarcarse con ellos y, a cambio, elige quedarse solo y vivir en la autenticidad de su dolor. Ahora, es un dolor elegido, por el cual puede reconocerse en la identidad que los demás le niegan.

Aquel dolor que nació tan alejado de su voluntad, cuando la serpiente mordió su pié, es ahora su razón de ser. Filoctetes es ya el dolor, es su herida y como tal quiere ser reconocido y aceptado.

La tragedia deja al descubierto los límites y los miedos a los que el dolor expone, tanto al sano como al enfermo. Filoctetes de Sófocles es una alegoría del sufrimiento y la vulnerabilidad humanas. ✧



médicos en las calles de buenos aires

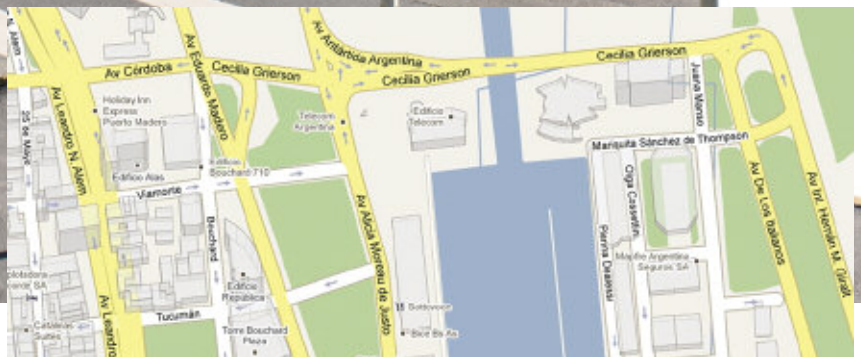
CALLE "CECILIA GRIERSON"



Prof. Dra. María de Carmen Binda



Dr. Alfredo E. Buzzi - Director Médico



Calle Cecilia Grierson en el mapa de la ciudad.

La calle **Cecilia Grierson** forma el límite Este de **Puerto Madero** (el barrio más nuevo de Buenos Aires), junto con las avenidas **Elvira Rawson de Dellepiane** (al Oeste), **Ingeniero Huergo** y **Eduardo Madero** (al Norte), y el **Río de la Plata**, el **Riachuelo** y la **Dársena Sur** (al Sur).

El barrio de Puerto Madero debe su nombre al comerciante **Eduardo Madero**, cuyo proyecto de puerto para la ciudad de Buenos Aires triunfó sobre el del ingeniero **Luis Huergo**. Las obras finalizaron en marzo de 1898, durante la Presidencia de **Julio Argentino Roca** en 1882, pero en menos de 10 años de su construcción, se evidenciaron sus limitaciones, cuando el fuerte crecimiento del intercambio comercial los

volvió poco funcional. Entre 1911 y 1925 comenzó a construirse el **Puerto Nuevo**, basado en la propuesta inicial de Huergo.

A partir de esto, la zona de Puerto Madero quedó relegada y un tanto aislada de la ciudad, más allá de la inauguración del **Balneario Municipal** en 1918, y la apertura en la década de 1920 de una serie de cervecerías, que ofrecían a los visitantes números de variedades (varietés), siendo la más famosa **"la Munich"** (hoy sede de la *Dirección General de Museos*). En la década de 1950 la **Costanera Sur** empezó a perder terreno en las preferencias de los porteños. En las décadas de 1970 y 1980 se rellenaron terrenos aledaños al río, clausurando definitivamente el balneario y dando origen, sin

saberlo, a lo que hoy es la **Reserva Ecológica** (declarada así por el Concejo Deliberante en 1986).

En 1989, por iniciativa del intendente **Carlos Grosso**, se creó la **Corporación Antiguo Puerto Madero**, y se tomó la decisión de incorporar definitivamente la zona al tejido urbano, impulsándose también la simbólica reconciliación de la ciudad con su río. En febrero de 1992, la Corporación organizó un concurso de ideas para pautar su urbanización. Primero llegaron los restaurantes, luego los edificios corporativos y las oficinas comerciales, y hoy la tendencia son los departamentos residenciales.

La **Ordenanza N° 49.668** dictada en el año 1995 por el ex Concejo Deliberante le pu-

so nombres de mujeres a las calles que surcan el nuevo barrio de la ciudad. En todos los casos se trata de heroínas de carne y hueso, que lucharon con valentía contra los prejuicios de su época.

Provenientes de distintos orígenes sociales, con distintas profesiones, a todas ellas las une un objetivo común: la defensa de la igualdad, la libertad y la independencia. Revolucionarias en el cabal significado de la palabra, abrieron el camino para el logro de derechos civiles y políticos que hoy nos parecen naturales. Precursoras y combativas, muchas de ellas fueron burladas y despreciadas por la sociedad de su época.

A pesar de haber hecho historia, muchos de sus nombres nos parecen extraños. Tal vez éste sea el caso de Cecilia Grierson, la primera médica de Latinoamérica.

Cecilia Grierson, para muchos una desconocida, es la referente de un grupo de mujeres, que desafiando barreras de indiferencia y rechazo lograron imponer enormes cambios en los derechos femeninos en la sociedad del siglo XIX. Fue la primera mujer que logro obtener el título de médica en una Universidad Argentina (y de Latinoamérica).

Nació el 22 de noviembre de 1859, en Buenos Aires, hija de **John Parish Robertson Grierson**, de origen escocés, y de **Jane Duffy**, de origen irlandés.

Su primera infancia transcurrió en la estancia de su padre en Entre Ríos. Completó sus estudios primarios en colegios ingleses de la ciudad de Buenos Aires, regresando a Entre Ríos a la muerte de su padre, a fin de colaborar en el sustento económico del hogar. A los 14 años de edad y siendo aún estudiante, instaló con ayuda de su madre una escuela en lo que quedaba de la opulenta estancia de los Grierson. Ejerció la docencia durante 3 años sin ser maestra, costumbre



...la referente de un grupo de mujeres, que desafiando barreras de indiferencia y rechazo lograron imponer enormes cambios en los derechos femeninos en la sociedad del siglo XIX.

habitual en esa época cuando los maestros rurales eran muy escasos. Su sueldo era pagado a su madre, dada su minoría de edad. Luego viajó a Buenos Aires para estudiar en la **Escuela Normal de Maestras**, fundada y dirigida por **Emma Nicolai de Caprile**, pedagoga traída por **Domingo F. Sarmiento** desde los Estados Unidos. Se graduó en 1878, y dictó clases en escuelas primarias y secundarias, colaborando también con la fundación de un curso normal en la escuela de la parroquia de San Nicolás.

Motivada por el deseo de luchar contra las enfermedades y el dolor que estas provocan, decidió estudiar medicina, a pesar de que hasta fines del siglo XIX la carrera de medicina estaba reservada al sexo masculino.

Siendo estudiante fundó la **Primer Escuela de Enfermeras de América Latina** con un plan de estudio formal, siendo su directora hasta 1913. Entre otros aportes, Cecilia Grierson estableció el uso del uniforme de enfermera el cual fue adoptado por la mayoría de los países latinoamericanos.

En 1886 la Ciudad de Buenos Aires se vio azotada por una epidemia de cólera. Se improvisaron lugares de atención y refugios para los enfermos. Uno de ellos fue la **Casa de Aislamiento** (actual *Hospital Muñiz*), donde la estudiante Cecilia Grierson trabajó como ayudante junto a **Dr. José María Penna** y el **Dr. José Estévez**. En este momento cursaba el quinto año de la carrera de Medicina y se desempeñaba como ayudante de Histología. Fue posteriormente Practicante interna del **Hospital Escuela "Buenos Aires"** (en las guardias dirigidas por el **Dr. Juan B Justo**) siendo nombrada en 1888 *Practicante Menor del Hospital Rivadavia*. Luego de superar serios obstáculos por su condición de mujer logró graduarse en el plazo normal de 6 años, el 2 de julio 1889, a los 30 años de edad.

Su tesis de graduación versó sobre *"Histero-ovarotomías ejecutadas en el Hospital de Mujeres, desde 1883 a 1889"*. Apenas recibida, se incorporó al **Hospital San Roque** (actual **Hospital Ramos Mejía**) dedicándose a la ginecología y a la obstetricia, ya que se le negó la posibilidad de trabajar como cirujana por su condición de mujer.

En 1891 fue uno de los miembros fundadores de la **Asociación Médica Argentina**. En 1892 fundó la **Sociedad Argentina de Primeros Auxilios** que más tarde se incorporó a la **Cruz Roja Argentina**. Logró que se abrieran salas de Primeros Auxilios en varios pueblos, para cooperar en la asistencia de los enfermos. Estableció un consultorio-escuela psicopedagógico para



Cecilia Grierson en su juventud.



En la Facultad de Medicina.



Tomando examen.

niños con problemas de conducta, de fonnación y de aprendizaje, y colaboró con la realización de la primera cesárea que tuvo lugar en la Argentina.

En 1894, se presentó en el concurso para cubrir el cargo de Profesor Sustituto de la Cátedra de Obstetricia para Parteras. El concurso fue declarado desierto, porque en aquellos tiempos las mujeres no podían aspirar a la docencia universitaria. En 1897 publicó *"Masaje Práctico"*, libro precursor de la técnica kinesiológica.

En 1899 viajó a Europa para desempeñar en Londres la vicepresidencia del **Congreso Internacional de Mujeres**, y luego realizar durante cinco meses en París cursos de perfeccionamiento en Ginecología y Obstetricia con los profesores **Samel Jean Pozzi** y **Martin-Théodore Tuffier**, entre otros. Antes de regresar a la Argentina visitó clínicas y establecimientos hospitalarios de renombre en Viena, Berlín y Leipzig.

En 1900 fundó el *Consejo Nacional de Mujeres*, la *Asociación Obstétrica Nacional* y la *Revista Obstétrica*. Presidió el *Congreso Argentino de Mujeres Universitarias* y se destacó en la *Comisión de Sordomudos del Patronato de la Infancia* y en numerosos cargos y misiones que le encargaran las autoridades.

Pese a la inhibición que recaía sobre las profesionales médicas de su sexo, de alguna manera ejerció la docencia universitaria dictando cursos sobre *"Gimnasia Médica y Kinesioterapia"* en la Facultad de Medicina (1904 y 1905), y desempeñándose como adscripta a la Cátedra de Física Médica y de Obstetricia.

Fue fundadora de la **Sociedad de Economía Doméstica** en 1902, siendo ésta el origen de la **Escuela Técnica del Hogar**, primera en su tipo en el país. Entre 1892-1899 integró el Consejo Nacional de Educación.



Cecilia Grierson (1859-1934).

Cecilia Grierson fue también pintora, escultora y gimnasta. Nunca contrajo matrimonio y no tuvo descendencia.

En 1899 publicó su libro *"Educación Técnica para la Mujer"*, y en 1910 publicó otro libro, *"La educación del ciego y el cuidado del enfermo"*.

Presidió el Congreso Argentino de Mujeres Universitarias y el *"Primer Congreso Feminista Internacional de la República Argentina"*, donde se analizaron temas como la situación de las mujeres en la educación, la legislación, el abandono de los hijos y la necesidad del sufragio femenino. Fue sufragista y pionera en la lucha por los derechos de las mujeres.

En 1927 viajó a Europa, en una misión encomendada por el gobierno argentino, para estudiar las técnicas educativas de los países desarrollados, y participó en Londres del Primer Congreso Eugénico Internacional.

Escribió varias obras, cuya temática predominante es la medicina. Algunas de ellas son: *"Primeros Auxilios en caso de Accidentes"* (1909), *"Guía de la enfermera"*, y *"Cuidado de enfermos"* (1912).

Concluyó un extenso estudio del Código Civil, en el cual mostraba que en la Argentina las mujeres casadas tenían el estatus de los niños, discriminándose en mayor medida que a las mujeres solteras o viudas respecto de los mismos derechos civiles de los hombres adultos. En 1926, se lograron algunos cambios cuando se reforma el Código Civil con la incorporación de muchas de sus demandas acerca de la condición de la mujer en el país, como ser la "posibilidad de disponer de sus propias ganancias, formar parte de sociedades civiles o mercantiles, etc."

Recibió incontables galardones y homenajes por su vida plagada de resultados en favor de la educación y la medicina Argentina, sin embargo nunca pudo ejercer una Cátedra en la Facultad de Medicina de la UBA.

Irónicamente, a la mujer que tuvo la audacia de ser la primera en obtener en nuestro país el título de *Médica Cirujana*, nunca se le ofreció la oportunidad de ser Jefa de Sala, directora de algún hospital, Médica Escolar, o Profesora de la Universidad.

Cecilia Grierson fue también pintora, escultora y gimnasta. Nunca contrajo matrimonio y no tuvo descendencia. Donó una de sus propiedades en Los Cocos para construir una escuela (Escuela N° 189, que lleva su nombre).



Plaza Cecilia Grierson (Av. San Juan al 600).



Esquina Cecilia Grierson y Juana Manso.

Esta admirable mujer, que rigió su vida con el lema *"res non verba"* ("hechos, no palabras") falleció en el barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires el 10 de abril de 1934. Sus restos fueron inhumados en el Cementerio Británico de Buenos Aires.

En su homenaje, en 1935 se le dio su nombre a la **Escuela Superior de Enfermería de la Ciudad de Buenos Aires**, ubicada en la calle Ambrosetti 601. En 1967 se editó una estampilla con su nombre.

La ciudad de Buenos Aires le puso su nombre en 1980 a una de sus plazas, ubicada sobre la vereda Oeste de la Calle San Juan al 600, entre Chacabuco y Perú (ordenanza N° 35.659-1980), y en 1995 a una de las calles del nuevo barrio de Puerto Madero (ordenanza N° 49.668-1995), constituyendo el límite Este del barrio (es la continuación de la Av. Córdoba).

También otras ciudades de Buenos Aires y Córdoba han puesto su nombre a calles, plazas, escuelas y hospitales.

En 1988 comenzaron las actividades de la **"Fundación Cecilia Grierson"**, gracias a las ideas de un grupo de médicas que creyeron que su tarea profesional iba más allá de lo meramente asistencial. Pensaron que era necesario poder informar a la comunidad sobre distintos temas que, conociéndolos con más profundidad se traducen en una mejor calidad de vida.

En el año 2007 se estrenó *"Tierras Prohibidas"*, un documental guionado y dirigido por **Silvina Chague**, que parte de la historia de Cecilia Grierson para narrar una historia actual de discriminación. La actriz **Leonor Manso**, que encarna a Grierson, en un momento dice: *"Yo soy... soy una calle. Perdida entre otras calles. Otras calles con nombres de mujeres, paralelas y perpendiculares. Calles de mujeres que recorren obedientes el trazado de algún urbanista, amontonadas en un barrio nuevo de Buenos Aires, que así paga las culpas del olvido de la historia."* ✧

Prof. Dra. María de Carmen Binda. Jefa de División Radiodiagnóstico del Htal. J.M. Ramos Mejía.
Prof. Adjunta de Diagnóstico por Imágenes, Universidad de El Salvador.

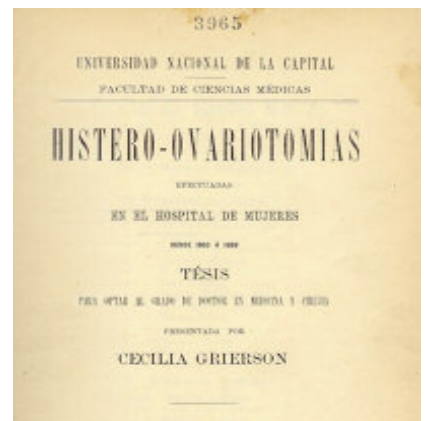
Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi. Director Médico de Diagnóstico Médico S.A.
Prof. Adjunto de Diagnóstico por Imágenes, Universidad de Buenos Aires.



Leonor Manso como Cecilia Grierson (*"Tierras Prohibidas"*, 2007).



En su madurez.



Su tesis (*"Histero-ovariotomías"*, 1889).

Bibliografía

- Barry, C. *Irish Migration Studies in Latin America*. 2008.
- Barrancos, D. *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos* (Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 2007).
- Buzzi A, Pégola, F. *Clásicos Argentinos de Medicina y Cirugía. T 1* (Buenos Aires, López Libreros Editores, 1993).
- Buzzi A, Pégola, F. *Diccionario bio-bibliográfico de médicos argentinos* (Buenos Aires, Ediciones Médicas del Sur S.R.L., 2010).
- Fundación Cecilia Grierson (www.ceciliagrierson.org/mision.htm) Consultado el 31 de octubre de 2010.
- Google maps. Consultado el 31 de octubre de 2010.
- Hanon, M. *Diccionario de Británicos en Buenos Aires (primera época)* (Buenos Aires, Maxine Hanon, 2005).
- Kohn Loncarica, A. *Cecilia Grierson: vida y obra de la primera médica argentina* (Buenos Aires, Stilograf, 1976).
- Marín G. *Cecilia Grierson. Mujer profana*. *Rev Arg de Cancerología* 2008, Vol XXXVI: 16-17.
- Nari, M. *Políticas de maternidad y maternalismo político* (Buenos Aires: Biblos, 2004).
- Santoro, D. *Tridimensional Guide of Buenos Aires* (Buenos Aires, Z Group S.A., 2007).
- *Tierras Prohibidas* (<http://www.tierrasprohibidas.com.ar/>) Consultado el 31 de octubre de 2010.
- Watson, R., Renetero L., Di Meglio G. *Buenos Aires tiene historia* (Buenos Aires, Ed. Aguilar, 2008).
- Zigliotto, D. *Las mil y una curiosidades de Buenos Aires* (Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2008).

arte & medicina

"Sentencia de muerte"

de John Collier



"Sentence of death" (1908).

El pintor John Collier era hijo del Juez Robert Collier (Primer Lord Monkswell). Fue educado en Eaton, y su intención original fue ser un diplomático.

Viajó al extranjero para estudiar francés y alemán, y por un tiempo trabajó como empleado en el Ministerio de Relaciones Exteriores. Pero luego regresó para pintar y, con el apoyo de Lawrence Alma-Tadema y John Everett Millais, estudió arte en la Escuela Slade (en Bloomsbury, Londres) con Edward Poynter, abrazando el estilo pre-rafaelita.

La Hermandad Pre-Rafaelita fue una asociación de pintores, poetas y críticos ingleses, fundada en 1848 en Londres por John Everett Millais, Dante Gabriel Rossetti y William Holman Hunt, que se inspiraron en el estilo artístico que se dio antes del maestro Rafael (de ahí el nombre).

Si bien como grupo constituido duró unos pocos años, su influencia en la pintura inglesa se sintió hasta entrado el siglo XX.

Más tarde, Collier se dedicó a los retratos, y fue uno de los 24 miembros fundadores de la Sociedad Real de Retratistas (*Royal Society of Portrait Painters*). Entre sus famosos retratos se incluyen los de Charles Darwin, T. H. Huxley, Ray Lankester, Lored Kitchener, Bland Sutton, Aldous Huxley, Rudyard Kipling, James Prescott Joule, y muchos otros.

Se casó, sucesivamente, con dos hermanas (hijas de T. H. Huxley) la primera de las cuales, Marion, también pintaba. Marion murió tempranamente luego de dar a luz a su única hija, Joyce, que fue pintora miniaturista.

Con su segunda mujer, Ethel, debió casarse en Noruega, ya que hasta el Acta de 1907 no era posible la unión entre cuñados en Inglaterra. Con ella tuvo otra hija, y un hijo, sir Laurence Collier, quien fue embajador del Reino Unido en Noruega.



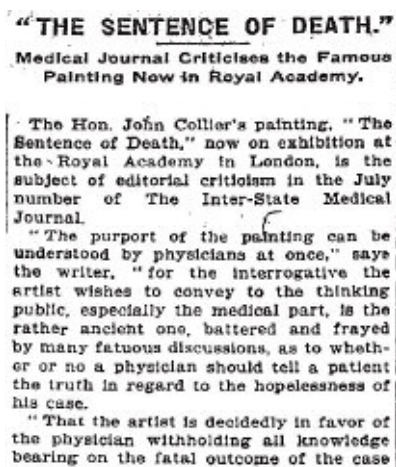
John Collier (1850-1934), retratado por su esposa Marion.

Collier realizó exhibiciones en la Royal Academy en numerosas ocasiones, hasta el mismo año en que murió.

Collier es conocido por sus pinturas de temas clásicos de estilo dramático y teatral, apelando a mujeres hermosas de la leyenda, los mitos, la literatura y la tradición como sus temas principales.

También tuvo un particular inclinación para exhibir tragedias psicológicas de la vida moderna, como **The Confession** ("La Confesión") de 1902, **The Prodigal Daughter** ("La hija pródiga") de 1903, **The Cheat** ("El Engaño") de 1905, **Marriage de Convenience** ("Matrimonio por Conveniencia") de 1907, **A Fallen Idol** ("Un Ídolo Caído") de 1913, y por supuesto, **Sentence of Death** ("Sentencia de Muerte") de 1908, que es la obra que presentamos hoy.

A pesar de un uso un tanto simple de la pintura, crea una verosimilitud desconcertante, incluso en los estados de ánimo.



Critica al mensaje de su cuadro.

En la medicina hay pocas situaciones más difíciles que tener que decirle a un paciente que su situación es incurable y que será fatal. Este cuadro de John Collier (1850-1934) es único por la forma en que muestra este evento.

Los tonos sombríos usados por el artista ayudan a enfatizar la gravedad de la situación. El paciente está sentado en forma incómoda, mirando al frente, aislado en su dolor. No ve un futuro. La palidez y el gesto de su rostro contrastan crudamente con las del médico.

Este hombre joven a quien se le ha dado su sentencia de muerte era **Gerald Layton Orr**, un amigo del artista.

Cuando la pintura fue exhibida por primera vez hubo muchas especulaciones en

cuanto a la verdadera naturaleza de la enfermedad terminal. Pudo haber sido una enfermedad maligna, o una enfermedad infecciosa incurable (la pintura fue realizada antes de la aparición de los antibióticos). El microscopio ubicado en el escritorio del médico sugieren tal vez su uso para examinar un esputo o una muestra sanguínea para el diagnóstico de tuberculosis o sífilis.

Este cuadro también generó una controversia en cuanto a la información que el médico le debe dar a su paciente. Collier fue criticado por sugerir que el médico debe decirle al paciente la verdad de su situación cuando no hay esperanza.

Estas obras fueron interpretadas en su momento como equívocas, y fueron llamadas "imágenes problema". Sin embargo, Collier afirmó que sus significados eran perfectamente claros. Estamos de acuerdo con él. ✧



*Dra. María Victoria Suárez
 Servicio Ecografía y Diagnóstico Mamario DM*

saber en salud

Más de 30 años de experiencia profesional
 al servicio de la salud

DM
 Diagnóstico médico

Junín 1023 - C1113AAE, CABA
 Tel.: 4821-6900/9800 4827-6300
 www.diagnosticomedico.com

Diagnóstico Médico es una Institución
 afiliada a la Facultad de Medicina de la
 Universidad de Buenos Aires

vidriera fotográfica

Larry Fink

La intuición como motor creador

En el marco de una serie de exposiciones y charlas organizadas los días 5 al 8 de octubre de este año en la fotogalería del **Teatro General San Martín**, se presentó el maestro de la fotografía social y el fotorreportaje **Larry Fink**. Aprovechando esta oportunidad única, tuve la posibilidad de charlar con este genial fotógrafo e interiorizarme en carne propia sobre su original concepción de este arte.



Tan pronto como se inició la conversación, pude darme cuenta de las razones por las cuales es considerado uno de los mejores fotógrafos del siglo XX. Su concepción de la fotografía va más allá de lo meramente estético para llegar a la esencia más profunda de las situaciones y los seres a quien fotografía. Desde un ceño fruncido, una gota de sudor en la mejilla, o una mirada esquiva, sus fotos nunca son ajenas a las cualidades humanas y la complejidad del contexto que las componen, amalgamadas por esa increíble intuición para lograrlo todo en el momento exacto, algo que indudablemente aprendió muy bien de uno de sus más grandes influencias, el francés, **Henry Cartier-Bresson**.



Fink en uno de los momentos de la muestra deleitando con su talento musical.

Sin dudas esa intuición, que con tanto énfasis destacó cuando le pregunté sobre las cualidades necesarias para un buen fotógrafo, viene intrínsecamente ligada a la espontaneidad y sencillez en su estilo y modo de comunicarse. De hecho, y a modo de anécdota, cuando uno de los fotógrafos presentes le preguntó sobre su fuente de inspiración para su serie de famosas fotografías del mundo del jazz (otra de sus grandes aficiones y talentos), sin mediar palabra sacó una armónica de uno de los bolsillos de su gastado chaleco y, para sorpresa de las personas ajenas a la conversación, improvisó en medio de la sala de exposiciones algunas originales notas de jazz.

Pero hablar de su obra implica no solamente hablar de esa capacidad innata para captar el "instante decisivo" tan buscado por todo fotógrafo, pero logrado en forma magistral por unos pocos. Hablar de su obra también implica hablar de esa perfección técnica, a veces rebelde a formalismos (basta mencionar la memorable serie fotográfica realiza-

da para la campaña presidencial de **Barack Obama**), y de su visión poética y casi teatral de la realidad, que muchas veces recuerda a las magníficas postales parisinas de **Brassaï**.

Otro de los aspectos a destacar en su estilo tiene que ver con sus ideales progresistas y su profunda conciencia social (importante influencia de sus padres), plasmados en gran parte de sus obras, pero en ocasiones desde perspectivas poco convencionales, apelando incluso a la ironía. Cómo puede entenderse sino la increíble sensibilidad con la que retrató a la clase trabajadora rural de Pennsylvania, para luego internarse en el seno de las fiestas más lujosas de la elite neoyorkina, logrando memorables tomas que despuntan un pictorialismo, una sensualidad y una contundencia visual pocas veces vista. Precisamente estas series fueron las protagonistas de su celebrada exposición individual realizada en el año 1979, en el **Museo de Arte Moderno de Nueva York (MOMA)** y de su posterior libro "**Social Graces**", que lo catapultaron al panteón de las grandes figuras de la historia de la fotografía.

Es mucho lo que puede decirse de su obra, y mucho más aún luego de entender, si cabe la expresión, el cómo y el por qué de tal producción. Pero, tal como lo dijo en uno de los momentos de la charla, "*uno debe dejarse guiar por lo que siente, observar y lograr una empatía con la persona que tenemos enfrente, pues así se originan los mejores resultados*". Esa actitud desprejuiciada, tímida y a la vez atrevida, más relacionada con una "*búsqueda inocente*" -como él mismo lo define- que con un abordaje frío y racional de la realidad son, a mi juicio, los factores que hacen de este personaje, uno de los ejemplos más importantes a seguir para todo individuo interesado no sólo en la fotografía, sino en el vasto y heterogéneo mundo de las artes visuales. ✧



Dr. Martín Valdéz - Residente Diagnóstico Médico



Una de las fotos más significativas de la serie creada con motivo de las elecciones presidenciales estadounidenses del año 2008. Genial instantánea del futuro presidente de los EEUU, la cual podría considerarse casi un ícono de ese período político en el país del norte. ©Larry Fink.

yo recomiendo

Eslovenia, una perla en Europa

Eslovenia es un pequeño país en el centro de Europa, que constituye una verdadera atracción.



Lago Bled en la región de Gorenjska, con la particularidad de tener una isla central en la cual edificaron una iglesia.



Con una extensión de 20.733km² (2000 km² menos que la superficie de la provincia de Tucumán), situado entre **Austria, Italia, Hungría y Croacia, Eslovenia** se ha convertido en un imán para el turismo internacional por su fácil acceso a través de cualquier medio de transporte.

Presenta una población de solamente 2.046.976 personas, siendo el turismo una de sus principales actividades económicas.

En sólo unas pocas horas de viaje en auto, los turistas pueden disfrutar de los majestuosos picos de los **Alpes**, relajarse en modernos spas y centros termales, admirar la animada vida de ciudades como **Ljubljana** y **Maribor**, bañarse en el mar **Adriático** y gozar de sus soleadas playas. Pero, además, Eslovenia posee otros atractivos, como el sistema de cuevas de **Postojna** y **Škocjan**, úni-

cas en el mundo, y una cocina que une muchas influencias de diferentes países europeos.

Eslovenia es una perla escondida en el mapa turístico de Europa. Un pequeño país situado en la parte sur de Centroeuropa. Desde distintas capitales europeas y tras sólo unas pocas horas en coche se puede llegar a su capital, Ljubljana. Los eslovenos son gente amable y la gran mayoría domina al menos una lengua extranjera, lo que facilita mucho la vida del turista.

Hagamos un viaje por Eslovenia

Comenzamos nuestro viaje en el norte, visitando una de las maravillas naturales de Eslovenia: los **Alpes Julianos**, la parte de esta cordillera montañosa europea situada en la región de Gorenjska, territorio esloveno entre Kranjska Gora, Bled, Bohinj y Bovec. En ella está ubicado el **Parque Nacional de Triglav**, una de las áreas protegidas más antiguas de Europa, con 84.000 hectáreas de mundo animal y vegetal intacto. El agua también es parte de la belleza natural de esta zona, por ello, como parte indispensable de nuestro recorrido, nos dejaremos cautivar por los lagos de agua cristalina de Bled y el Río Soča, con su salvaje caudal esmeralda.

Los amantes de la naturaleza y del turismo activo encuentran en este paisaje un para-

íso para la práctica de cualquier tipo de deporte: senderismo, mountain bike, bajada en kayak, pesca, escalada y desde luego el esquí, que es uno de los puntos fuertes de este pequeño país. Poco a poco, Eslovenia ha conseguido situarse como uno de los principales destinos europeos a la hora de practicar deportes de invierno, con dos centros importantes de esquí, situados en Los Alpes y en Pohorje.

Sus 46 kilómetros de costa, cálidamente bañados por el Adriático, constituyen un atractivo más a la hora de visitar Eslovenia. La calidad de los hoteles, la gastronomía, el entretenimiento, la variedad de eventos y, sobre todo, una infraestructura turística que está considerada entre las mejores del área del Adriático y situada al nivel del resto de Europa. **Portorož** es la mejor opción si lo que buscas es un ambiente chic y glamoroso, con entretenimiento, un puerto deportivo, hoteles de lujo y todo lo que abarca un destino diez para las vacaciones. Tanto es así que esta región ya era un destino muy famoso en la época del Imperio austro-húngaro. Un lugar particularmente interesante para visitar son las salinas de Sečovelje, situado al sur de Portorož, y designadas Parque Regional en el año 2003. Estas salinas existen desde el siglo XIV y constituyen una reserva natural única que cuenta con más de 200 tipos diferentes de aves migratorias y plantas exóticas.

Continuamos viajando por el sur del país y nos introducimos en un mundo mágico sumergido bajo tierra: el sistema de cuevas de



Dr. Adrián Gaser - Residente Diagnóstico Médico

Postojna y Škocjan. Las cuevas de Postojna gozan de una reputación de más de 800 años. Más de 30 millones de turistas de todo el mundo han visitado los aproximadamente cinco kilómetros y medio que han sido desarrollados para las visitas turísticas, de los cuales tres kilómetros y medio son recorridos por un tren eléctrico. Las características particulares de las cuevas de Škocjan han ayudado a que la UNESCO las incluyese dentro de la lista de lugares de herencia natural mundial.

Por último, no podíamos regresar a casa sin visitar alguna de las ciudades más importantes del país. Sin duda alguna su capital, **Ljubljana** es la joya de la nación. Con el encanto de una ciudad pequeña y confortable pero vibrante, como si se tratase de alguna de las capitales más inmensas del mundo, esta ciudad eslovena posee numerosos atractivos culturales, las mejores boutiques para hacer tus compras, restaurantes, teatros, una excitante vida nocturna y todo lo necesario para el disfrute y la diversión. Además, cada una de las calles y rincones del centro de la ciudad se convierten en una obra de arte ya que tanto el Art Nouveau como el Barroco están perfectamente preservados en sus monumentos y edificios más emblemáticos, muchos de ellos creaciones de **Jože Plečnik**, artista modernista de fama internacionalmente reconocida.

A la hora de comer Eslovenia propone platos típicos, con una amplia variedad de platos, e influencia de la cocina europea y austro-húngara. Podemos destacar el *golaž* (*goulasch*), guiso a base de cebolla y carne, y el *ričet*, otro tipo de guiso a base de cebada y carne. No podemos evitar probar toda clase de embutidos desde salames, jamón crudo y distintas clases de chorizos, especialmente los ahumados. Cada región propone diferentes tipos de especialidades. Para los postres debemos probar el *štrudelj*, que puede ser de manzana, cereza o de ricota. Si uno se encuentra paseando por las ori-

llas del lago **Bled** a la tarde, le recomiendo que pruebe *keremšnite*, con un rico té frutal. Todas estas comidas, pueden ser acompañadas por ricas cervezas artesanales o vinos de alta calidad. Al ser un país con invierno crudo, no faltan los aguardientes, obtenidas de destilaciones de múltiples frutas, como cerezas, peras, ciruelas entre otras.

¿Cómo es que conozco tanto este pequeño país? Mis padres nacieron en Eslovenia. Durante la segunda guerra mundial, por motivos de la persecución político-religiosa del comunismo, tuvieron que abandonar, junto a sus padres, su tierra natal. De esta forma, muchísimos eslovenos arribaron con las manos vacías a la Argentina. Con una profunda tristeza por el destierro, sintieron la necesidad de juntarse y así mantener sus raíces y costumbres. Por tal motivo nuestros antecesores fundaron coros, grupos de teatro, escuelas de idioma esloveno, grupos folclóricos, etc, todo ello con el afán de proteger su cultura y religión. Es así como la colectividad eslovena en Argentina se fue organizando y fue creciendo sin parar desde hace ya 60 años. Hoy existen más de 6 centros eslovenos en el Gran Buenos Aires y una sede central en Floresta, con múltiples organizaciones culturales, deportivas, folclóricas y religiosas. Se estima que sólo en Buenos Aires hay más de 10.000 descendientes de eslovenos. Demás está decir que muchos de nosotros que pertenecemos a esta colectividad, si bien nacimos en Argentina y amamos esta tierra, hablamos el idioma esloveno y nos sentimos también eslovenos, gracias a nuestros padres y abuelos que nos transmitieron el amor por su tierra natal. ✧



El río Ljubljanica atraviesa el centro de la ciudad con el mismo nombre.



Triglav. Vista panorámica de la montaña más alta de Eslovenia, 2864 m.



Vista de la isla central del lago Bled.



Parque Nacional Triglav.



Ciudad costera de Portorož.



Castillo de Ljubljana, a pocos metros del centro de Ljubljana.



Grupo folclórico Pristava, con trajes típicos de la región de Gorenjska.



Asombrosas cuevas de estalagmitas y estalactitas.



Valle de Trenta. Un lugar único entre las montañas.



Río Soča. Un lugar ideal para la práctica de deportes acuáticos.



médicos artistas

Entrevista a la Dra. Cynthia Mut

Por el Dr. Sergio Gianni - Médico Ginecólogo del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo.

Este nuevo espacio de la revista DM MD está destinado a los médicos cuya pasión por el arte no se limita al ejercicio de la medicina (ciencia-arte), sino que también necesita manifestarse a través de otras actividades vinculadas al proceso creativo. Nuestro objetivo es conocer a estos "médicos artistas", saber un poco más sobre su otra pasión, difundir su obra y, quizás, estimular a otros profesionales con inquietudes similares a iniciarse o perseverar en la más genuina manifestación del alma humana: *el arte*.

Para esta entrevista hemos elegido a la **Dra. Cynthia Mut**, médica residente en la especialidad Diagnóstico por Imágenes, quién con gran generosidad nos ha abierto las puertas de su interior creativo.

Cynthia es una joven nacida en uno de los paisajes más bellos del mundo: la provincia de Misiones. Tal vez el haber crecido rodeada de tanta belleza, junto con una sensibilidad especial acaso heredada de alguno de sus ancestros, hayan sido los principales motores de su inclinación por la pintura. Comenzó a explorar su interior a través de la pintura siendo apenas una adolescente de 12 años.

Si bien en su familia no abundan los artistas, reconoce la influencia que un pariente lejano (primo de su abuelo materno), radicado en Alemania, ha tenido sobre su interés por el arte en general y la pintura en particular.

En efecto, su primer y más fuerte recuerdo vinculado con el arte es verse a sí misma recorriendo la casa de su pariente admirando las acuarelas que éste pintaba.

Quizás la influencia de estos recuerdos es mayor de lo que la propia Cynthia reconoce, ya que aquellas cosas que más nos impresionan en nuestra infancia tarde o temprano nos marcan un rumbo en nuestras vi-



Dra. Cynthia Mut, médica residente de Diagnóstico por Imágenes - Diagnóstico Médico

das. Un aspecto notable del arte es como suele influirnos y estimularnos. Un buen ejemplo de este “poder” del arte nos lo da la propia Dra. Mut cuando nos revela que su madre, motivada por la actividad de su hija, comenzó a pintar hace aproximadamente unos 6 años, y desde entonces madre e hija comparten no solo el amor filial sino también la misma pasión. He aquí otra cualidad fantástica del proceso creativo: no reconoce límite de edad, nunca es demasiado temprano ni demasiado tarde para crear.

Como la mayoría, Cynthia se inició por sus propios medios, tímidamente, pero al ir descubriendo su fascinación por la pintura, decidió tomar clases: “He tomado clases hasta los 18 años, luego inicié mis estudios universitarios en la ciudad de Corrientes y pintaba únicamente en mis tiempos libres. Tomaba cursos de pintura en Posadas, Misiones, con mi profesora de la infancia”, nos comenta.

La Dra. Mut ha explorado diferentes técnicas, pero nos refiere que su preferencia es por la técnica al óleo: “Prefiero pintar los cuadros al óleo, que me permite trabajar durante más tiempo sobre la figura definiendo las sombras y las luces, ya que se mantiene húmedo por unas horas. El acrílico es otra de mis técnicas favoritas”.

Al preguntarle como da comienzo a una pintura nos relata: “La mayoría de mis cuadros se inicia sobre un dibujo o fotografía ya existente, lo que lo diferencia de la copia original es el toque personal que le doy adaptándolo a mis gustos. Una obra nunca es igual a la otra, debido a que refleja sensaciones y sentimientos del artista al momento de la creación de la misma”.

En este punto de la entrevista Cynthia nos expresa con claridad que significa para ella la pintura: “Para mí la pintura es un momento de máxima expresión personal, donde logro relajarme y sentir que en ese instante solo existimos ‘la pintura y yo’”. Esta es, en mi opinión, una de las más brillantes síntesis sobre el significado del arte para el artista que yo haya escuchado alguna vez.

Ante la ineludible pregunta sobre la importancia que tiene la inspiración en su obra, Cynthia nos responde: “Siempre existe un momento de inspiración para la realización de la obra, sin ésta no hay arte sino un simple lienzo con diferentes pinceladas que no transmiten arte sino solo técnica. No existe lugar ni horario específico para pintar, sólo se necesita la inspiración para la creación”.

Ante esta respuesta no pude resistir la tentación de preguntarle porque se inclino por lo artístico: “Porque encontré en el arte un espacio en donde pude hallar paz y verdadera expresión, es el momento en donde me encuentro conmigo misma. Pintar es mi portal a meditar, pensar y reflexionar, y en donde puedo expresar y se hacen visibles todos mis sentimientos. Cada cuadro, cada pintura fueron y son etapas de mi vida, éstos han sido realizados con sentimientos y sensaciones diferentes y es por ello que en cada uno siempre encuentro algo especial que lo hace único e irrepetible”. La franqueza y la profundidad de la respuesta me eximen de todo comentario.

He aquí otra cualidad fantástica del proceso creativo: no reconoce límite de edad, nunca es demasiado temprano ni demasiado tarde para crear.

Como médico y pintor me interesaba saber como hace la Dra. Mut para compatibilizar ambas pasiones ya que ambas son sumamente exigentes en tiempo y energía, y su respuesta me confirmó que es éste uno de los mayores desafíos que enfrentamos quienes amamos la medicina y el arte: “Hoy en día no le dedico mucho tiempo a la pintura, debido a que tengo otras obligaciones que demandan la mayoría de mi tiempo”. Sin dudas es la misma repuesta que daríamos la gran mayoría, no sólo en referencia al arte sino también a otras actividades extra médicas que nos interesan.

El arte es quizás una de las actividades humanas más generosas, ya que no sólo deleita al espíritu del artista sino también al de aquél que, sin serlo, goza del arte. Y es también generoso en el sentido que todo artista es un potencial “maestro” de otros, aún sin proponérselo.

A propósito, conversamos con Cynthia sobre los pintores que más admira y cuya influencia en su obra es más fuerte: “Admiro a muchos pintores, la mayoría se dedican a la pintura realista, sería una larga lista si me pusiera a nombrarlos a todos, pero entre ellos se encuentran **Michelle Grant, Jorge Dager, Gianluca Corona, Juan Carlos Gianuzzi y Diana Mercado**, con estos dos últimos artistas tuve la oportunidad de tomar cursos, y de ellos aprendí técnicas que me ayudaron a mi aprendizaje como artista. Especialmente quiero nombrar a mi profesora”.





AMBITO MÉDICO & EMPRESA



Taller DM: Diagnóstico por imágenes en ortopedia y traumatología

El 25 y 27 de agosto de 2010 se llevó a cabo en la sede de Diagnóstico Médico este taller, que contó con la asistencia de 50 médicos traumatólogos. Fue dirigido por los Dres. **Sebastián Ballester** (Jefe de Servicio de Tomografía y Resonancia Magnética de DM) y el Dr. **Daniel Bouret** (Jefe de Servicio Htal Vélez Sarsfield). Coordinaron los Dres. **Mariano Ballester** (Centro Integral Traumatológico) y **Edgardo Agrazo** (Htal. Vélez Sarsfield). El secretario fue el Dr. **Francisco Fioriti** (Htal. Vélez Sarsfield). Además, participaron como disertantes los Dres. **Fabián Mamone** (Centro Integral Traumatológico), **Gabriel Jungberg** (Sanatorio Otamendi), **Pablo Sirna** (Inst. Dupuytren). Al finalizar el taller, los presentes disfrutaron de un lunch.



Campaña DM: "Prevención del cáncer de mama"

Año a año Diagnóstico Médico reafirma su compromiso con la causa de concientización sobre la prevención del cáncer de mama. En esta oportunidad realizó una campaña durante el mes de octubre, informando a través de folletería y ofreciendo una charla abierta a la comunidad sobre el tema.

sora **Kitty Neese** a la cuál admiro profundamente como artista y como persona y quien fue encaminándome día a día en el arte y, por sobre todas las cosas, me enseñó a amar y sentir a la pintura como un espacio en el cual puedo expresarme libremente".

Sin dudas, a todo artista le importa y le preocupa la opinión que los demás tienen sobre su trabajo y Cynthia no es la excepción: "En mi familia siempre recibí apoyo incondicional, y gracias a Dios, cuando tuve la oportunidad de exponer no recibí críticas malas sino constructivas en las cuales encontré fuerzas y entusiasmo para seguir con esta pasión. Si bien mis cuadros no son grandes obras, cuando mis compañeros de trabajo vieron algunos recibí palabras de aliento.

En una oportunidad expuse mis cuadros en una feria artística de mi ciudad natal, junto a mi profesora y compañeros de pintura. Fue una gran satisfacción poder mostrar a la gente lo que uno hace con tanta pasión y escuchar la opinión de los demás me resultó muy importante ya que perdí ese miedo al "qué dirán"."



Dr. Sergio Gianni - Médico Ginecólogo del "Instituto de Oncología Ángel H. Roffo"

Llegando al final de la entrevista con la Dra. Mut se me ocurrió preguntarle, ya que su especialidad médica consiste en la interpretación de imágenes, si encontraba alguna relación entre ésta y la pintura y si la elección de la misma puede haber sido influenciada por su pasión artística: "La especialidad que elegí creo que se relaciona ampliamente con la pintura (o al menos para mí), ya que las imágenes necesitan de una interpretación, para esto el médico juega con los diferentes contrastes y matices para poder llegar a una buena interpretación y con esto a un posible diagnóstico.

La ecografía, por ejemplo, es un arte ya que es necesario ser un buen explorador, apasionado por lo que realiza para buscar una imagen y de esta forma poder interpretarla. Con la pintura pasa algo similar, ya que jugamos con los diferentes colores y contrastes de los mismos, dando luces y sombras, formando de esta manera una imagen o expresión de un estado anímico, con toda la pasión y la dedicación, para que luego puede ser visualizada e interpretada por el observador.

Esa pasión que el pintor pone para la realización de sus cuadros, es la misma que pone el médico con sus pacientes y el médico radiólogo con las imágenes. Esto no significa que todas los pintores amantes de la medicina realicen diagnóstico por imágenes, ya que cada uno encuentra y relaciona lo que le apasiona desde su propio punto de vista".

Agradecemos a la Dra. Cynthia Mut por habernos enriquecido con sus conceptos y por haber compartido con nosotros un poco de su amor por el arte. ✧

La actividad de Diagnóstico Médico

Caminata AVON 2010



El sábado 25 de septiembre, en costanera sur, diez mil personas participaron de la **VI caminata de Avon "Un lazo por la vida"** sumándose a la lucha contra el cáncer de mama. Diagnóstico Médico, una vez más, estuvo presente auspiciando este evento tan importante para la concientización de la detección temprana de dicha enfermedad. A través de un comunicado dirigido a nuestra *Gerente Comercial y de Marketing, Sra. Paola Isturiz Guedes*, la *Lic. Silvia Zubiri, Dir. Ejecutiva Fundación Avon para la Mujer*, hizo extensivo su agradecimiento a todo Diagnóstico Médico por el apoyo brindado, destacando

que "gracias al aporte de empresas como Diagnóstico Médico, quienes con su responsabilidad solidaria y su energía, hacen posible que el Móvil esté presente en todos los rincones del país, será posible seguir haciendo que miles de mujeres tengan una esperanza de vida".



ALUMNI: historia, presente, futuro de Diagnóstico Médico



El 16 de septiembre pasado se volvió a realizar en Diagnóstico Médico, la fiesta de **Alumni**, agrupación de médicos, que alguna vez compartieron su actividad médica, formativa o académica en ésta prestigiosa institución. El evento se realizó en la sede Junin de DM con el objetivo principal de mantener viva la relación entre los antiguos residentes y la institución.



Participación de Diagnóstico Médico en congresos durante 2010



13º Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Del 24 al 27 de agosto Hotel Sheraton Buenos Aires.



XXXVI Congreso Nacional de Cardiología. Del 7 al 9 de octubre Sheraton Buenos Aires.



81º Congreso Argentino de Cirugía. Del 1 al 4 de noviembre. Hotel Sheraton Buenos Aires.



Del 9 al 12 de noviembre, en el Centro de Convenciones Palais Rouge se llevó a cabo el Congreso Nacional de Medicina, con la participación de 5.000 médicos.

médicos en tiempo libre

Tiempo de correr

Entrevista al Dr. Pastor Bravo



Una vez más DM MD, se acerca a profesionales médicos, para conocer sus gustos y actividades fuera de la medicina. En esta oportunidad entrevistamos al Dr. Pastor Bravo, Subdirector médico del Sanatorio San José, quien amablemente nos contó sobre su pasión por la actividad deportiva.

¿Cómo y cuándo comenzó en el mundo del atletismo?

Comencé a practicar atletismo a los 14 años en la escuela secundaria: Tomás Guido, de San Martín.

¿Qué lo llevo a elegir esta disciplina?

De casualidad... yo hacía handball en la escuela, y mi profesor, para que entremos en calor, nos hacía correr 5 vueltas alrededor del club donde entrenábamos. Yo siempre llegaba primero, mucho antes que los demás y él creía que hacía trampa, hasta que se dio cuenta de que tenía facilidad para el atletismo y me propuso que hiciera esta disciplina.

Después de un tiempo, en el año 79, comencé a

entrenar en el Club Gimnasia y Esgrima de Bs. As. con un profesor llamado Manuel Rivera, quien me entrena en la actualidad, con casi 92 años.

Siempre entrené, a excepción de cuando me recibí e hice la residencia, que fue un lapso de 10 años. En este tiempo lo hacía esporádicamente, no como para competir.

**¿Qué tipo de entrenamiento sigue?
¿Cuánto tiempo le dedica?**

El entrenamiento completo, en pista, lleva aproximadamente 2,30 hs. Esto incluye una entrada en calor, elongaciones, pasadas con repeticiones de determinadas distancias y luego volver a trotar.

Pero si salgo a trotar no supero las dos horas.

En una época, durante 4 o 5 años, mientras estaba trabajando llegué a hacer 11 entrenamientos en la semana.

Corría a la mañana 1 hora, volvía a mi casa a ducharme, me iba al trabajo contento, volvía, dormía un rato, aproximadamente media hora y (gracias a mi mujer que entendía mi locura) volvía a salir a correr nuevamente.

¿Requiere esta actividad una determinada conducta?

Sí, vida sana, y sobre todo descansar.

Los grandes maratonistas, que dedican su vida a eso y no trabajan, para llegar al nivel mundial, duermen de 12 a 14 horas.

Cuanto más entrenamiento exigente un atleta tolere a lo largo de su vida competitiva, lo acerca más a lo que quiere, que es batir un récord o mejorar su marca. Esto lo puede lograr si no tiene lesiones, con una preparación física adecuada y el descanso que evita las mismas. A veces un atleta rinde más si entrena menos y descansa bien.

¿Puede describir la sensación que le provoca el correr?

Me da sensación de "libertad", es poder conseguir una coordinación entre el cuerpo y la mente, saber que si me exijo, lo logro. Eso me da una sensación de "libertad" absoluta, y poder lograrlo da mucha satisfacción y placer.

¿Participa de maratones habitualmente?

Sí, de todas las que puedo.

¿Cuál fue la que mayor satisfacción le dio?

En el 2008 a los 45 años, con mucha lluvia corrí la maratón de la Ciudad de Buenos Aires, una de mis mejores carreras, "la carrera soñada". Con 5.500 personas, yo llegue en el puesto 11º, con 5 extranjeros y 5 argentinos.

Fue muy placentero para mí llegar bajo la lluvia y la sudestada que había.

En ese mismo año también salí subcampeón sudamericano en Rosario en 1.500 metros.

¿Cuál fue la distancia más larga que ha recorrido y cuál su mejor marca?

La distancia más larga fue 42 km, y mi mejor marca, en ese mismo recorrido, fue de 2 hs. 43 minutos. Fue en el año 2008.



Dr. Pastor Bravo, Subdirector Médico del Sanatorio San José.

¿Hay algún maratonista que admire? ¿Por qué?

Sí, un maratonista español llamado Diego García. El decía que quería conocer en la maratón el límite de sus posibilidades. No era un buen corredor en 10 km, era uno más del montón, y revolucionó el atletismo (para mí) en la carrera de fondo, porque él, demostrando que sin ser un buen maratonista, entrenó con disciplina, le ha ganado a los africanos y rompió varias veces su propio récord en España. Por eso lo tengo como un ídolo en lo deportivo y le tengo gran admiración porque sin tener las mejores cualidades llegó a estar entre los mejores con mucho esfuerzo.

¿Qué opina su familia acerca de esta actividad?

Mi esposa es la que hizo que vuelva a entrenar, al tiempo que nos casamos, como a ella también le gustaba correr, me propuso que volviéramos a entrenar los dos juntos, yo tuve que bajar unos 10 kilos que había aumentado, pero de a poco nos pusimos en estado.

Ahora nos turnamos, cuando ella tiene una competencia, yo me quedo en casa y compartimos las tareas del hogar.

¿A las maratones, podría definir las como recreación o competencia?

Nunca lo plantearía como algo recreativo, ya que

para poder correr una maratón hay que estar entrenado físicamente y si uno no tiene la preparación necesaria, puede lesionarse y sufrir consecuencias realmente peligrosas.

¿Que podría destacar del atletismo para la salud?

Es saludable practicar atletismo, siempre y cuando no se llegue a un nivel competitivo durante muchos años, ya que los atletas de alto rendimiento, necesitan de mucha exigencia física. Lo ideal y más sano es hacer un deporte tres o cuatro veces por semana.

¿Qué consejos le daría a corredores que gustaría iniciar en las maratones?

Primero hacerse un chequeo general, llegar a su peso ideal y para obtenerlo, probar con ciclismo o natación, para luego comenzar en forma progresiva a combinar caminata con trote hasta llegar a correr. ✧



Virginia Prado Quintás - Ejecutiva Regional DM



Dr. H. César Gotta - Director Diagnóstico Médico

colección de fotos

Dr. H. César Gotta



Copia digital del original: Colección Dr. H. César Gotta.

Fecha aproximada 1895.

Fotografo: Rimathe.

Técnica: Papel a la albumina.

Vemos el Boulevard Callao, que no es otro que la actual avenida. En primer plano, la cuadra entre Corrientes (angosta) y Lavalle. A la izquierda, el colegio que hoy existe sin mayores modificaciones de la fachada.

La toma se ha hecho a eso de las 11 de una mañana de mucho tránsito. Se ven muchos carros de transporte, abajo a la izquierda un coche de transporte y hasta un jinete. A mitad de cuadra un tranvía a caballos. Continuando por Callao, la cuadra entre Lavalle y Tucuman. A la izquierda el colegio y la iglesia del Salvador.

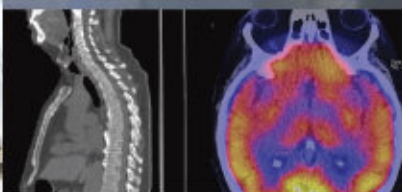


"Anticipando el próximo número":

En la próxima edición de la revista DM MD, una fotografía tomada aproximadamente en el año 1885/90. De Samuel Boote. El recreo Carapachay, en el Tigré.

PET/TC

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES



HA Hospital
Alemán
Deutsches Hospital

DM
Diagnóstico médico

Av. Pueyrredón 1640 - C1118AAT, CABA
Tel.: 4827-7078

www.hospitalaleman.com
cimágenes@hospitalaleman.com

Junín 1023 - C1113AAE, CABA
Tel.: 4821-6900/9800 4827-6300

www.diagnosticomedico.com
dm@diagnosticomedico.com

