

## Historia de la Nefrología Argentina

Daniel N. Manzor

### Entrevista a la Dra. Elvira Arrizurieta - Primera Parte -

**Dr. Daniel N. Manzor:** *Es una placer, Elvira, volver a encontrarte y cada vez que te veo me viene a la memoria el XV Congreso Internacional de Nefrología que se realizó en la Argentina en el año 1999 y que vos como presidenta de la SAN, presidiste y organizaste con tan buen resultado para la comunidad nefrológica.*



-Elvira Arrizurieta-  
- en el XV Congreso Internacional de Nefrología-  
- Argentina - 1999 -

### ¿Dónde se formó como médica nefróloga?

**Dra. Elvira Arrizurieta:** En marzo de 1961, a poco de recibirme como médica, ingresé al Instituto de Investigaciones Médicas donde inicié mi formación siendo director el Dr. Alfredo Lanari y mi Jefe directo Alfonso Ruiz Guiñazú. Entre marzo de 1962 y 1969 estuve en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, USA, trabajando con metodología de punta en fisiología renal (micropunción) con Carl W Gottschalk. Luego regresé al Instituto, donde aún permanezco.



Bywaters, EGL – Carl W. Gottchalken

En consecuencia, me formé en nefrología clínica en un Instituto de Medicina Interna de la UBA y completé estudios en ciencias básicas en el exterior, que luego proseguí en nuestro país al regresar.

### Dr. D.N.M: ¿Por qué se inclinó por la nefrología?

**Dra. E.A:** En realidad mi intención era formarme en un lugar con dedicación exclusiva, por eso intenté ingresar al Instituto, porque en ese momento era el único lugar con esa oferta.

Los estudiantes de Medicina que habíamos ingresado en 1952 o 1953 a la Facultad teníamos incluido en el plan de estudios rotaciones trimestrales obligatorias por servicios de obstetricia, pediatria, medicina interna y medicina de urgencia. Durante ésta última rotación discutíamos entre nosotros respecto a nuestro futuro profesional. Entre los lugares más atractivos para iniciar nuestra actividad de post grado figuraba el Instituto de Investigaciones Médicas, creado y dirigido por Alfredo Lanari, quien aparecía ante nosotros como un individuo con pensamiento propio y fuerza suficiente para independizarse y oponerse a las tradicionales camarillas del Hospital de Clínicas y con ideas renovadoras, como lo eran las residencias en medicina interna, la investigación y la dedicación exclusiva. Del grupo del Hospital Vélez Sarsfield, donde yo cumplí la rotación de medicina de urgencia, solo tres de nosotros fuimos más tarde al Instituto: Kremer, Muchnik y yo.



-Prof. Dr. Alfredo Lanari-

Muy poco tiempo después de fallecer mi padre, en febrero de 1961, fui al Instituto a entrevistarme con Lanari para solicitar mi ingreso. Él me preguntó “por qué había venido” y le contesté tímidamente que “yo era del campo, que estaba en Buenos Aires para perfeccionarme y que el Instituto me atraía por la posibilidad de acceder a una dedicación exclusiva”. Años más tarde Lanari me dijo que en ese momento “yo le había impresionado como una pobre diabla”. Me ofreció ingresar a la residencia en medicina o bien a algún otro servicio donde se necesitaba gente: anatomía patológica o riñón. No olvidó recalcar que “el hecho de ingresar no le daba a uno derecho a permanecer indefinidamente en el Instituto a no ser que demostrara, a lo largo de por lo menos 6 meses, tener fuego sagrado”. Para el mes que corría, fines de febrero de 1961, yo ya no alcanzaba a prepararme para ingresar a la residencia en medicina interna. Además mi ánimo tampoco era bueno para estudiar en ese momento. En consecuencia, volví al Instituto en el momento indicado por Lanari y le pedí entrar a uno de los servicios que me había ofrecido. Me dijo que “iría a Riñón pero que, tanto yo como un tal Firmat, que venía del CEMIC, estaríamos condicionales hasta que el Jefe de esa sección, Alfonso Ruiz Guiñazú, llegara del exterior”. Ruiz estaba en Göttingen, Alemania, trabajando con Karl Ullrich en investigación.



-Karl Ullrich-  
-Instituto Max Planck, Alemania-

En ese momento llegó también al Instituto, procedente del CEMIC, Jorge Firmat. El personal de la sección nefrología lo completaban Manuel Arce, Ricardo Peña y Laura Yelinek bajo la dirección de Alfonso Ruiz Guiñazú. La Sección Riñón, como también se llamaba, tenía una técnica de diálisis (Elizabeth Snetzer, entrenada por el mismo Alfonso Ruiz Guiñazú) y un laboratorio de medio interno propio, con dos técnicas (Raquel García y Julia Olaverría) y dos mucamas (Lorenza Barrera y Felisa Galeano).



-Karl Ullrich – Alfonso Ruiz Guiñazú-

**Dr. D.N.M: ¿Qué recuerdos tiene de sus compañeros y de la tarea diaria?**

**Dra. E.A:** Ricardo Peña era un individuo muy bromista que más tarde se pasó al área sanitarista y fue sub director del Hospital Fernández. Laura Yelinek era de Misiones y vivía torturada por la angustia que le producía la impuntualidad de Firmat que debía reemplazarla en las guardias. Firmat, por su parte, siempre estaba listo para el chiste para justificar su impuntualidad. Además, si uno quería prestar atención o participar en alguna reunión o ateneo era mejor estar lejos de él para no distraerse.



-Ilse Wiese (Téc.) – Raquel García (Téc.) – Jaime Coelho –  
-Alfonso Ruiz Guiñazú – Laura Yelinek – Ines Puchetta (muc.)  
-Irma Genegro (Téc.) – Susana Brocca (Téc.)  
– Ricardo Montoreano-

Nosotros cinco fuimos los precursores de la residencia en nefrología, que se creó oficialmente varios años después. El grupo trabajaba todo el día junto pero, a partir de las 18 horas solo quedaba el que estaba de guardia, que tenía a su cargo hacer las determinaciones bioquímicas necesarias si alguien ingresaba o si se descompensaba algún otro y, además, dializar. Como éramos cinco los que hacíamos guardia nos tocaba un sábado y un domingo de recargo cada cinco semanas. Esto funcionó así hasta que se crearon las residencias en nefrología. No tuvimos reemplazantes por años. La Sección Riñón funcionaba en la misma área donde está hoy, segundo piso a la izquierda. En un cuarto estaba el riñón artificial y la cama balanza donde se acostaban los pacientes. Esa cama generó varias lumbalgias a las enfermeras cuando debían cargar allí a los enfermos, pero era indispensable cuando se practicaba una exanguinotransfusión porque ayudaba a controlar el balance entre ingresos y egresos de los pacientes. También estaba el hervidor de celofán y mesadas con armarios bajo mesada que albergaban cuanto tesoro tenía la sección pero, por supuesto, todo estaba custodiado por Elizabeth.

En la habitación contigua estaba el laboratorio con el colorímetro Bausch & Lomb, el fotómetro Baird y el osmómetro Fiske y cientos de pipetas de vidrio de enrase simple y doble, cuidadosamente acondicionadas por Elizabeth. Entre ambos cuartos había una ventanita, como un pasaplatos, por donde iban y venían los informes. Enfrente del cuarto del riñón artificial había un tercer cuarto donde estaba el peachímetro, balanzas, matraces y, al lado, el droguero. Debo decir con pena que el glorioso Kolff Brigham, cuando cayó en desuso, fue vendido por el entonces director del Instituto que sucedió a Lanari, como chatarra. Se decía que “éste señor no podría ganar un concurso para dirigir un Instituto, ni en el lugar más remoto”. Se dedicaba a ir a remates. Compraba sillas usadas, colorantes, etc. Alguien lo llamaba el cuenta sábanas. En el Instituto rechazó una compra porque el papel higiénico no tenía los 84 metros reglamentarios. Él decía orgulloso que todas esas triquiñuelas las había aprendido del gobierno tripartito de la Facultad de Medicina. Cardiólogo, atendía en privado a un destacado personaje militar. Creemos que eso sirvió para proteger al Instituto de los milicos del '76.

**Dr. D.N.M:** *¿Con quién dializó la primera vez y qué recuerdos tiene?*

**Dra. E.A:** La persona con quien aprendí a dializar fue Manuel Arce. Manuel se destacaba por su capacidad

para resolver lo que hubiera que resolver y asombraba con sus diagnósticos en los ateneos anatomopatológicos. Por supuesto Ruiz Guñazú supervisaba cada cosa obsesivamente. En los primeros tiempos ni siquiera nos dejaba lavar el riñón artificial entre diálisis y diálisis, y tampoco armarlo.



-Jorge Firmat – Alcira Nesse – Alicia Fernandez –  
-Manuel Arce – Elvira Arrizurieta

El problema de mi maestro -y supongo que el de todos los que alguna vez enseñaron a dializar en esa época- era cómo hacer para dejar sólo al alumno a cargo de la guardia, aún de noche cuando los que quedábamos en el Instituto éramos pocos (uno o dos residentes y algunas enfermeras). “El destete”, por así decirlo, lo hizo usando recursos sutiles. “Bajo a la biblioteca” dijo una vez y, en otra oportunidad, “voy a hemoterapia”, etc. Lo cierto es que se había ido.

Nosotros (Manuel, Jorge, Laura, Ricky y yo) seguimos varios años dializando siendo a veces aliviados de nuestra tarea por otros que venían a entrenarse. Fuimos luego reemplazados por los residentes en nefrología. Recuerdo especialmente entre los pasantes a Hernán Castillo García, un peruano que había estudiado Medicina en Buenos Aires y se había casado con una argentina. Era un tipo excelente. Llegó con un equipo fotográfico despampanante con un flash profesional y documentaba cada acto con una foto. Una vez estábamos con él y Arce frente a una paciente rubia con síndrome de Mondor, parecía una estatua de bronce, y Castillo gatilló su cámara. En ese instante la paciente expiró y Arce muy serio lo acusó a Castillo de haberla matado con el flash. Otro de los pasantes era un turco tucumano, Choua, que era capaz de empezar a dializar a las 4 de la mañana para no perderse un partido de River. También aparecieron por esa época Raúl Paz y Claudio Suárez, un becario de Raúl Carrea.



-Raúl Paz – Elvira Arrizurieta – Claudio Suarez - Graciela Espinosa (Téc.) – Jaime Coelho – Hernán Castillo García (Perú) – Raquel García – Alfonso Ruiz Guiñazú – Manuel Arce – Clemente O. Choua-

Después de 4 o 5 años en diálisis le pedí a Lanari que me relevara. Yo era ya becario de perfeccionamiento del CONICET, tarea que cumplía además de la diálisis, y quería irme al exterior. Lanari enojado me dijo “¿Ud. se cree que ya aprendió todo?”. Luego me citó a la Dirección, pidió a Ríos (un mucamo que siempre lucía las uñas sucias) un té para nosotros dos y me dijo: “cuando alguien va a recibir una mala noticia, primero hay que tratarlo bien” En verdad no me dio ninguna mala noticia, era una broma. En 1966 me fui a USA, como ya dije, a trabajar con Carl W. Gottschalk en micropunción, técnica que revolucionó el conocimiento de la fisiología renal.

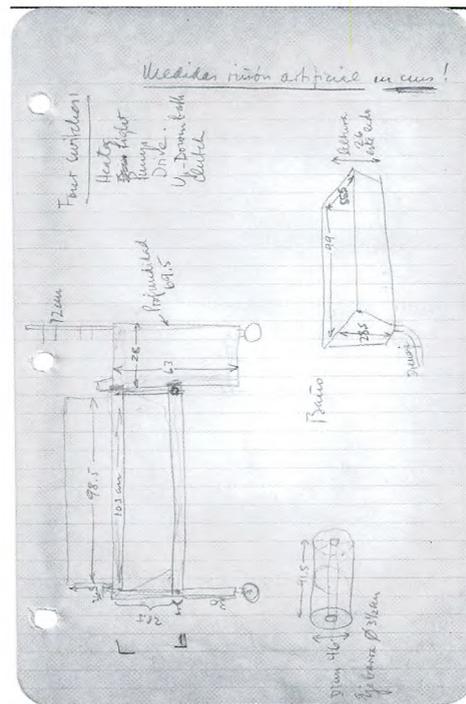
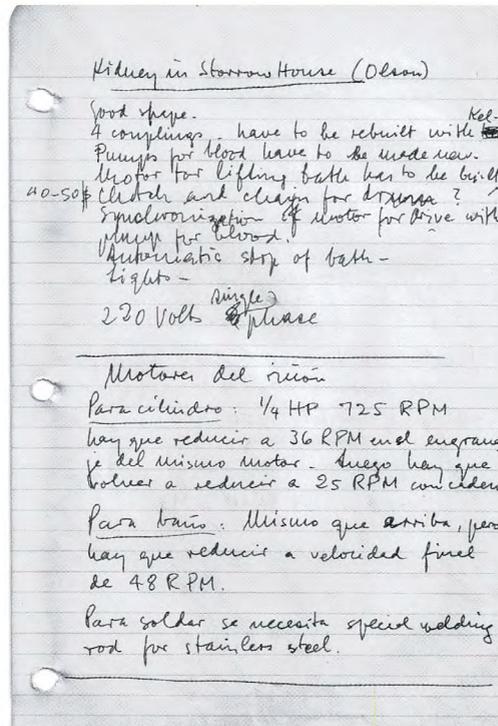


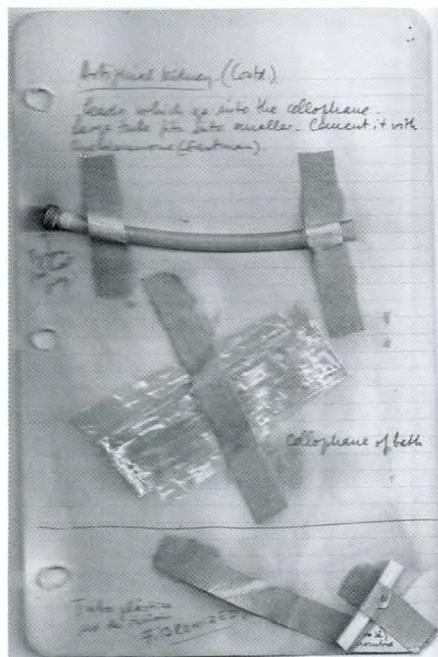
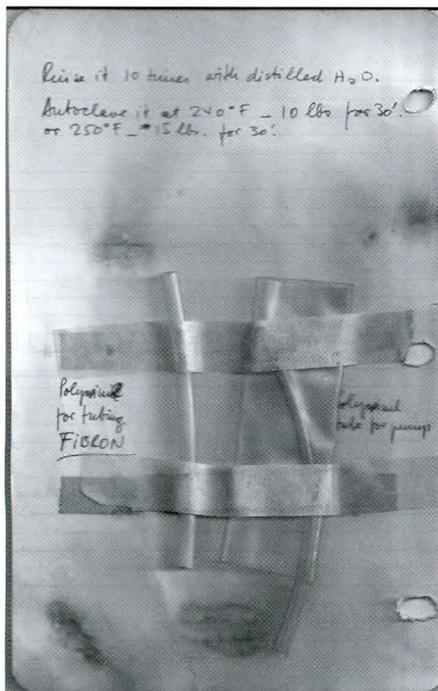
-Carl W. Gottschalk- en el XV Congreso Internacional de Nefrología – Argentina – 1999 -

**Dr. D.N.M: ¿Sabe cómo llegó ese primer riñón artificial al Instituto?**

**Dra. E.A:** El riñón artificial, único en el ámbito público, había sido traído al Instituto por Alfonso Ruiz Guiñazú quien había aprendido la técnica de diálisis en forma magistral de John Putnam Merrill en Boston, USA. El Kolff Brigham (Olsen, Mass, USA) llegó al país en 1958 para una exposición (en Pueyrredón y Figueroa Alcorta). La llegada del riñón artificial a la exposición fue gestionada por el mismo Ruiz

Guiñazú y la Universidad de Buenos Aires lo compró para el Instituto. Con la ayuda de un tornero excelente, Rodolfo de la Bernardina (hijo del jardinero de la residencia Tornquist), Ruiz Guiñazú fabricó una copia idéntica del riñón original que fue instalada en el Instituto del Diagnóstico. Ruiz Guiñazú prácticamente no usó el riñón del Instituto del Diagnóstico porque entendió que el país debía contar primero con un riñón en un lugar público.





Apuntes tomados por Alfonso Ruiz Guiñazú de John Putnam Merrill en Boston - USA - con fecha 1953 y que utilizó en 1958 para construir el primer riñón artificial en la Argentina-

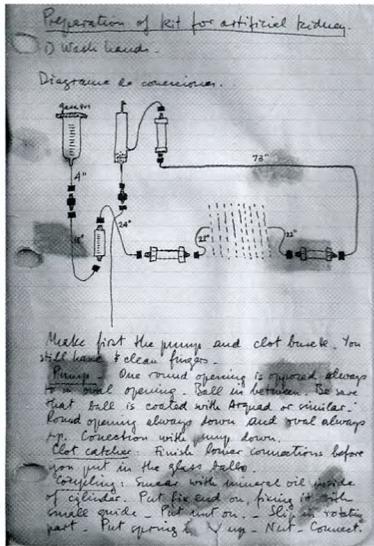
El riñón del Instituto del Diagnóstico pasó luego a manos de Rubianes y Lorenzino que, como tantos otros, fueron entrenados por Ruiz Guiñazú. Luego fue usado por López Blanco en el Sanatorio Güemes. Cuenta Manuel Arce que alguien vinculado a gente de Houssay que trabajaba en el Hospital Ramos Mejía (un tal Malinov), recibió un Kolff Brigham aún antes que el Instituto, pero que ni siquiera fue desembalado.

El riñón artificial era un centro de atracción para el Instituto y para quienes estaban fuera de él. Ruiz Guiñazú con su obsesión había logrado transferir la técnica de diálisis a la perfección. Bajo su supervisión se entrenaron gran parte de los nefrólogos de la época, no sólo del país sino de América Latina. Los clínicos del Instituto se encontraron con un nuevo grupo de pacientes, aquellos que antes no podían alcanzar la etapa de recuperación espontánea de la enfermedad. Causa gracia releer las consultas vertidas en las historias clínicas donde se advierte el grado del desconocimiento del tema. La existencia del riñón artificial permitió también hacer unos buenos trabajos a Roncoroni y a Agrest sobre difusión de gases y barrera hematoencefálica, y sobre angiotensina. Recuerdo a Worcel, becario de Agrest, dando vueltas por el cuarto de diálisis a la espera de las muestras y también lo complicado que era dializar a los pacientes con una aguja de punción lumbar in situ.

El riñón artificial dio también un marco apropiado para el desarrollo de los trasplantes de riñón que llevaban a cabo Molins, Torres Agüero y Gallo Morando, acompañados en la clínica por Rodo y su escolta López Blanco. Al comienzo las dificultades técnicas del trasplante eran enormes, casi siempre por daño endotelial al manipular los vasos. Más tarde vinieron otros problemas derivados de la implantación del uréter en vejiga que acababan con fístulas e infecciones. Garcés superó estos problemas. Por supuesto aún no se usaba inmunosupresión, solo aislamiento y radioterapia.

**Dr. D.N.M:** *¿Cómo era el Kolff Brigham, podría describirlo? ¿Si bien ya han descripto el procedimiento para utilizarlo, podría pedirle a Ud. que lo haga?*

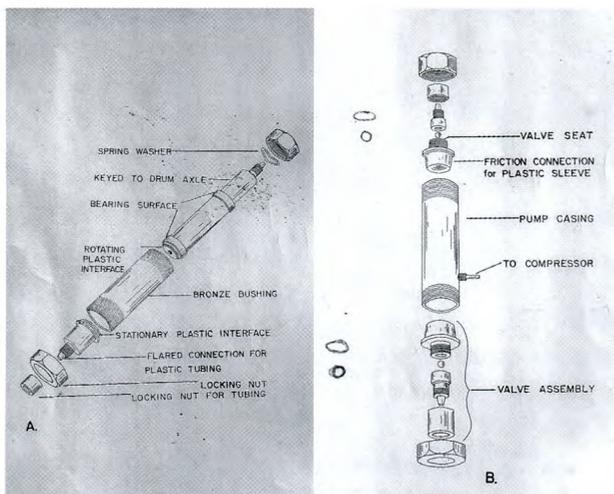
**Dra. E.A:** El riñón artificial estaba compuesto por un cilindro hueco formado por una malla de acero inoxidable sobre la cual debíamos enroscar cada vez unas 32 vueltas de un tubo de celofán para diálisis, previamente esterilizado por hervor en agua durante unos 30 minutos. El tubo de celofán, una vez corroborada su integridad, debía conectarse por medio de cánulas a una arteria y a una vena del paciente. Entre el celofán y las cánulas había un acople que permitía girar al cilindro mientras las cánulas permanecían inmóviles. Para corroborar la integridad del celofán, había que cargarlo con sangre de banco y, una vez lleno, hemolisar la sangre tirando encima agua corriente con una jarra. El pigmento de la sangre hemolisada servía como indicador para detectar algún daño del



Manuscrito de Ruiz Guiñazú de procedimiento para realizar una diálisis con el riñón artificial Kolff Brigham – Primer punto: “lavarse las manos”

celofán. Si el celofán estaba en condiciones, la sangre hemolisada se lavaba con suero fisiológico (5 litros) y se lo volvía a cargar con sangre compatible con el paciente (+- 250 ml) estando así listo para ser conectado. Debajo del cilindro había una batea con capacidad para 100 litros de agua, termostatizada, donde se disolvían las sales. Una vez preparado el baño de diálisis se subía la batea mediante un ascensor integrado al aparato, quedando el cilindro sumergido en ella hasta la mitad.

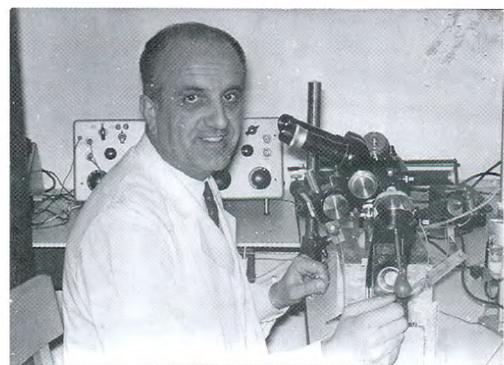
El cilindro giraba en forma permanente en el baño



Detalles de las partes sobre las cuales giraba el cilindro del Kolff Brigham

de diálisis. Cada dos horas se bajaba la batea y se evacuaba el líquido usado, reemplazándolo por un nuevo baño, tres en total. El cilindro y la batea se cubrían con una tapa plástica semicilíndrica hueca para evitar la fuga de CO2 que se burbujeaba en el baño para adecuar el pH. Las sales que debían disolverse en el baño estaban prolijamente preparadas y pesadas por Elizabeth y seguíamos un ritual para no omitir o duplicar alguna cada vez que preparábamos un baño de diálisis. Las sales estaban en cajitas plásticas cuadradas, rotuladas, en un estante. Primero las bajábamos a la mesada y por último las colocábamos al lado del riñón para agregarlas mientras agitábamos el baño. Las de calcio se agregaban después de haber ajustado el pH con CO2 al 5%. Había que canalizar un par arteriovenoso para cada diálisis. Estas canalizaciones estaban a cargo de los residentes de medicina, de nosotros o, de los cirujanos si era necesario, según su complejidad. Los pares arteriovenosos que podían abordarse no eran muchos, 6 u 8. Este número de pares y, en consecuencia de diálisis, daba tiempo al riñón para que se recuperara espontáneamente (en caso de una insuficiencia renal aguda) de no mediar complicaciones.

**Dr. D.N.M: ¿Qué recuerdos tiene de Ruiz**



-Alfonso Ruiz-Guiñazú-

**Guiñazú, como médico y como persona?**

**Dra. E.A:** Alfonso Ruiz Guiñazú era un individuo de excelentes modales. Eso y un viejo Mercedes Benz pintado de blanco que él adoraba le valieron los sobrenombres de “Virrey” y de “carroza”, respectivamente. “¿No le importaría cerrar la puerta?”, decía. Laura y Marcelo Torres Agüero eran famosos por los sobrenombres que ponían. Lanari era “el oso” y el vicedirector “el obispo”. La esposa de Ruiz, por su-

puesto, era la “virreina Rosita”. Ella era una mujer encantadora que tuvo con Ruiz Guiñazú siete hijos. Todos muy bien educados, como sus padres. Ruiz había estudiado el secundario e iniciado Medicina en Europa (Ginebra y Alemania) dado que su familia residía allí por ser su padre Embajador. Sabía, por su formación, hacer gimnasia y adiestrar perros. Era una persona obsesiva, meticulosa, que nos tenía a todos bailando. Había que hacer todo a la perfección. Era muy trabajador y estudioso. Yo tuve que hablar con las autoridades del registro civil en mi pueblo natal, Rojas, para que me casaran en día sábado para no interrumpir la semana de trabajo. Tenía buen carácter, era capaz de festejar nuestros triunfos con una explosión de alegría. Con Coelho hacían un dúo que se complementaba a la perfección. Jaime era serio, difícil de conformar. Le costaba permitirse disfrutar algo si no estaba total y definitivamente convencido. Ruiz parecía más joven aunque tenía diez años más. El viaje a Boston por seis meses, donde aprendió el uso del riñón artificial, lo hizo ni bien se casó. Al regresar de Alemania, donde comenzó con sus trabajos de investigación, decidió que era necesario empezar a hacer nefrología experimental en el Instituto. “Lo del riñón artificial había salido bien y otros podían continuarlo”, decía. Era la época de auge de la técnica de micropunción en Nefrología. Acababa de cambiar el concepto sobre el mecanismo de concentración de la orina. Recuerdo que un jueves dio una charla en el Instituto sobre el mecanismo de contracorriente y que al terminar, uno de los jefes de piso, Jorge Martínez, dijo: “nunca creí que fuera tan complicado mear”. Martínez se dedicó luego a la Psiquiatría. Un buen día, allá por 1962, Ruiz decidió pedirle al Oso un cuarto para hacer investigación. Después de superar las idas y vueltas necesarias para la adjudicación de un espacio, le dieron el segundo cuarto del tercer piso del segundo cuerpo, hoy inmunología. Laura y yo fuimos empujadas a secundarlo. Trabajábamos allí mientras no teníamos guardias de diálisis. Ruiz era de la Carrera del Investigador del CONICET.

**Dr. D.N.M:** *El trabajo sobre diálisis agudas publicado por el Instituto, que para nosotros cuando empezamos fue el artículo de consulta permanente, ya lo hablamos en las entrevistas con el Dr. Rodo y el Dr. Arce. Me gustaría que Ud. ampliara el tema.*

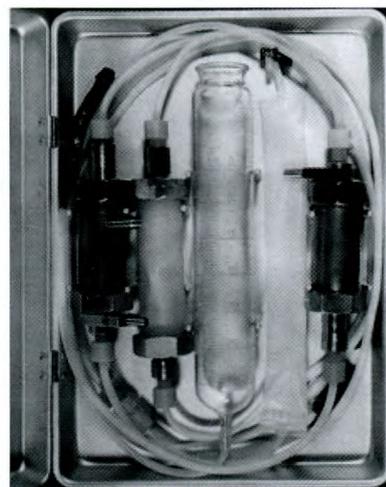
**Dra. E.A:** Al comienzo, solo dializábamos pacientes agudos debido al escaso número de accesos vasculares posibles. La mortalidad era -como ahora- del 50%

pero las etiologías eran muy distintas: aborto séptico y transfusión incompatible (50% cada una). El Instituto impuso en el país la práctica del cross-match para abolir la transfusión incompatible y con su experiencia, también eliminó la histerectomía como práctica asociada al tratamiento del aborto séptico. La histerectomía convertía a los pacientes con insuficiencia renal aguda por aborto séptico en pacientes más graves aún, post quirúrgicos.

Además de las canalizaciones, debíamos hacer las cánulas y también compatibilizar la sangre o salir a buscarla por ahí cuando era indispensable, por ejemplo, para las exanguineotransfusiones, que eran necesarias en los cuadros más severos (Síndrome de Mondor). Las cánulas eran de cloruro de polivinilo (PVC) que debía moldearse en vaselina líquida a muy alta temperatura. Una vez estiradas las cortábamos en chanfle para poder entrar en los vasos. Para moldear las cánulas debíamos ponernos camisolines y cofias para protegernos del olor de la vaselina hirviendo.

Absolutamente todo -las variables clínicas del paciente, la heparinización, la formación de coágulos, el flujo de la sangre, la temperatura y composición del baño de diálisis, la integridad del celofán durante la diálisis, etcétera- tenía que ser supervisado permanentemente por nosotros. No se podía salir del cuarto. El trabajo era arduo, una diálisis tras otra, había cola de pacientes de todo el país hasta en los pasillos, porque, repito, por mucho tiempo ese fue el único riñón artificial del país en un lugar público. Entre las diálisis había que armar, desarmar y lavar el aparato. Más de una vez hubo que hacer diálisis peritoneal para salir del paso.

**Dr. D.N.M:** *¿Quiénes eran las personas que los ayudaban en las diálisis?*



-Caja de diálisis del Kolff Bringham-

**Dra. E.A:** Estaba Elizabeth que se encargaba de armar y esterilizar la “caja” de diálisis.

La caja era imprescindible. Había solo dos y contenía los famosos acoples, la bureta con bolitas de vidrio para atrapar burbujas, el rotámetro para medir el flujo de entrada, y algunos niples, cánulas y conexiones. Si la caja no estaba lista, no había diálisis. Elizabeth sabía cobrarnos alguna cuenta pendiente proveyendo o no a tiempo, la caja. Esto significaba que muchas veces debíamos quedarnos a altas horas, solos, dializando. Los acoples se ajustaban con un tornillo mediante una llave Allen al cilindro. El tornillo solía “quedarse” y nos obligaba a llamar al jefe de taller, quien a veces, de noche o en feriados, era inhallable. A veces teníamos pacientes recién operados que no podían recibir heparina y acudíamos a la heparinización regional. Es decir heparinizábamos la sangre que entraba al aparato y dábamos polybrene a la sangre efluente para neutralizar la heparina. Esto lo programaba Sánchez Ávalos, quien nos indicaba las dosis a administrar desde la ventana del tercer piso de hematología. Sánchez Ávalos había sido compañero mío de estudios al igual que su esposa.



Elizabeth Schnetzer – 1era. Técnica de diálisis

Elizabeth era una linda mujer, descendiente de alemanes, muy eficiente y agrandada por los elogios permanentes de Ruiz. Solo ella manejaba los vericuetos íntimos de la sección con candados, horarios rígidos e imposiciones. Hacía y deshacía hasta ser intolerable. En una oportunidad Ruiz le llamó la atención y ella, que no aceptaba críticas, en un brote de histeria amenazó con romper el único peachímetro que había con un matraz de 2 L lleno con ClK 6M. El escándalo fue tal que, atraído por los gritos llegó Lanari al lugar y, ni corto ni perezoso, la sentó en el suelo de un tortazo. Por ello Elizabeth fue sacada de la sección riñón y nombrada “jefa de perros”, actual cirugía experimental, donde más tarde trabajó Lanari desde su jubilación hasta su fallecimiento.

**Dr. D.N.M:** ¿Recuerda accidentes o inconvenientes realizando las diálisis en aquella época?

**Dra. E.A:** A veces las diálisis eran sin complicaciones, monótonas, solo matizadas por música clásica que ponía Laura o por la visita de la hermana Dolores que nos traía alfajores escondidos entre sus hábitos. También solía sonar el teléfono y aparecer la voz de Sánchez (eviscerador), quien preguntaba si había trabajo para él. Pero aún con todos los cuidados ocurrían accidentes, algunos inocentes tales como aquellos que sólo requerían la interrupción de la diálisis por coagulación de la sangre en el celofán o por ruptura de éste. Era necesario tener buenos reflejos para proteger al paciente en esas eventualidades. Otros eran más graves: una embolia de aire por problemas en la bureta, una embolia pulmonar por empujar un trombo en vez de aspirarlo, un paro cardíaco por no haber sido advertidos por la historia clínica de derivación que el paciente estaba digitalizado y se subía el baño con cero de K+, una hemólisis masiva por no haber agregado ClNa al baño, etcétera. También debíamos tratar a los pacientes por los famosos “chuchos” desencadenados por los sueros caseros o por la excitación que sufrían al despertar de un coma urémico queriéndose sacar las cánulas e irse. Una vez Manuel Arce estaba solo y el paciente se despertó y tuvo una excitación tan violenta que él no alcanzó a cargar un Somnifene y terminó sentado sobre el paciente para poder inmovilizarlo hasta que alguien llegara. Muchas veces debíamos dializar a pacientes con otras patologías simplemente porque no había otro tratamiento y valía la pena probar. Recuerdo haber dializado a pacientes gravísimos, en coma hepático. La bilirrubina daba un color verde tornasolado al baño, imponente. Los dializábamos con ácido clorhídrico en el baño. Su alcalosis se corregía por unos minutos, no más. Algunas veces también dializábamos pacientes crónicos, presionados por los familiares que querían hablar una vez más con ellos. Hubo un largo período, que se extendió por meses, de una huelga en la que no sólo teníamos que trabajar como locos sino que teníamos que hacer de enfermeros, técnicos y mucamas. Nuestros pacientes no se podían derivar porque era, como dije, el único lugar con riñón público en el país por años. Tengo presente a una de ellas, una estudiante de Medicina que se quemó al haberse quedado dormida estudiando porque sus ropas contactaron a una estufa de “velitas”. La dializábamos y seguíamos las instrucciones del Instituto del Quemado para su cuidado. Ahí fue cuando con Laura Yelinek y Sofia Navon (residente de Medicina Interna) y unos buenos pares de botas de goma baldeamos el Instituto desde el tercer piso hasta planta baja. Esos enfermos, tan graves, no podían

sobrevivir con la falta de higiene. Había también que esterilizar sábanas para ella. Todo fue inútil. Aún hoy no puedo justificar huelgas de este tipo bajo ningún concepto así como la moda de armar feriados largos para estimular el turismo.

**Dr. D.N.M:** *¿Qué puede contarme de sus compañeros del instituto?*

**Dra. E.A:** El más hábil de nuestro grupo era, sin duda, Manuel Arce. Individuo muy inteligente y sumamente rebelde. Era capaz de resolver cualquier situación. Yo estaba bajo su supervisión y puedo dar fe de ello. Junto a Ruiz Guiñazú, que también tenía sus muy buenos recursos, podían salir de cualquier enredo. Una vez intentaron arreglar una estufa de vacío y calor que había sido donada por Andrada e hicieron tanto lío que, al accionar una llave de la estufa para fijar la temperatura, ¡se encendió la luz del cuarto! En una oportunidad, Lanari le encargó a Arce reproducir unas cánulas especiales para poder reusar los accesos vasculares (las cánulas de Scribner). “Si se hacen en la Clínica Mayo también se pueden hacer en el Instituto” había dicho. Había que moldear tres cánulas de teflón. Dos de ellas en forma de bayoneta para poder tener un segmento profundo (arteria y vena) y otro superficial (piel). La tercer cánula tenía la forma de una U y servía para conectar a las otras dos, expuestas en la piel. Para dializar se removía la U y se conectaba al paciente a las dos cánulas en bayoneta de vena y arteria. Moldear la cánula en U sin arrugas que remedarán un daño endotelial era realmente una proeza. Arce había inventado acoplar un circuito de agua fría que provenía de un sachet de solución fisiológica y

que él accionaba con el pie para enfriar de inmediato la U que había sido moldeada al calor en torno a una canaleta con esa forma. Lanari llegó a encerrarnos en el cuarto para que hiciéramos las cánulas. Por supuesto las cánulas se hicieron y funcionaron, con todas sus virtudes y defectos, hasta que aparecieron las fístulas arteriovenosas. Unos de los primeros pacientes con insuficiencia renal crónica, un estudiante de medicina a quien se le iba a hacer un trasplante, que usó las cánulas permanentes de Scribner perdió la U en la estación Retiro. Llegó justo a tiempo al Instituto para tratarse.

**Dr. D.N.M:** *¿Qué sabe de la experiencia que hizo Arce durante su especialización en Boston?*

**Dra. E.A:** Manuel se fue al exterior en 1963 al Peter Bent Brigham de Boston donde ya había estado Ruiz. Allí él también conoció a Merrill, quien era aparentemente un bohemio. En Boston fue nombrado vicedirector de diálisis y luego hizo investigación en insuficiencia renal aguda experimental junto a Donald Oken. Publicaron uno de los trabajos de micropunción, pioneros en el tema. Arce viajó a USA con una beca externa del CONICET. Por supuesto jamás envió un informe. Solo el paper publicado. Esto y otras actitudes del Negro (Manuel Arce) ponían furioso a Ruiz Guiñazú. Arce volvió de USA dos años después y se ocupó de la parte clínica del Instituto cuando ya Ruiz Guiñazú había resuelto hacer solo investigación y, ya jubilado Lanari como Director y Profesor, Arce pasó a la práctica privada en 1976.

---

Recibido en forma original: 06 de Mayo 2010

En su forma corregido: 19 de Mayo de 2010

Aceptación Final: 27 de Mayo de 2009

Dr. Daniel Manzor

Nefrología Argentina

Hipólito Yrigoyen 1180 piso 1\*

(C1086AAT) Buenos Aires – Argentina

Tel: (54-11) 4381 – 7301

e-mail: dnmanzor@nefroargentina.com.ar