

LA ANESTESIA DEL ESPLACNICO EN EL TRATAMIENTO DEL COLICO NEFRITICO

VISUALIZACION RADIOGRAFICA DE LA ANESTESIA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y RODOLFO STEFANO

Nuestro perfecto conocimiento, como especialistas, de la intensidad del dolor que acompaña al cólico renal, y su persistencia a pesar de la terapéutica empleada, nos indujo a ensayar la anestesia del esplácnico, de acuerdo a la técnica de Albanese.

Ante el fracaso reiterado de las medicaciones opiáceas, paralizantes del simpático o estimulantes del parasimpático, el cateterismo ureteral constituye, en la mayoría de los casos un recurso eficaz, no siempre absolutamente seguro e inocuo, pero sí doloroso y no practicable en todas las ocasiones por rechazarlo, a veces, el enfermo o no reunir las condiciones locales para el examen cistoscópico previo.

Además, en el estado actual de nuestros conocimientos, estimamos que la anestesia del esplácnico, de acuerdo a la técnica de Albanese, debe suceder al *tratamiento analgésico* común en los casos rebeldes y ser siempre previa a la cistoscopia por su doble acción: *analgésica, en primer lugar y antiespasmódica, al inhibir el sistema simpático*. Debemos contraindicar formalmente el empleo del cateterismo ureteral, en plena crisis del cólico renal, por la exacerbación del dolor y los peligros de la infección, salvo el fracaso de la anestesia del esplácnico. *Actualmente la cistoscopia debe suceder y no preceder* a este último: bastará para realizarlo una corta práctica.

El cateterismo ureteral ante este procedimiento, debe reservarse para la movilización del cálculo ureteral fuera de las crisis dolorosas, o el tratamiento de sus complicaciones (pielonefritis, pionefrosis, etc.).

Para el médico alejado de los centros especializados, el fracaso de la terapéutica analgésica común y la imposibilidad de practicar un cateterismo,

le plantea una situación insoluble que, solamente la cesación espontánea del espasmo o la eliminación del cálculo, podrá subsanar; *en estas condiciones la anestesia del esplácnico, sería su único recurso.*

Los estudios anatómicos y fisiológicos, tanto experimentales como quirúrgicos, han demostrado el importantísimo papel que los sistemas de la vida vegetativa, simpático y parasimpático, desempeñan en la patología del abdomen.

Desde el punto de vista anatómico, el sistema *parasimpático* comprende 2 porciones: a) *tectobulbar*, representada por el neumogástrico y b) *sacra*, por los nervios pélvicos; en cuanto al *simpático*, está representado por una larga cadena cérvico-tóraco-abdominal, paralela a la columna vertebral, en íntimo contacto con ella, interrumpida por numerosos ganglios (uno por cada vértebra por lo general, salvo fusión o anomalía) y que mantiene relaciones con los troncos espinales a través de los *rami comunicanti*. Esta relación anatómica demuestra que su *autonomía con respecto al sistema central es más aparente que real.*

La cadena simpática emite en su largo trayecto 2 tipos de colaterales: a) los *rami comunicanti* y b) los *ramos viscerales* (óseos, musculares y vasculares); los vasculares forman plexos: solar, celíaco, etc. que se expanden luego a través de los vasos y directamente.

Los trabajos de Von Bergmann, Laewen, Mandl, Gubergritz, Istchenkos, Kulenkamf, Hoffmann, Finsterer, Braun, R. Finochietto, etc., sobre la anatomía y anestesia del sistema simpático, demostraron el valor de esta última en el tratamiento de numerosas afecciones hepáticas, pancreáticas y renales.

Entre nosotros, Albanese modificó la técnica de Kappis, para el bloqueo de los esplácnicos mediante precisos reparos anatómicos que facilitan la punción y aseguran sus resultados.

Un breve repaso anatómico del sistema simpático abdominal es indispensable.

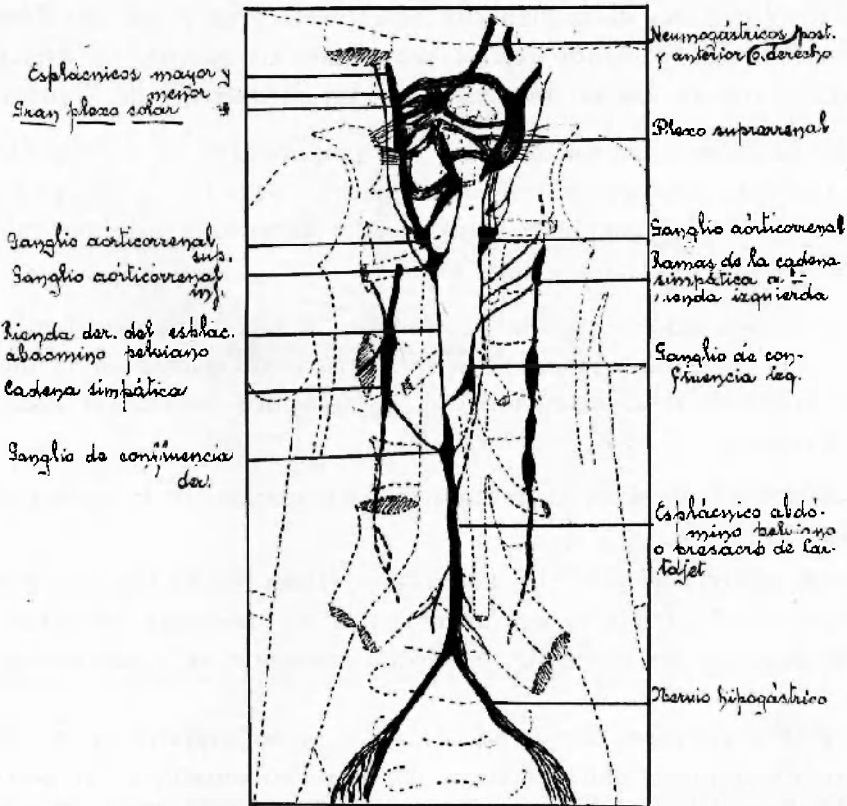
El plexo solar (dibujo N° 1) es el principal sistema simpático del abdomen, verdadero "cerebro abdominal" de los antiguos, del que dependen todos los plexos abdominales, a excepción del plexo mesentérico inferior que inerva el intestino grueso y los plexos espermático y útero-ovárico.

Estas estrechas vinculaciones anatómicas con los plexos que inervan los órganos abdominales superiores, demuestra el valor de su función y las posibilidades terapéuticas que ofrece en las distintas afecciones abdominales. El cólico nefrítico está pues bajo su influencia.

El plexo solar es una intrincada y amplia red nerviosa que se halla situada en las proximidades de la XIIª vértebra dorsal y la Iª lumbar, formando

una gran herradura, que cubre ampliamente a la aorta, a concavidad superior, "colgada" del tronco celíaco, según expresión de Bottini, y cuyos extremos terminan en los ganglios semilunares, aórtico-renales y mesentéricos superiores, en estrecha relación con la cara posterior del páncreas y la retrocavidad de los epiplones.

El plexo solar, de tamaño, forma y contextura sumamente variadas,



Dibujo 1. — Esquema del simpático abdominal, según Bottini.

tiene en sus extremos condensaciones nerviosas poco visibles o verdaderos ganglios perfectamente individualizables, denominados ganglios semilunares, mesentérico superior y aórtico-renales.

De todos estos ganglios, los semilunares, estudiados por Laignel, Lavastine, Hovelacque, Latarjet y Galli, entre nosotros, son sin duda los más constantes e importantes del plexo solar, porque reciben fibras aferentes de los nervios espláncnicos, mayor y menor, neumogástrico derecho (posterior de Galli), frénico y simpático lumbar.

En la constitución del plexo solar debemos estudiar: a) *los nervios aferentes* y b) *los plexos eferentes*.

a) *Nervios aferentes*: 1º) esplácnico mayor, 2º) esplácnico menor, 3º) neumogástrico derecho e izquierdo y 4º) frénico derecho.

1º) *El esplácnico mayor* es el afluente más importante del ganglio semilunar y en conjunto del plexo solar, originado en los ganglios 5º al 9º de la cadena simpática torácica, penetra entre los pilares del diafragma, para terminar en las proximidades de la glándula suprarrenal y en el ángulo derecho del ganglio mencionado, formando con el neumogástrico posterior o derecho, que hace lo mismo con su ángulo izquierdo, el *Asa Memorable de Wrisberg*.

2º) *El esplácnico menor* nace de los ganglios 10º al 12º de la cadena simpática torácica, pasa por detrás del esplácnico mayor y termina con bastante constancia en los ganglios aórtico-renales superior e inferior, indistintamente o enviándole una rama a cada uno.

3º) *El neumogástrico derecho o posterior de Galli*, ingresa al plexo solar de manera más constante que el izquierdo, cuya participación en la inervación gástrica es preponderante, formando con el esplácnico referido el *Asa Memorable de Wrisberg*.

4º) *El frénico derecho*, tiene discreta participación en la constitución del plexo solar.

b) *Los plexos eferentes del plexo solar* están formados por grupos de fibras colaterales desprendidos del mismo, que se condensan alrededor de los vasos principales de los distintos órganos, penetrando en consecuencia por el hilio.

Los plexos eferentes comprenden: a) el plexo suprarrenal, b) el plexo pancreático, c) el plexo diafragmático, d) el plexo celíaco, e) el plexo coronario estomáquico, f) el plexo hepático, g) el plexo esplénico, h) *el plexo renal* e i) el plexo mesentérico superior.

Debemos aclarar que el *plexo celíaco* no es más que una condensación superior del plexo solar, a nivel de aquel tronco vascular, en una proximidad muchas veces difícil de reconocer, como pasa con los otros sistemas.

En cuanto al *plexo renal*, que es el que más nos interesa desde el punto de vista de nuestro tema, está formado por una expansión del *plexo solar* y ramas de ambos esplácnicos.

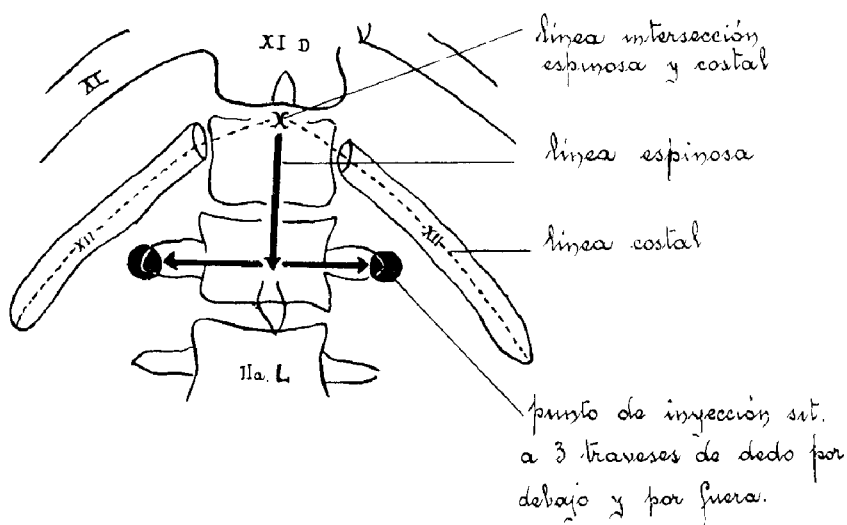
Estas fibras al constituir el plexo renal, se condensan en 2 pequeños plexos: a) el *plexo renal anterior* y b) el *plexo renal posterior*.

a) *El plexo renal anterior* se divide en una rama superior y otra inferior: la 1ª proviene del ganglio semilunar y mesentérico superior y da ramas a la

pelvis y el uréter: y la 2ª del ganglio aórtico-renal inferior, sigue los bordes respectivos de la arteria renal y luego se fusionan en la cara anterior, para penetrar en el parénquima.

b) *El plexo renal posterior* está integrado casi exclusivamente por fibras emanadas de los ganglios aórtico-renales, en los que termina el nervio esplácnico menor.

Los ganglios aórtico-renales, en número de 1 ó 2 se hallan, por lo general, en las vecindades del ángulo formado por la arteria renal y la aorta.



Dibujo 2. — Esquema de la anestesia del esplácnico según técnica de Albanese.

existiendo en casos excepcionales, un ganglio renal posterior o ganglio de Hirschfeld.

Estos detalles anatómicos constituyen el fundamento de la técnica de Albanese, para la anestesia del esplácnico en el tratamiento del cólico renal que nosotros empleamos en 10 casos.

Para practicarla se procede de la siguiente manera (Dibujo N° 2):

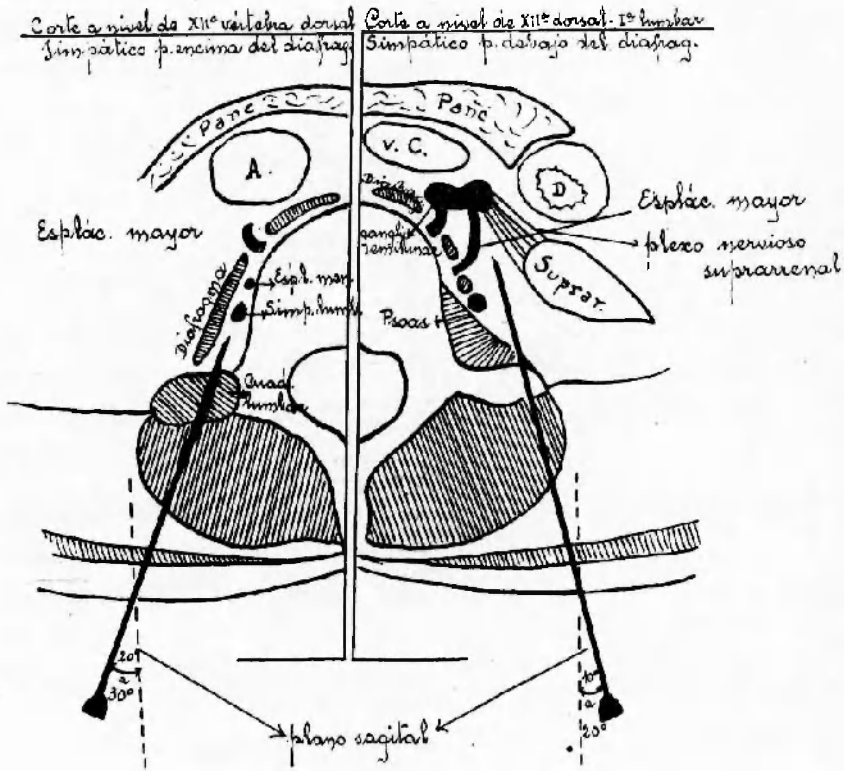
1º) Paciente sentado y flexionado, en posición similar a la de la anestesia raquídea.

2º) Con lápiz dermográfico o lapicero se marca el trayecto de las apófisis espinosas dorsales inferiores y lumbares.

3º) De la misma manera se traza el trayecto de la 12ª costilla.

4º) A 3 traveses de dedo por fuera y por debajo de ambas líneas se marca un punto.

5º) Con una aguja de 10 a 12 cm. de largo con mandril, preferentemente para impedir su obstrucción por un trozo de periostio, se punza la zona señalada (ver dibujo N° 3) hacia adelante, adentro y arriba formando



Dibujo 3

un ángulo de 20º aproximadamente, con los planos sagital y horizontal, respectivamente.

Al introducir la aguja 5 cm., se choca con la apófisis transversa de la 1ª vértebra lumbar, por lo que debemos bajar ligeramente su pabellón.

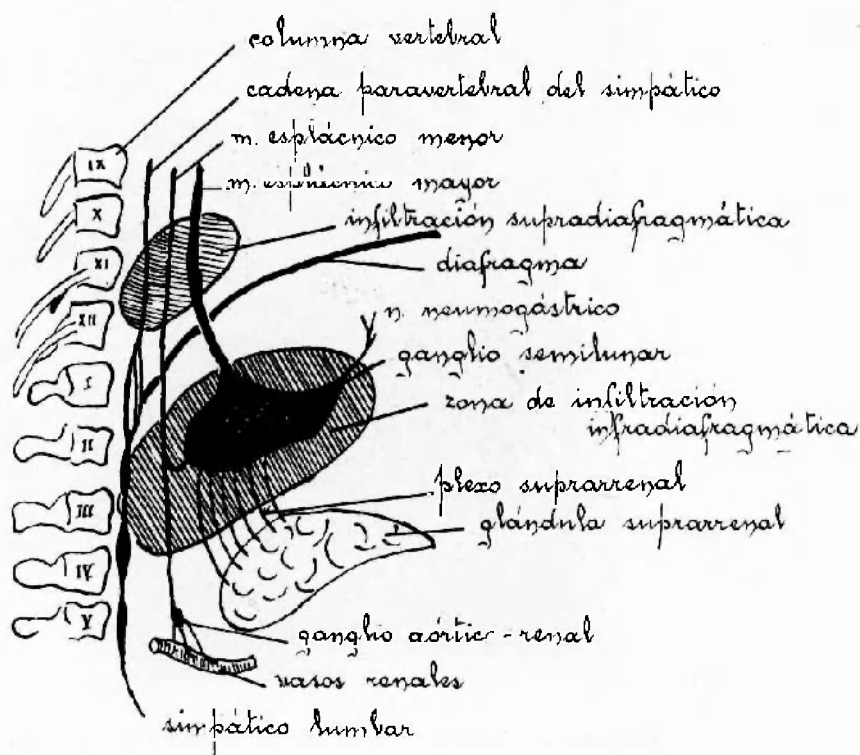
Cinco centímetros más adelante, vale decir, a los 10 cm. del plano cutáneo se halla una segunda resistencia, que corresponde a la cara lateral de la XIIª dorsal y Iª lumbar, por lo que debemos retirar, hacia afuera, de ½ a 1 cm. la punta de la aguja para inyectar por fuera del pilar del diafragma

donde se halla el *esplácnico mayor* y el *ganglio semilunar* principales integrantes del *plexo solar*, como dijimos (dibujo N° 4).

6°) Inmediatamente se inyectan 20 c.c. de novocaína al 1 %.

El dolor cede inmediatamente, por lo general, o pocos minutos después.

En cuanto a nuestros resultados personales, con el empleo de esta técnica, han sido buenos: de los 10 enfermos tratados por cólicos intensos, rebeldes



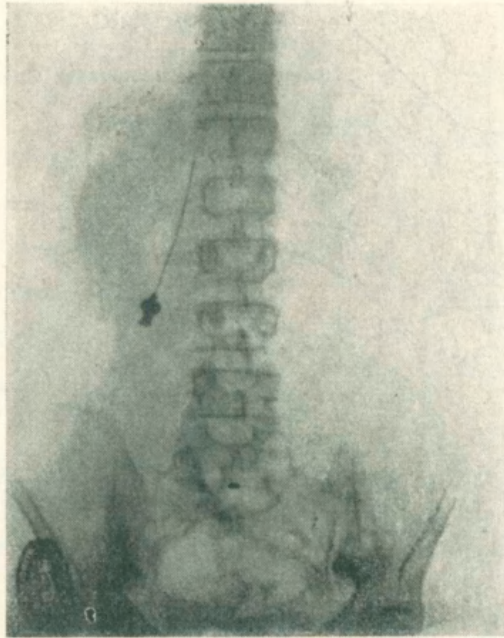
Dibujo 4. — Vista lateral de la columna dorso-lumbar.

a las medicaciones comunes (morfina, pantopón, sedol, etc.), 8 fueron asistidos en el C. E. de nuestro Servicio del Hospital P. Fiorito y 2 ingresaron a la Sala en virtud de sus intensos vómitos y mal estado general.

En 8 enfermos fueron suficientes 20 c.c. de novocaína al 1 %, cediendo el dolor de inmediato; pero de los 2 restantes, 1 recibió 20 c.c. más en el mismo sitio porque el dolor persistía y en el otro debimos cambiar la dirección de la aguja para reinyectar 20 c.c. más (40 en total) para obtener resultado.

Este último enfermo precisamente, (ver radiografías Nros. 1 y 2) ingresó al Servicio el día 16 del corriente, con un intenso cólico renal derecho de 48 horas de evolución, acompañado de gran defensa lumbo-abdominal, vómitos, escalofríos y fiebre, que no cedió tampoco a 0.02 grs. de morfina inyectados en la Guardia, la noche anterior.

En estas condiciones, le inyectamos los primeros 20 c.c. de novocaína al 1 % de acuerdo a la técnica y sin retirar la aguja esperamos unos minutos para conocer la reacción; como el enfermo se quejara intensamente lo sacamos y volvimos a punzarlo en la Sala de Rayos X para



Radiografía 1

Enfermo en decúbito ventral por la situación de la aguja.

Obsérvese la aguja a la altura del cuerpo de la XII vértebra dorsal (lado derecho), en la zona vecina al ángulo externo del plexo solar, esplácnicos y cadena simpática dorso-lumbar.

obtener estas radiografías. Por el mismo sitio de punción dirigimos la aguja, ligeramente hacia arriba para alcanzar zonas más altas, en las vecindades de los esplácnicos; el éxito fué completo. después de la inyección de 20 c.c. más de novocaína al 1 % (40 c.c. en total).

Las radiografías Nos. 3 y 4 corresponden a un enfermo con una hematuria renal derecha, abundante y *dolorosa*, a quien luego de cedarlo con 0.01 gr. de morfina decidimos *objetivar* la anestesia del esplácnico durante la pielografía ascendente.

En el mismo sitio de punción para la anestesia del esplácnico y por la misma aguja, le inyectamos 10 c.c. de novocaína al 1 %: 5 c.c. en el trayecto y los otros 5 c.c. en la zona

correspondiente al nervio; a continuación, *le inyectamos 20 c.c. de una solución de Nitason al 25 %* (la ampolla de 20 c.c. en 80 c.c. de suero fisiológico) obteniendo las radiografías adjuntas.

En ellas se observa la perfecta coincidencia de la sustancia de contraste, con la zona esplácnico-semilunar derecha, para el tratamiento del cólico nefrítico.



Radiografía 2

Enfermo en posición lateral (lado punzado contra la placa).

Obsérvese la aguja sobre la cara lateral derecha de la XII vértebra dorsal en la zona de la cadena simpática lumbar, *un poco posterior* con respecto a la situación esplácnico-semilunar.

Sin embargo, la difusión de la sustancia anestésica alcanzó al plexo y calmó inmediatamente al cólico nefrítico.

Nuestros primeros fracasos los atribuimos, en general, más que a un defecto de técnica a anomalías anatómicas en la constitución y disposición de los plexos, que obliga en algunas ocasiones, a aumentar la dosis o variar ligeramente la inclinación de la aguja, para alcanzar los directamente afectados.

En este sentido compartimos, en cierta manera, los conceptos de Wichnesky, sobre la infiltración más abundante o masiva (150 a 200 c.c.) de la fosa renal y sus vecindades con una solución de novocaína al 0,50 ó 0,25 % para el tratamiento de los cólicos renales u otros procesos dolorosos, vinculados al tracto urinario superior.

El bloqueo anestésico esplácnico-semilunar, para el tratamiento de dis-



Radiografía 3

Hematuria renal derecha dolorosa: pielografía ascendente e inyección de 20 cc de sustancia opaca diluida (1 ampolla de Nitason en 80 cc de suero fisiológico) previa anestesia con 10 cc de novocaína al 1 %.

Enfermo en decúbito ventral.

La sustancia de contraste se difunde perfectamente sobre el plexo solar y colaterales.

La aguja, de mala calidad, se dobló al chocar contra la apófisis transversa de la I lumbar.

tintas afecciones, ha sido practicado por Albanese desde el año 1937 a 1942 en 3.000 casos sin ningún accidente serio; refiere solamente un shock hipoglucémico que cedió fácilmente a inyecciones de suero glucosado hipertónico

y en 2 ó 3 oportunidades un dolor lumbar, que desapareció con analgésicos.

En cuanto a la punción de la aorta o cava, no tiene mayor importancia cuando se realiza con una aguja fina y no se inyecta novocaína, por lo que debe practicarse sistemáticamente la aspiración, antes de impulsar el émbolo. De punzar cualquiera de esos vasos, se retira ligeramente la aguja practicándose la inyección; sin embargo, el hematoma formado podría ocasionar un efecto contrario al deseado, al excitar el simpático por compresión.



Radiografía 4

Enfermo en decúbito lateral (lado derecho contra placa).

Obsérvese la perfecta coincidencia entre la opacidad correspondiente a la sustancia inyectada y la del asa esplánico-semilunar.

En algunas ocasiones, pueden producirse ligeros mareos, sin importancia, atribuibles a una discreta hipotensión, por la vasodilatación abdominal o al shock emotivo en los pacientes muy nerviosos.

En síntesis, consideramos que la anestesia esplácnica es un valioso *recurso seguro, inocuo y causal*, en el tratamiento del cólico nefrítico *rebelde* a los opiáceos y que debe ser ensayado sistemáticamente, antes del cateterismo ureteral.

BIBLIOGRAFIA

- Albanese A. R.* — "Pancreatitis aguda".
Albanese A. R. — El Día Médico, N° 25, 1942.
Albanese A. R. — La Semana Médica, N° 37, 1938.
Bottini — "Simpático abdómino pelviano".
Festut. — Tratado de Anatomía Humana, T. II.
S. Pesu. — La Prensa Médica, N° 5, Año 32.
Wichnesky. — El Día Médico, 1944, p. 379.

DISCUSIÓN

Dr. Pagliere. — *Desearia preguntarle al doctor Bernardi si una anestesia raquídea no produciría los mismos resultados.*

Dr. Bernardi. — *Entiendo que el resultado es completamente distinto, sobre todo, la benignidad del procedimiento. Esto se realiza con facilidad extraordinaria. No podemos realizar una anestesia raquídea para un cólico renal. Entiendo que con este procedimiento llegamos rápidamente al tratamiento con un resultado seguro e inócuo. Parecería mentira que esto fuera cierto, en el sentido de que se está actuando en una zona peligrosa por los vasos existentes; la estadística de Albanese es feaciente en ese sentido y nosotros, con nuestros 10 casos, no hemos tenido ningún inconveniente.*

A este enfermo le hemos hecho la inyección en la mesa radiográfica y a los otros restantes, se la hemos hecho en el consultorio externo. Es admirable la tolerancia a la inyección y la seguridad de sus resultados.

Entiendo que en los enfermos que se han empleado las sustancias comunes opiáceas, podemos ir de lo simple a lo complejo. Después de emplear esa sustancia, iremos a la anestesia del esplánico, después al cateterismo, etc.

Homenaje al Dr. Alfonso von der Becke y Prof. Dr. Francisco E. Grimaldi

Señores: la Sociedad Argentina de Urología vuelve a estar de duelo por la desaparición inesperada y sorpresiva de dos de sus miembros dilectos: los doctores Alfonso von der Becke y Francisco Emilio Grimaldi. El entusiasmo, la inquietud, la inteligencia y el espíritu que pusieron al servicio de esta Sociedad es bien conocido por todos ustedes.

Conocida la infausta noticia, la Sociedad Argentina de Urología, teniendo en cuenta los merecimientos y las condiciones de los extintos presidentes de esta Sociedad, resolvió tributar a sus restos mortales los homenajes a que se habían hecho acreedores. Con ese motivo, designó una comisión para que asistiera al velatorio de los restos y a su sepelio. Por otra parte, se encargó de enviarle a las familias, conjuntamente con una nota de pésame, una corona de flores frescas y la Presidencia de esta Sociedad se hizo cargo, en esos momentos, de despedir los restos mortales de los queridos amigos.

Siendo una práctica en esta Sociedad relatar la semblanza de los que han actuado en ella, la Presidencia ha nombrado a los Dres. Vilar y Surra Canard para que, en esta oportunidad y previamente, a la reunión científica, recuerden a los queridos miembros desaparecidos, pero antes, pido que en homenaje a su memoria, nos pongamos de pie y guardemos un momento de silencio.

Dr. ALFONSO VON DER BECKE

Palabras del Dr. Vilar. — El señor Presidente me ha pedido haga la semblanza del Dr. Alfonso von der Becke: es una misión hartamente penosa para mí, pero no la quiero eludir.

Von der Becke tuvo durante su vida una personalidad bien definida y ejemplar.

Con su porte de noble Prusiano y semblante de criollo bonachón ajustó toda su conducta a esta doble característica.

Cuando estudiante sus condiscípulos le llamaban cariñosamente "Alemán": buen estudiante, excelente compañero. Ya empezaba a perfilarse el hombre de gran ascendiente entre los que lo rodeaban. Presidente del Centro de Estudiantes de Medicina actuó con brillo y valentía.

Al confiarle el Presidente Yrigoyen el cargo de Canciller en el Consulado Argentino en Berlín, seguramente no pensaba que von der Becke sería embajador de los argentinos que fueron a Alemania con inquietudes científicas o artísticas.

Conocedor del idioma, rápidamente vinculóse con todo el mundo científico de Berlín, lo cual añadido a su cordialidad sin límites, fué el guía eficaz de todos los que tuvimos la suerte de llegar a Alemania.

Humano y servicial se prodigó enteramente en auxilio de los compatriotas que llegaban a él. De regreso a la Patria, siguió siendo nuestro Embajador: todos los que deseaban ir a Alemania con fines de estudio acudían a él y nunca fueron defraudados dado sus grandes conocimientos de aquel medio científico y el constante afán de ser útil a sus semejantes.

Ejerció su profesión con nobleza cordial, sin desmayos y optimismo contagioso.

Producido el colapso del país que tanto quería, abrigaba la esperanza de volver, no sólo para estudiar los progresos científicos sino que también para ayudar con su generosa influencia, a que sus antiguos amigos se adaptaran a la nueva vida con la mejor conformidad.

Siempre vivió alimentado por ideales nobles en bien de los que lo rodeaban. Puede afirmarse que la mayor aproximación de la urología alemana con la nuestra ha sido su gran obra. Desaparece cuando llega a la plenitud de su vida serena, útil y llena de experiencia. Hubo de seguir en su actuación de brillo en continua superación.

El Destino no quiso que así fuera.

Prof. Dr. FRANCISCO E. GRIMALDI

Palabras del Dr. Surra Canard. — Señores: He tenido el honor de haber sido designado por la Mesa Directiva de ésta nuestra Casa, para hacer el elogio de quién fuera nuestro ex presidente, el Profesor Dr. Francisco E. Grimaldi.

Debo confesar que la misión que me han encomendado es fácil y es difícil. Fácil, porque la trayectoria de Grimaldi en las distintas actividades que desplégara desde la iniciación de su vida de estudiante, hasta que la muerte le sorprendiera, ha sido una curva en continuo ascenso. Señalar los distintos puntos de esa curva.

es recordarle en su elocuente valor. Difícil, porque son necesarios dones especiales para poder expresar en su justo merecimiento, ese cúmulo de imponderables que constituyen la esencia de un hombre de bien y que conozco por habernos unido una amistad sincera que se iniciara hace cinco lustros, robustecida por el tiempo al punto de haber creado un vínculo espiritual de fraternal afecto.

En contacto con el mundo exterior su personalidad fué templada desde la juventud por tres grandes disciplinas: los áridos estudios del aprendizaje médico, los ejercicios rigurosos del Instituto del Profesorado y la sustitución de un merecido descanso, al fenecer el año escolar, por la penosa obligación de un empleo. La amalgama resultante de esas actividades formativas, dió como fruto un espíritu ágil en la comprensión, dinámico en la obra constructiva y pletórico de vocación para el ejercicio médico y para la enseñanza. Esta vocación acendrada en él, le define y exterioriza en forma dominante su manera de ser ocultante parcialmente otras virtudes excelsas.

Joven aún, ocupa sendas cátedras en la Escuela Industrial de la Nación y en el Instituto del Profesorado. Urólogo eficiente bajo las directivas del Profesor Enrique Castaño, gana por concurso la jefatura de un dispensario de profilaxis y desarrolla tan encomiable labor que las autoridades municipales le entregan para su habilitación el Servicio de Urología del Hospital Salaberry. Terminado su cometido, volvió al viejo hogar del Hospital Ramos Mejía, al lado de Don Gilberto Elizalde, su mentor. En ese centro urológico dicta su cátedra de Profesor adjunto lograda por oposición en 1936 y crea el Ateneo de Urología. Culmina su trayectoria siendo designado por concurso, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Parmenio Piñero. Llega así a la meta, empeñado en la organización de su escuela, mas la muerte le sorprende en forma fulminante, al lado de un enfermo, en el desempeño de su noble ministerio.

Cuando se leen sus escritos científicos se observa que ellos traducen en forma elocuente los rasgos salientes de su manera de ser que antes mencionara. Reflejan uno, el afán de divulgar los acontecimientos grandes o pequeños del progreso urológico, los otros, los más, exteriorizan su inquietud por el deseo vehemente de lograr una conquista terapéutica que destierre una enfermedad o evite una mutilación quirúrgica.

La fisonomía íntima de la personalidad de Grimaldi es conocida por unos pocos, por quienes fueron sus amigos y por quienes trabajaron a su lado. Para definirla sería menester elogiar su actuación en múltiples facetas, pero si quisiera sintetizarla, diría, que era un caudal de sensibilidad y emotividad con gran armonía del corazón y del espíritu. En la formación de esa manera de ser interior, desempeñaron un papel dominante, el cariño, el respeto y las virtudes morales de su hogar paterno, el afecto de los amigos de su padre y la veneración que des-

pertara en sus maestros. Cuando niño fué un excelente hijo, cuando grande fué un hijo excelente.

Con ese bagaje lleno de cualidades, plétórico de moral, conocedor de la línea recta, única, como norma de conducta, transita sus años vividos sin que le conociéramos un pensamiento o una intención que le desviara del buen camino. Le vimos afrontar decisiones adversas, jamás le oímos un reproche ni una protesta. Poseía para los malos tiempos un coraje sereno y en la hora del éxito, eludía la efusividad. La ética y la honestidad profesional ante el enfermo y para el enfermo, fueron su virtud característica. Vivió para los demás; en cada ambiente enseñó lo que sabía, estimuló al que surgía, orientó al que se iniciaba, sacudió la inercia de quienes amenazaban quedarse en el camino y así encontró amigos que le quisieron y discípulos que le respetaron.

Para quienes su partida constituye una pérdida irreparable, sirva de consuelo la semblanza de su personalidad y tengámosla como ejemplo, para que nos oriente en las vicisitudes del porvenir.

Discurso pronunciado por el Presidente de la Sociedad Argentina de Urología, Prof. Dr. Guillermo Iacapraro

(En nombre de la Sociedad Argentina de Urología)

Señores:

Vuelve a estremecernos el espíritu, ante el dolor, la consternación y el abatimiento, la muerte sorpresiva de Francisco Grimaldi.

Decíamos ayer, al despedir con íntima aflicción por su trágica desaparición, que Alfonso Von der Becke, engrosaba en sólo el breve lapso de un quinquenio, la pérdida de los más auténticos valores de la Familia Urológica Argentina; y hoy junto al recuerdo venerable de Marañi, Elizalde, Salleras, Serantes, Ortiz e Isnardi, debemos agregar a Grimaldi con la profunda pena que nos llena de congoja.

Hombre de bien, pródigo, con la calidad de sus sentimientos y de su gesto amable, hizo Grimaldi del estudio, de la docencia y de su profesión, un sacerdocio que ejercía con grandeza y majestad de apóstol.

Dotado de clara inteligencia, y de sereno criterio, adquirió rápido el sólido prestigio de Urólogo de alta calidad, poniendo en su obra, en la enseñanza y en su labor científica, pasión de iluminado.

Muy joven, pero ya maestro, empezó a cuidar con esmero el progreso de los herederos de su saber, discípulos de su experiencia, cumpliendo así en el Hospital Piñero donde ejercía la Jefatura del Servicio de Urología, con la misión de transmitir las enseñanzas que recibiera de sus maestros Gilberto Elizalde y Enrique Castaño, en el viejo Hospital San Roque.

Su condición docente, de didáctica eximia, su labor hospitalaria con la generosa dedicación de su espíritu, su amplia y sólida producción científica de indiscutible solvencia, agregada al trato fraternal propio de los hombres de bien, robustecieron su personalidad.

La Sociedad Argentina de Urología, de cuyos miembros soy portador de la triste despedida, sigue de duelo, pierde con Grimaldi un positivo valor, joven,

tesonero y eficaz en el desempeño de cuyos cargos directivos, de Vice-Presidente y Presidente, acreditó y refirmó su condición de auténtico valor, poniendo en su desempeño sin apremios ni desalientos, su dinamismo, su inteligencia y su cordial amistad.

Su partida sin retorno, llena de sombras nuestra casa, pero cuando ellas se disipen, seguiremos viendo el fuego inextinguible de su recuerdo, que será ejemplo y fuente perpetua de inspiración y de estímulo.

Que las lágrimas de cristiana resignación, mantengan la frescura y lezanía de las flores de su tumba, y que ellas trasunten perennemente la inmensa aflicción que nos embarga.

¡Francisco Grimaldi. Gran corazón. Noble amigo. Descansa en paz!