

EDITORIAL

LOS DISCAMINOS DE LA PEDIATRIA

F. ESCARDÓ*

LA PEDIATRÍA NO ES UNA ESPECIALIDAD

El primer discamino de la Pediatría es el de seguir llamándose Pediatría, es decir, medicina, por su postfijo iatría; lo que no sería grave si el médico no se ajustara a ello creyéndose obligado a tratar enfermedades de niños, en cuanto determina que la Pediatría es una especialidad en el sentido que la palabra ha adquirido en el lenguaje médico y en el corriente. Lo que así se llama no es de ninguna manera la atención más o menos acuciosa de un organismo sino la de un tramo de la vida humana y no un tramo cualquiera sino del de mayor transcendencia. El niño es el padre del hombre ha dicho el gran poeta inglés y hay que meditar bien en ello. Carecemos, escolarmente, de una definición responsable de lo que debe ser un Pediatra.

LOS ERRORES ESCOLARES

La universidad no enseña todo lo necesario, el médico precisa buscar las comadres, los bobemios, las tribus errantes, los bandidos y otros seres colocados fuera de la ley para informarse entre ellos. Debemos, por nuestra cuenta, descubrir lo que sirve a la ciencia, viajar, aventurarse muchas veces y retener lo que en el camino nos parece útil¹.

Dicho así como así, el planteo aparece como una bizarría paracelsiana, pero si encierra, como encierra, un dinámico contenido de verdad, esta proposición atañe de modo directísimo a la Pediatría. Cuanto de veras interesa y es útil a su ejercicio proviene de fuentes no escolares o, cuando menos, de fuentes no científicamente pediátricas. El primero y más grave problema del pediatra es que carece de una definición responsable de lo que es un Pediatra. Y ello le sucede porque carece de una definición responsable y suficiente

* Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Argentina.

¹ Paracelso, Defensiones.

de lo que es un niño, por lo menos en lo que le cabe como Pediatra. Parafraseando la repetida frase de Letamendi puede decirse que quien sólo de niños sabe ni de niños sabe. Si el niño es el hombre en máximo estado de indefensión biológica, psicológica y social, al Pediatra le cabe manejar los factores de las defensas en lo biológico, lo psicológico y lo social que, para decirlo en castizo, residen en el mundo y sus alrededores. Pregúntese cada Pediatra (sigo siempre refiriéndome al llamado práctico) cómo llegó a considerarse tal y pregúntenselo sobre todo los jóvenes que a diario cumplen la tarea de asistir niños en los sanatorios, mutualidades, policlínicas y obras sociales de variados matices e intenciones. Por supuesto que la respuesta no puede ser genérica, pero cualquiera que ella sea ha de contener elementos comunes; dentro de una gran variedad el resultado es el mismísimo: un médico que ha resuelto asistir niños. Deseo subrayar esta última situación: se trata de una decisión personal, no condicionada en nuestro medio por presiones específicas, es un acto libérrimo y, en consecuencia, responsable. ¿Dónde se forma un Pediatra? Por de pronto no en la Facultad.

¿Qué sucede actualmente? Un hecho tan paradójico y notorio que parece muy extraño que la nerviosa preocupación actual por mejorar los estudios médicos no haya reparado en él: todas las cátedras desde el ingreso mismo a la carrera universitaria evitan cuidadosamente la presencia del niño; la anatomía es anatomía del adulto, la fisiología es fisiología del conejo, el gato y la rana; la semiología es semiología del adulto y así la psiquiatría, la patología interna, la neurología... La obstetricia se desentiende del niño en cuanto éste deja de ser un móvil más o menos dócil. Queda dicho que la enseñanza de la medicina lo excluye de un modo tan resuelto y total que ni siquiera se da cuenta de lo que excluye².

Hacia el final de la carrera el estudiante ve surgir brusca e inopinadamente no al niño sino a su representante hospitalario, muestra mutilada y en cierto grado teratológica de la infancia y, en el mejor de los casos, dispone de un semestre para tomar contacto con un tipo humano que constituye casi la mitad de la población.

Por descontado que jamás ve (escolarmente, se entiende) un niño sano y en su medio natural; ello explica las tremendas deficiencias de la medicina llamada escolar (es decir, la que se debería cumplir en las escuelas de niños). Con este bagaje inicial un número de jóvenes ya médicos se adscribe a un servicio de Pediatría y, si son afortunados, logran hacer una residencia pediátrica durante tres o cuatro años. Con ello logran, casi sin excepción, una sólida formación en patología pediátrica, pero ni siquiera en una patología real, sino de una patología específica que puede ser llamada patología para residentes.

² F. Escardó, «Clase inaugural». *Rev. de la Asociación Médica Argentina*. Vol. 71, n.º 4, abril de 1957. Desde esa fecha hasta ahora la situación se ha agravado considerablemente; los estudiantes actuales no ven ni siquiera anatomía alguna.

El médico ha tardado mucho en advertir que de manera totalmente inocente, con sus prejuicios y hasta podríamos decir con algo mucho más profundo y secreto, modela, «configura su enfermedad», le da una estructura. Muchos de sus prejuicios inconscientes no son de él, no son «personales» sino que forman parte de esta constelación de prejuicios que determinan el perfil de una época³.

La residencia ha marcado una época en la pedagogía médica; el residente tiene sus prejuicios profesionales; todo niño que asiste es sometido a la rutina (palabra de por sí denunciadora) que consiste en una serie fija de análisis sistémicos cuya indicación no proviene de una necesidad semiológica (es decir, lógica) sino de un a priori exploratorio; el niño de un hospital con residencia no es en el fondo el mejor asistido sino el mejor estudiado. Por paradójico que parezca lo primero no es siempre consecuencia de lo segundo, porque los propósitos pedagógicos no están, como deberían, estrictamente subordinados a los clínicos. De ser así frente al hecho práctico podría, a menudo, prescindirse de la rutina; en el educando la práctica llega a ser internalizada de modo que no lo abandonará jamás. Comienza así el futuro Pediatra a familiarizarse con la montaña de papeles que en la profesión actual supera al enfermo de su tratante.

En resumidas cuentas: escribe George Canguilhem, cuando se habla de patología objetiva, cuando se piensa que la observación anatómica e histológica, que el test fisiológico, que el examen bacteriológico son métodos que permiten formular científicamente (y algunos piensan incluso que pueden hacerlo en ausencia de todo interrogatorio y exploración clínica) el diagnóstico de enfermedad, se es víctima, creemos, de la confusión filosófica más grave y terapéuticamente, a veces, más peligrosa. Un microscopio, un termómetro, un caldo de cultivo, no conocen una medicina que el propio médico ignoraría. Dan un resultado. Ese resultado no tiene de por sí ningún valor diagnóstico (26, p. 173).

Dando por válida la mejor preparación pediátrica del residente (nadie osará negar, por lo menos didascálicamente, su fondo de validez) cabe preguntarse: ¿llega el residente a tomar contacto real con lo que se llama niño? La respuesta es no. El niño de hospital es a fortiori un ser humano desgajado de su medio natural, a menudo sin familia que lo rodee y portador de una enfermedad sobre la que se implanta sin escape la anormal situación que le significa estar hospitalizado. El niño de hospital es un ser en quien a la enfermedad que lo aqueja se suma la acción agravante de un medio morbígeno; pretender que un residente en Pediatría adquiera la noción válida de lo que es un niño es exactamente como pretender que un sociólogo adquiera la noción de lo que es un ser humano libre viviendo tres años en una cárcel. ¿Quiere decir esto, que la residencia es un mal método para for-*

³ J. Rof Carballo, «El lenguaje del cuerpo», en *El hombre como encuentro*. Alfaguara, Madrid, 1973, p. 94.

* En el Hospital de Niños de Buenos Aires, en la totalidad de las salas con excepción de la de Neurocirugía, se internan los niños con sus madres pero el bárbaro sistema de la separación persiste en la mayoría de los servicios de Pediatría, aún en el de la Cátedra del Hospital Universitario.

mar pediatras? Nada de eso, es eficazísima para los médicos que quiere formar o dicho de otro modo, útil para formar Pediatras, no lo es para hacer médicos de niños⁴. ¿Dónde han de formarse, pues? Allí donde hay niños, es decir, en todas partes.

Por eso la frase de Paracelso que inicia este trabajo no tiene nada de peregrino. La medicina del niño proviene sólo muy limitadamente de las fuentes escolares, el médico de niños ha de surgir de una inserción crítica en el medio comunitario todo, no con intención específicamente sociológica o psicológica sino tan sólo con abierto propósito de relación humana. El más grave inconveniente que padecen quienes se llaman Pediatras es que no consiguen olvidarse de que son médicos, es decir, que las serias limitaciones que resultan de enfocar al niño como un enfermo o un paciente en el sentido clásico de estos vocablos. No puede negarse la verdad de la observación de Pou Orfila.

El médico experimenta en sus enfermos, analógicamente lo que hace el fisiólogo en sus animales. Todo examen físico o químico que se practica en un enfermo, es un experimento que se establece a fin de comprobar la exactitud de una hipótesis con respecto al caso en cuestión. Sin embargo, la diferencia está en que el médico práctico no trata a sus enfermos con el fin primordial de estudiar la enfermedad, sino sobre todo, para curarlos⁵.

¡Ojalá la diferencia estuviese tan sólo en eso! El ser humano se diferencia cualitativamente del animal en que tiene una biografía y la capacidad antropológica de procurar y obtener que el medio se adapte a él. En el niño el cuadro actual es una ínfima parte del caso clínico en cuanto es el epílogo presente de un proceso que sólo puede ser revelado por la biografía del paciente en su familia.

No obstante esa diferencia, concluye Pou Orfila, es necesario que el médico tenga en sus experimentos clínicos... un plan preconcebido. Será también necesario que establezca y describa exactamente las condiciones de su experimentación clínica.

Cuando se leen las mónicas del maestro uruguayo se tiene la sensación que diagnóstico y tratamiento son una especie de ejercicio de tiro al blanco; puede ser que alguna vez se alcance a cumplir ese plan ideal, pero en Pediatría todo hecho médico se parece más bien a la caza en campo abierto; ello no quiere decir que el cazador no esté munido de ojeadores y sabuesos, pero sí que en la práctica el Pediatra corriente ocasionalmente o nunca incluye los fenómenos psicológicos y convencionales en la hipótesis terapéutica. La condición de médico es tan sólo la levadura en lo total del fenómeno pediátrico y vale la pena recordar que la levadura en su condición de fermento es esencial para el proceso pero que sólo actúa como función y no como ingrediente.

⁴ F. Escardó, «Quiénes son los Pediatras». *La Pediatría Medicina del hombre*. 2.^a edición. Américalce, Buenos Aires, 1966, pp. 102-115.

⁵ Pou Orfila, *op. cit.*, tomo 1, p. 77.

Las gentes (dando a esta denominación el sentido vivo que tiene en el uso común) han adquirido por necesidad una cantidad de saberes sobre los niños tanto en su propia biografía cuanto como abuelos y abuelas, padres y madres, hermanos y hermanas, compadres y comadres, maestros y maestras, vecinos, cuidadores... y saben al respecto una enorme cantidad de cosas que el médico también puede utilizar si se anima a depurar y alquitarar en cuanto a médico lo que sabe como ser humano entre seres humanos.

De mí sé decir que a esta altura de mi oficio sólo me siento absolutamente seguro cuando mi juicio sobre el caso se ve ratificado por la opinión de la madre o la abuela aunque no siempre me sea fácil traducir a su verdadera significación lo que esas mujeres me comunican, ya que es mucho más allá del lenguaje verbal donde se articula lo que me quieren decir. El gran Pediatra brasileño Martagao Gesteira ha escrito:

...ese interrogatorio indirecto puede ser altamente esclarecedor para el juicio médico, sobre todo cuando va dirigido a la madre del niño, a la que el instinto materno presta, a veces, una agudeza en verdad sorprendente⁶.

La falta de sentido común es la base y el excipiente de buena parte de los errores de técnica pediátrica. Pretender que los saberes de la gente en materia de niños son falsos o equivocados no es tan sólo achaque de pedantería sino lisa y llanamente mutilación al acceso del conocimiento y lo es por una doble razón: primero porque hay en ello muchísima sabiduría secular y no poca amorosa comprensión y segundo porque las veces que así no es, es con esos saberes que el médico tiene que concertar franca y leal alianza (a menudo ofensivo-defensiva) si quiere de veras comprender y beneficiar al niño que le cabe atender. Gran parte de lo que los libros de Puericultura formulan como reglas de higiene y salud no sólo carece de toda validez y, cuando son válidas, si no se logra compaginarlas con la realidad, es decir, con los niños, se pierden en el vacío, ya que con frecuencia los chicos se libran de tales escolasticismos, porque el buen sentido de las madres las recibe sin el menor ánimo de acatarlas. Parece mentira que con el nombre anglicado y solemne de self-demand se haya postulado con ribetes de novedad un modo de alimentación sujeto al simple reclamo del niño, con absoluta omisión de los intereses de la madre convertida en una mera canilla láctea y que sobre vagas e insuficientes nociones sobre la frustración se hayan publicado en sesudas revistas, trabajos que el buen sentido obligaba a considerar tan sólo como solemnes tonterías, ya que desconocían que al nacer el pequeño ingresa en un mundo cultural preestablecido, verdadero sistema de ecología dirigida. Ejemplos como ese pueden ser multiplicados apenas se observe el continuo fluir de las modas en Pediatría. Tal vez la afirmación aparezca como audaz y necesite ser concretada. Finkelstein, de cuyo espíritu teorizante no puede dudar nadie que recuerde hasta qué punto cumplió la teoría de los trastornos digestivos del lactante, escribió en 1940:

⁶ M. Gesteira, «O Erro en Clínica Pediátrica». *Pediatria e Puericultura*. Bahía. Ano VII, Set.-Dic. 1937, n.º 1-2, p. 11.

En resumen, el último cuarto de siglo no ha creado en el campo de la alimentación del lactante nada práctico ni científico de mayor importancia⁷.

Tal planteo se pone de bulto en replanteos a primera vista incomprensibles.

1. Que gran parte de lo que la Pediatría corriente considera enfermedades de la infancia son sólo tramos necesarios de su maduración; pongo por caso la famosa hipertrofia de las amígdalas y las eruptivas en primer plano el sarampión.
2. Que la patología descriptiva en los grandes tratados de los grandes maestros franceses, alemanes y norteamericanos está edificada sobre casos de hospital.

A la descripción de la atrepsia de Parrot no hay que añadirle una sola coma, es absoluta, perfecta y por lo tanto inmejorable; pero le falta una sola cosa: entender que es la de un niño fabricado monstruosamente por el hospital, un caso extremo de hospitalismo, de afamiliaridad, ¡a ese chico le falta nada menos que la madre! Y lo terrible es que las condiciones se siguen repitiendo en las clínicas de los países que se consideran adelantados.

El caso se repite en las descripciones clásicas sobre el eczema del lactante que los Pediatras siguen derivando al dermatólogo, la descripción es falsa y la interpretación errónea pese a Marfan, pese a Comby, pese a Nelson.

Ello no es más que el triste resultado de uno de los discaminos que vengo comentando y que proviene de no haber puesto en el primer plano del pensamiento el hecho de que el niño es el ser humano en el mayor estado de indefensión que no puede pervivir si una organización fraguada de antemano no lo asiste y vela y esta organización es la familia o, si queremos ultrasimplificar, la madre, gracias a la cual el niño puede sobrevivir, ya que es «ab initio» un ser social que no puede no ser social sin perecer, cualesquiera sean sus potenciales genéticos. Aun en el caso de los niños-lobo y en particular el bien estudiado de Kamala, la niña-lobo de Midnapor, la familia puede no ser humana, pero siempre es necesaria como núcleo primario. Siendo así, como sin duda lo es, resulta incomprensible que los mayores tratados de Pediatría no contengan un solo capítulo sobre la familia en su anatomía y fisiología y aun que se haya animado a prohibir instituciones afamiliares como el hospital y el orfanatrofio.

El Pediatra que no conoce a fondo la fisiología de la familia no puede saber mucho del niño aunque sepa mucho de sus sistemas, órganos y aparatos. Sin embargo el escotoma existe, persiste y pervive.

El niño es una entidad relativa, es decir, en necesaria relación con otra cosa y esa cosa es nada menos que la familia, de cuyo estudio la Pediatría escolar hace caso omiso. Diré de paso, que conoce poco o nada de la anatomía del niño porque no la estudia en la Facultad ni tiene dónde estudiarla;

⁷ E. Finkelstein, «Cincuenta años de alimentación artificial del lactante». *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 1940; 11, p. 308.

se trata de una anatomía que no puede ser comprendida por datos referenciales de la anatomía del adulto, lo que conduce a errores gravísimos como la mutilación de las amígdalas y adenoides.

Para anotar un solo ejemplo, el niño tiene más huesos que el adulto, sus mesos peritoneales son en absoluto distintos en situación y la extensión lo que condiciona la movilidad intestinal. El niño nace sin el menor mecanismo antigravitatorio a pesar de que está destinado a luchar de por vida contra la gravedad; tal desconocimiento lleva a diagnósticos tan disparatados como el de pie plano a los 2 años.

No hay acuerdo en cuánto dura el período que puede llamarse del recién nacido y ello importa mucho porque sobre ello cabalga la adecuada actividad del Pediatra.

¿La caída del cordón?

¿El fin de alimentación calostrál?

¿La inserción positiva en el seno?

¿La desaparición de la hemoglobina materna?

Poco importa. El recién nacido pasa a ser bebé cuando la familia lo acepta como sujeto diferenciado y ello puede no suceder nunca.

¿Pero hasta cuándo sigue siendo bebé?

¿Cuando le salen los dientes?

¿Cuando comienza a gatear?

Nada de eso. Cuando deja de ser feto. Es decir, cuando deja de depender de la placenta.

Es bien sabido que la placenta cesa de cumplir una determinada función exactamente cuando el feto puede cumplirla por sí mismo. Por eso lo que erróneamente llamamos hipermaduro es un feto que ya no tiene placenta que lo valga. Pero el concepto es social antes que fisiológico.

Portmann de Basilea ha señalado con acierto que la vida fetal del ser humano dura 21 meses y funda su acierto en el hecho biológico de que lo típico de la condición de feto radica en su dependencia biológica de la madre y considera que el mínimo de autonomía lo obtiene con la adquisición de la marcha al año de edad, lo que sumado a los 9 meses intrauterinos da los 21 meses señalados por Portmann. El concepto es exacto pero la cronología que se le aplica es errónea. Al año de su edad el pequeño no marcha sino que deambula porque su desplazamiento carece de intencionalidad, no puede por ejemplo, escapar de un peligro. La marcha le confiere una aceptable autonomía a los 24 meses junto con el gobierno esfinteriano, en consecuencia en cuanto a vida fetal dependiente el término es de 33 meses y es a esa edad que el pequeño deja de ser feto.

Es lo que Axel Montagu llama con acierto la extergestación: la familia es un útero abierto en la que la madre cumple (o debe cumplir) función de placenta. El enfoque, como siempre que se ubica al niño en su verdadera y necesaria dimensión, que es la social es fecundísimo para la Pediatría. Sólo daré algunos ejemplos flagrantes. Así un niño ya nacido puede ser un ca-

renciado de placenta cuando en un embarazo puerperal la madre concibe otro niño antes de que el primero haya terminado su tiempo fetal de 33 meses; hay en el caso dos fetos en la familia y de necesidad, el mayor resulta un abandonónico; o bien puede resultar un hipermaduro en el concepto corriente de la Pediatría cuando la madre prolonga su función placentaria más allá de los 33 meses, son esos niños que la psicología llama sobreprotegidos, los eternos bebés de la antigua literatura que son hijos de una eterna nodriza.

Aceptado, dialécticamente que así se fija una edad concreta y con ello la posibilidad de ejercer actos útiles, el niño entra, según la denominación aceptada en la primera infancia que termina en la edad pre-escolar. Pero tal denominación es institucional, no biológica, porque donde no existen escuelas el niño no será nunca un pre-escolar.

Viene luego la pre-adolescencia, que no es lo mismo que la pre-nubilidad. ¿Cómo juzgarla? Tal vez por el ánimo rebelde y el enfrentamiento continuo con la familia, es decir, con la sociedad. Sus problemas son de tal modo fases del crecimiento que un gran psiquiatra norteamericano ha podido decir que el adolescente más enfermo es el que no presenta problemas.

Si en la medicina en general la especialización es una parcialidad monstruosa (ya hay médicos contactólogos) en el caso del niño la sectorización práctica es contranatural. Repito y repito que la Pediatría es la medicina de un tramo de vida humana que no admite parcelaciones.

Ya el Primer Congreso de Educación Médica declaró en Londres en 1925 que los especialistas no son médicos sino tecnólogos de la Medicina y Canguilhem anota algo que todo médico y especialmente el Pediatra debe tener presente cada día, que haya oto-rino-laringólogo de niños o dermatólogos de niños es una aberración lógica de la que se ha conducido a la Pediatría a realizar continuas interconsultas, no con aparatos de la más diversa índole que constituye no un elemento de juicios sino la negación a priori de todo juicio.

Basta meditar un instante en la dimensión bio-psico-social que significa el niño para admitir que la Pediatría no admite subespecialidades de ningún género sin abdicar de su esencialidad.

PEDIATRÍA Y OBSTETRICIA

Si hemos aceptado que el lactante es tal hasta los 33 meses de su nacimiento legal, hemos de aceptar que el niño empieza en la hora 0 de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

El concepto aceptado anteriormente por la medicina de que el niño «aparece» como tal con el nacimiento es pura y simplemente un disparate biológico, porque el niño no nace; se transmudea sin abandonar para nada la unidad biopsicosocial que lo asiste desde la fecundación.

En la práctica se han entregado al partero, el embrión y el feto con olvido de que el niño es tan sólo la continuidad biológica del embrión y del feto.

La obstetricia escolar a lo largo de su historia sólo ha pensado en el niño como un móvil y así lo llama. La obstetricia sigue pensando que tiene que ocuparse de mujer grávida de la cintura para abajo. El famoso parto sin temor es uno de los más grotescos divertissement que la medicina académica celebra de vez en cuando por algo que proviene de un país de cultura crudamente materialista.

Al no hacerse cargo de la vida embrionaria y fetal el partero suele cometer errores gravísimos, a menudo irreparables, pero como no vuelve nunca a ver al chico al que entrega al Pediatra después del breve show de la neonatología, no se entera nunca de haberlas cometido y al respecto los Pediatras tenemos graves cargos que formular.

Sólo trataré de los más corrientes que he hallado en la práctica diaria. Todavía se ven encefalopatías radiológicas por radiografías ordenadas por los parteros que aducen que luego del 6.º mes de la gestación los rayos no son dañinos y, ¿qué decir de las numerosas y frecuentes encefalopatías por antibióticos cuando se sabe a ciencia cierta que, salvo tal vez, la penicilina, todos, absolutamente todos los antibióticos son teratógenos si se aplican en cualquier época del embarazo? A eso se añaden drogas como el Wintomilon que los obstetras recetan en las infecciones urinarias, tan frecuentes en la embarazada. Y ¿qué decir de los sedantes tipo Dubadilán favorito de los parteros que no ven las múltiples consecuencias en el niño de las que el obstetra no se entera nunca y que van desde las excitaciones nocturnas del bebé hasta eczemas inexplicables?

Anoto de paso la salvaje episotomía que el partero practica sistemáticamente para su comodidad (ya que la frecuencia de los desgarros espontáneos es de 1/mil) y que perturba seriamente el puerperio y la instalación de la lactancia.

Nada diré de la cerril resistencia al parto en silla, fisiológico, y practicado desde la más remota antigüedad hasta que la civilización terminó con él.

LA MISIÓN DE LAS SOCIEDADES DE PEDIATRÍA

Son verdades elementales y palmarias. Pero ¿de qué sirve enunciarlas, si no se entera la comunidad? Es decir, los enfermos y en el caso la familia de los niños.

He escrito un libro sobre ello, que a pesar de sus 2 ediciones no ha llegado a los Pediatras. No me aflige, estoy habituado a ser vox clamantis in deserto. Y sé que debo enfrentar a las Sociedades de Pediatría porque no se vuelcan a la comunidad. Los Pediatras suelen vender que si han llegado a médicos es porque han sido becarios de la comunidad, ya que en nuestro país la Institución Secundaria y la Universidad son gratuitas.

Pruebas al canto:

La enfermedad de Rege, hidrocefalia atípica producida por la aplicación de aspirina en cuadros gripales o en la varicela, que cuenta ya con 2.000 ca-

sos en los EE.UU. y algunas, cuyo conocimiento apenas difundido entre nosotros.

La benemérita (y lo digo en serio) Sociedad Argentina de Pediatría ha publicado un mensaje sobre el particular en su boletín, que sólo está al alcance de sus socios. Simplemente porque no se animó a enfrentar a Bayer en el mismo terreno del que Bayer se ha apoderado; en el de casi todas las farmacias reza «Cafiaspirina el remedio de confianza» a más del consabido slogan «si es de Bayer es bueno». ¿Qué pensarán las madres de los hidrocefálicos de la Aspirina?