





**La infectología  
que aprendí,  
viví... y sentí**

TOMO I



OLINDO A. L. MARTINO

**La infectología  
que aprendí,  
viví... y sentí**

TOMO I



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

Martino, Olindo Adrián Luis

La infectología que aprendí, viví ... y sentí / Olindo Adrián Luis Martino. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Autores de Argentina, 2016.

500 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-711-694-6

1. Autobiografías. I. Título.

CDD A863

EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

[www.autoresdeargentina.com](http://www.autoresdeargentina.com)

Mail: [info@autoresdeargentina.com](mailto:info@autoresdeargentina.com)

Diseño de portada: Justo Echeverría

Diseño de maquetado: Editorial Autores de Argentina

Queda hecho el depósito que establece la LEY 11.723.

Impreso en Argentina – Printed in Argentina

*“No te rindas, por favor no cedas aunque el frío queme,  
aunque el miedo muerda,  
aunque el sol se ponga y se calle el viento.*

*Aún hay fuerza en tu alma. Aún hay vida en tus sueños.  
Porque cada día es un comienzo nuevo.  
Porque esta es la hora y el mejor momento»*

*Mario Benedetti (1920–2009)*



## Agradecimientos

*A la escritora Sra. Cristina Pizarro, por sus inestimables aportes y consejos que permitieron la elaboración de esta obra.*

*Al Sr. Ernesto Pérez, por la valiosa orientación brindada para la estructura y compaginación del texto y del material iconográfico.*

*A la Señora Tuti Maglio, por la importante documentación cedida y relacionada con la historiografía, museo histórico, organigrama y documentación fotográfica del Hospital "Francisco Javier Muñoz".*

*Al Profesor Dr. Jorge Ulnik, por sus interesantes comentarios y el actualizado material bibliográfico brindado, relacionado con los aspectos psiquiátricos de las dermatosis autoprovochadas o facticias.*

*Al Dr. Eduardo Restifo, por facilitarme parte de su archivo iconográfico con ilustraciones de casos de patomimias.*

*A mi discípulo y amigo, Profesor Dr. Tomás Orduna, quien me acompañó durante un largo trayecto de mi vida profesional y supo guardar celosamente una valiosa documentación histórica de mi paso por la infectología.*

*Al Sr. Ezequiel Caña, por la compaginación del diseño de tapa y contratapa de la obra.*



***Dedicatorias***

*A la memoria de mis padres, Vicente Martino y Cristina Cibic*

*A mi esposa, Enriqueta Clara Montes de Oca*

*A mis hijos, Claudia Eleonora y Adrián Enrique*

*A mis nietos, Eugenia, María, Vicente e Isabela*

*A mis hijos políticos, Mario de la Puerta Echeverría (h)  
y Malena Amado*

*A mis Consuegros, Mario de la Puerta Echeverría, Elsa Cafarelli (+),*

*Carlos Amado y Laura Jamín.*

*A Mariana de la Puerta y Fernando Morrone*

*A Mauro y Alan*



# Prólogo

Existen autobiografías en donde el autor se decide a escribirlas siendo un personaje público con distintas actividades en la sociedad y el libro no es un relato de su propia vida, sino una justificación de sus actos o una defensa de acusaciones generadas en su paso por el poder.

Pueden tener el interés de conocer entretelones de circunstancias privadas o públicas que generaron curiosidad a su tiempo, pero el objetivo no es un relato testimonial y no siempre su contenido es sincero.

En otras oportunidades el autobiografiado se refiere en forma cronológica a diferentes avatares de su vida con ideas generales sobre el ambiente en el que le tocó actuar o describiendo hechos de poco interés o escasa trascendencia.

Las autobiografías verdaderas y valiosas son aquellas que transmiten la tensión existencial de una vida, los sentimientos y las emociones que se generaron en el transcurrir del tiempo, las que reflejan no solamente los actos y las experiencias del autor sino su repercusión en sí mismo y en el ambiente que lo rodea, o cómo ese ambiente y las circunstancias de la existencia influyeron en la orientación de su vida.

Lo valioso de estas narraciones es el de constituir verdaderos testimonios vitales de un individuo y de los momentos en los que le tocó estar en el mundo permitiendo conocer una personalidad única e irreplicable como lo es la de cada ser humano.

La autobiografía de Olindo Martino pertenece a esta última categoría de obras; es el retrato vivo de un hombre que se ha caracterizado no sólo por sus conocimientos sino por la actitud desafiante ante la vida.

Es que nos encontramos frente a un ser humano de excepción quien, a través del estudio y la experiencia, ha llegado a dominar las disciplinas vinculadas con la infectología, la parasitología y la medicina tropical.

Para ello ejerció su profesión en lugares inhóspitos, sin mínimas condiciones de salubridad y carentes de apoyo logístico, en el continente africano, zonas de difícil acceso en el Brasil, Paraguay, Bolivia

y Perú, por mencionar alguno de los sitios donde le tocó mostrar su espíritu fraterno y su voluntad solidaria.

En las páginas de este libro único se pueden encontrar los testimonios vividos de la tarea realizada así como el recuerdo para los que fueron sus maestros.

Su espíritu docente queda evidenciado en la organización y dirección de una Residencia en Enfermedades Tropicales en el Noroeste de nuestro país durante 15 años.

El Dr. Olindo Martino posee, además, un espíritu humanista: tiene talento para el dibujo y la pintura y un estilo literario que transmite con claridad los frutos de su imaginación.

El libro es un gran fresco en donde se pueden apreciar los grandes capítulos de su vida; cada capítulo nos abre las puertas de la solidaridad, la aventura y la dedicación a paliar las infelicidades de los que nada tienen.

Son treinta y tres capítulos en donde además de la descripción de su tarea múltiple hay lugar para “Reflexiones en torno al dolor existencial” o “Pablo Picasso y su concepción estética de la miseria y la enfermedad”, y una oda al médico rural.

Está siempre presente la realidad de la pobreza, de la miseria y de las enfermedades que generan.

Su actividad médica en Ruanda así como en la epidemia de cólera en el Perú, constituyen relatos dramáticos de un realismo vivo y testimonial.

El libro en sí es un testimonio de una vida, una vocación y una entrega a la tarea de la asistencia a la humanidad sufriente.

Se dice que al terminar un libro, si es bueno, el lector siente que tiene en el autor un nuevo amigo. No quedan dudas de que a partir de la lectura de esta obra el Dr. Olindo Martino tendrá un amigo nuevo en cada uno de sus lectores.

Dr. Manuel Luis Martí  
Presidente de la Academia Nacional de Medicina

# CAPÍTULO I

## Una difícil asignatura

*“El más largo aprendizaje de todas las artes  
es aprender a ver”*

*Jules Gouncourt (literato francés, 1830-1870)*

Se acercaba el otoño de aquella remota década del '50. Con él iniciaría un nuevo año universitario que, a igual de los precedentes sería, sin duda, arduo y exigente. Corría entonces el año 1952. Debía enfrentarme a una de las materias más difíciles de la carrera médica: Enfermedades Infecciosas. Forzosamente debía cursarla en el célebre y espectral Hospital Muñiz, antiguo lazareto creado tras la apocalíptica epidemia de fiebre amarilla. Agregó espectral porque con solo mencionar el nombre su sombría imagen era ya reconocida por asistir enfermedades graves y hasta degradantes como la lepra, tuberculosis, sífilis, difteria, tétanos, fiebre tifoidea, gangrena gaseosa, peste bubónica y, además, las malolientes úlceras agusanadas que arrastraban consigo tantos pobres vagabundos.

Recuerdo que, siendo yo todavía niño, vivía en la otra cuadra de mi barrio un médico famoso (1) que trabajaba en ese hospital y asistía a los enfermos tuberculosos. Según habladurías, éstos solían escupir sangre sobre la vereda para asustar a la gente o quizás mostrar lástima ya que en tal época escupir sangre significaba «un claro ultimátum de la muerte»

La materia era anual y sabíamos que para aprobarla había que cumplir con intensas prácticas semanales y, los días sábados, clases recuperadoras.

Todavía me parece que fue ayer, cuando me enfrenté con aquel imponente caserón de aislamiento que cobijaba a tan sufrida humanidad. Recuerdo que a medida que estudiaba la materia, sin saber por qué, me sentía avergonzado al observar durante la práctica hospitalaria a pobres desahuciados de la calle –desnutridos, la piel

pigmentada por la mugre, con quejosa tos o cubriendo con trapos malolientes úlceras saniosas— buscando por todos los medios hospedarse en aquel hotel lúgubre y sin estrellas, pero asistido por profesionales avezados en el manejo de aquella cruda y difícil disciplina. Porque en realidad el hospital Muñiz representaba un virtual hotel que les aseguraba camas calentitas y guisos reconfortantes para soportar su penoso sobrevivir.

No imaginaba siquiera que ese inmenso y conmovedor solar sería, a partir de aquel comienzo, mi segunda morada. Porque allí crecería como persona, comprendería el dolor del ser y me foguearía como médico asistencial. Por largos años seguiría después transitando los ondulados y caprichosos senderos de aquella vieja casona de aislamiento.

Comenzaron las tempranas «matinatas» de prácticas de aquella extensa y difícil materia. Al recorrer cada mañana ese benemérito hospedaje del dolor humano me sentía abrazado por las añejas y tupidas arboledas clavadas al borde de atajos caprichosos. Inacabables verdores cubrían los sinuosos y estrechos caminos salpicados de doradas tipas. Frente a frente yacían, encajonadas, las simétricas salas de internación simulando féretros sombríos a la espera del infectado o del pobre moribundo.

El desarrollo de los trabajos prácticos abarcaba un año lectivo. Las prácticas eran exigentes y conducidas por docentes y jefes de sala con sólida formación académica. Acaso el más brillante y humano jefe de trabajos prácticos que hoy todavía conservo en mi memoria fue el Dr. José Cohen, quien supo, cada mañana, llevarme pacientemente de la mano frente a cada enfermo, única manera de comprender la abrumadora disciplina infectológica. Hoy todavía alcanzo a evocar-lo, con su figura señorial y casi paternal, la sonrisa irónica del clínico inspirado, su ductilidad en el análisis de cada paciente que solía enriquecer con un floreado razonamiento y rematarlo con una anécdota siempre hilarante que, sin que nosotros nos diéramos cuenta en ese todavía larvado momento de nuestra formación médica, tenía como finalidad desdibujar el drama de la enfermedad para cubrirla con un hábito de dignidad esa cualidad que jamás debe faltar en la palabra del médico.

Y vaya que enriquecían las sabrosas anécdotas de ese humilde pero gran irónico del quehacer médico que fuera el Dr. Cohen de quién ya evoco una de ellas. El hospital Muñiz solía recibir y «aceptaba» (2) patologías infecciosas que en aquella época, bajo el principio del riguroso aislamiento, sólo podían ingresar en tal institución. Fue así como un hombre de unos 40 años fue internado en grave estado con el diagnóstico de meningoencefalitis en la sala del Dr. Cohen, nuestro sonriente y mordaz instructor! Tras un adecuado diagnóstico y tratamiento el paciente comenzó a mejorar y pocos días después, al sentirse casi curado, preguntó cuándo se iría de alta.

-Pronto, quizás mañana o pasado... -le contestó su médico de sector.

Pero al otro día el hombre le refirió a su médico que, de pronto, se había quedado casi sin visión. El médico tratante, preocupado, llamó de inmediato al neurólogo quien tras examinarlo no percibió alteraciones neurológicas que justificaran la inesperada ambliopía. De inmediato fue puesto en antecedentes el jefe de la sala – el Dr. Cohen – quien al acercarse a su cama, sonriente como era su costumbre, sacó un billete de diez pesos y poniéndoselo frente a sus narices le preguntó :

-Ché qué ves? –

-Diez pesos Doctor -exclamó el enfermo.

-Bueno quedate unos días más y cuando haga menos frío (era invierno!) te vas.

El buen hombre, seguramente, no quería irse de alta porque en realidad no tenía donde ir.

Sin duda José Cohen fue un genuino paradigma de la escuela francesa (3) Sus enseñanzas frente al enfermo quedaban grabadas por un fluido y claro razonamiento, pero más aún a través de sus imperdibles imitaciones, cuyas hilarantes dramatizaciones quedarían para siempre guardadas en nuestra «imagenoteca» médica. Famosa era así la imitación que hacía de la parálisis del velo del paladar, cuya voz nasal era secuela obligada de la difteria maligna, frecuente en las décadas del ' 50 y del ' 60, sobre todo en los niños de primera

infancia no vacunados. Para demostrar tamaña secuela el médico titiritero procedía así: frente al enfermito, parodiando una perfecta voz nasal, le preguntaba el nombre. Tal imprevisto, como sucede con todo ribete grotesco, provocaba la risa de los alumnos, también de la madre y de los pequeños y pálidos pacientes (4) Una vez más la improvisada alegría hacía más llevadera la congoja del dolor físico. Porque sabían, tanto médicos como alumnos, que esa voz nasal, acción de la potente toxina diftérica, representaba una grave complicación siempre de sombrío pronóstico (5)

La inolvidable figura de aquel erudito de la vida me hizo recordar una oportuna reflexión de Leonardo da Vinci que dice: *«El rostro más loable es el que expresa, lo mejor posible, la pasión que lo anima»* Creo que la expresión de jovialidad del Dr. Cohen era parte de una profunda enseñanza frente al dolor humano y la necesidad de comprenderlo en su entera dimensión. ¡Y vaya si fue importante en aquel momento de nuestra formación universitaria!

Entre clases teóricas y prácticas semanales ese año lectivo pasó vertiginosamente. Y como era de suponer comenzaron a circular las esperadas y tenebrosas noticias vinculadas con la mesa examinadora y el elevado porcentaje de aplazos que algunos profesores tenían en su honorable haber. Y pensar que alguno de integrantes de la mesa examinadora, jamás nos dictaron siquiera una clase teórica y menos aún un trabajo práctico frente al paciente. No era entonces difícil vincular sus exabruptos de desaprobación – parecidos a ladridos – con la soslayada ineptitud que evidenciaban para la docencia.

Conscientes del elevado número de aplazos que históricamente cotizaba la Catedra de Enfermedades Infecciosas, un grupo de alumnos en condiciones de rendir la materia optamos por asegurarnos un repaso de la misma con disertaciones teóricas y extensas recorridas de salas todos los días por la mañana incluyendo el sábado. Fue esa la feliz circunstancia en que conocí al Dr. Alejandro Giuliano. Un hombre simple y riguroso en su comportamiento y puntualidad. Rudo, poco elegante en su hablar, pero cuando transmitía un concepto lo hacía como un profundo observador dotado de una vasta experiencia.

Su aspecto personal también coincidía con su austero comportamiento. De mediana estatura, cuarentón pasado, con cintura algo abultada, vestía sobriamente aunque algo desaliñado debido a su costumbre de llevar el nudo de la corbata ladeado, rasgo llamativo que marcaba una franca diferencia con el cuidadoso vestir dominante en los colegas de su época. Tal actitud no debía asombrar. Giuliano no cuidaba su estética corporal y poco le importaba el prejuicioso «...que dirán». De igual modo era personal en su forma de caminar. Cuando lo hacía adelantaba su torso y abdomen como esbozando una presuntuosa lordosis.

Giuliano era de tez morocha, cabello lacio y renegrido, ojos severos y mirada que insinuaba un leve estrabismo divergente. En verdad un semblante de facciones recias que armonizaba con la dura tierra de sus ancestros, la península itálica, cuyos céfiros de aventura permitieron que germinara en la América de esperanzas la semilla de su vital prosapia.

Escucharlo hablar despertaba atención y respeto. La voz ronca, la palabra deliberadamente lenta para ser bien escuchada y, todavía mejor, comprendida. No faltaba el criticón que aludía a la simpleza didáctica con que decía las cosas, comiéndose incluso algunas veces las «eses» en los finales de oración. Que importaba eso. Era él, Giuliano, el maestro de cada mañana hiciera frío o diluviase. Junto a nosotros, participando de nuestra ansiedad por conocer y aprender, haciendo más llevadera la horadante angustia frente al difícil examen que pronto se nos vendría encima.

Simplemente ahí estaba. El rústico hombre transformado en el venerado educador de aquella entusiasta «juvenillla» que, año tras año, lo seguía a pie juntilla como al virtual apóstol de la infectología ¡Cómo no serlo! con su lenguaje llano, sin trampas, rarezas o chimentos hipócritas. Porque siempre buscaba de hacer clara hasta la más intrincada enfermedad, ordenando su historia natural de acuerdo a la prioridad de sus signos y síntomas. Tan clara y fácil de comprender se tornaba su descripción que, a veces, parecía hasta inocente. Como surgida de un cuento infantil...ese cuento que tanto anhelábamos escuchar para sentirnos cobijados y a la vez tranquilizar nuestra efervescente juventud.

Acostumbraba a declamar sus famosos aforismos infectológicos con fuerza tal que entraban siempre justos, como calzador en zapato nuevo. Porque sin duda así debían caber en nuestros cerebros de aprendices. Entonces, frente al enfermo y juntando los pulpejos de sus manos en señal de prédica, alzaba su rostro y con voz de tribuno comenzaba a decir :

-«... *fiebre y garganta que vomita pensar en escarlatina*»

-«... *neumonía (no acostumbraba a acentuar la letra «i») que no es neumonía y tifóidea que no es tifóidea (acostumbraba a acentuar la letra o), pensar en psitacosis...*» -;

-«... *tétanos sin trismos invencible no es tétanos*» -;

-«... *fiebre más tres catarros y erupción sucia, pensar en sarampión*» -;

-«... *la varicela es una eruptiva con polimorfismo local y regional porque siempre se manifiesta por brotes sucesivos. Cada brote viene con fiebre*» -;

-«... *la costra de la varicela generalmente contagia*» -;

-«... no existe síndrome meníngeo sin rigidez de nuca» -

-«...en las enfermedades eruptivas hay que distinguir un período de incubación, un período de invasión, un período de estado, un período de declinación y un período de convalecencia» -...y así lo repetía casi todos los días!

-«... *la erupción del alastrim escapa por los miembros (Giuliano quería decir que era centrífuga); la erupción de la varicela se agolpa en el tórax y en el abdomen*» -;

-«... *brucelosis, enfermedad de las cien formas clínicas*»-;

-«... *sífilis, la gran simuladora*» -...

... *no olvidar que cada enfermedad infecciosa tiene su «genio epidémico» (6).*

Así quedarían para siempre grabadas en nuestras jóvenes seseras sus machacantes e irrefutables estribillos.

Era admirable verlo llegar al hospital alborada tras alborada. Año tras año. Como lo seguiría haciendo en toda su vida de médico. Siempre igual. Pasando desapercibido. Apenas con su espontánea actitud de vida...y empujando hacia adelante su presuntuosa lordosis!

Cada día, muy temprano, faltando quince minutos para las seis, tomaba el colectivo 95 que a esa temprana hora circulaba casi sin pasajeros, permitiéndole así sentarse en el primer asiento para conversar con el conductor. Una charla «amiguera» que duraba los pocos minutos que separaban su barrio, entre las calles Pichincha y Humberto Primo, con el hospital Muñiz. A eso de las seis, poco más, poco menos, Giuliano entraba al hospital. Antes de dirigirse a su sala invariablemente se detenía en la guardia para informarse sobre el ingreso de pacientes nuevos y localizarlos. Luego interrogarlos y discutirlos en sus cotidianas revistas de sala con sus fieles seguidores –alumnos y también algunos médicos del hospital-, tarea que a veces se extendía hasta pasado el mediodía. Durante más de tres décadas y hasta después de su retiro jubilario cumplió esa inigualable labor con la majestuosidad y sencillez de un monje. Su imagen quedó así en el recuerdo como el maestro «tempranero» del hospital Muñiz.

Alejandro Giuliano sostenía a raja cincha que la enseñanza de la infectología debía estar «*un poco más lejos del podio academicista y mucho más cerca de la cama del enfermo*» Por eso lo escuchábamos decir más de una vez: «... *mi despacho es una sala del hospital*».

Hace tiempo que su ejemplar figura no está con nosotros. Si estuviera seguramente lo percibiríamos entre las viejas bambalinas del hospital, repitiendo con su sonora voz los inolvidables proverbios de la infectología clásica. Quien lo haya conocido guardará, como retazo imborrable, el recuerdo de este soberbio espíritu peninsular. Con el atavío de un hombre modesto, ecuánime, de mano franca y una envidiable vocación para la docencia.

No llegué a conocer la última voluntad de Alejandro. Pero si por acaso imagino que antes de morir su voluntad fuese la de repetir estas palabras de José Saramago: «más allá... sombra seré, resto y resumen...», yo sin dudar agregaría: sí, pero de una vida honrosa para jamás olvidar!

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- Se trataba del Profesor Dr. José María Leston, respetado en muchos barrios porteños por su prestigio como médico tisiólogo del Hospital Muñiz y, además, por ser el discípulo predilecto del maestro Raúl Vaccarezza quien había llevado a la Tisioneumonología Argentina a un nivel de prestigio internacional.
- 2- El Hospital Francisco Javier Muñiz representaba, a ciencia cierta, un generoso lazareto donde ingresaban, para ser observadas o tratadas personas con sospecha o afectados por variadas, y en su mayoría graves, patologías infecciosas y contagiosas que habitualmente eran rechazadas en otros ámbitos asistenciales. Me refiero, por ejemplo, a las enfermedades eruptivas, difteria, fiebre tifoidea, meningitis, tétanos, gangrena gaseosa, miasis, etc., sin olvidar a la tuberculosis.
- 3- En la década del '50 las dos escuelas que tenían influencia en la formación de los futuros médicos en la UBA, eran la francesa en medicina clínica y la americana y la alemana en cirugía y patología, respectivamente. José Cohen, toda vez que examinaba a un paciente para luego formular su diagnóstico, poseía la elegancia del semiólogo francés. Y para ello adoptaba un estilo criterioso en el discernimiento clínico y elegante en la palabra.
- 4- En épocas donde la difteria era enfermedad endémica, un signo observado con frecuencia en aquellos niños que padecían formas graves o malignas de difteria, era la palidez llamativa de la piel la cual se expresaba como signo inolvidable en sus «caritas marmóreas» Esa palidez era el producto de la potente exotoxina diftérica. Aprendí así que cuánto más pálida era la cara del enfermo más lúgubre sería el pronóstico de la enfermedad.
- 5- En la pesada alforja de mis evocaciones mantengo siempre presente el tristísimo espectáculo de ver morir a un niño diftérico. Me adelanto a referirlo porque tuve que soportarlo en varias oportunidades siendo médico de planta y coordinador en el manejo del paciente diftérico, exigente responsabilidad que me asignara el Profesor Dr. Humberto Rugiero, entonces Profesor Titular de la

Cátedra de Infecciosas. Este singular y conmovedor espectáculo lo he visto solamente en niños que fallecían como consecuencia de una gravísima complicación cardíaca –miocarditis diftérica-, la mayoría de las veces tras una forma maligna de enfermedad.

Luego de superar la etapa aguda de la angina el niño quedaba maquillado con la infaltable mascarilla que la enfermedad dejaba a su paso: la palidez intensa, agravada todavía por la velloplejía, responsable a su vez del reflujo nasal para los líquidos. Bastaba apenas con recorrer y detenerse instantes en cada cama para comprobar estos elocuentes signos. Casi no había duda en prender, al pie de la misma, el negro crespón de la muerte porque con frecuencia así sucedía.

En el minúsculo y emotivo escenario de cada lecho era habitual observar juguetes desparramados y otros objetos con los cuales los enfermitos se distraían. Juguetes y juegos muchas veces compartidos con la mamá. Sentado y rodeado por sus fantasías multicolores el pequeño protagonista de aquel impredecible drama de pronto dejaba de jugar y reclinándose lentamente hacia el costado contrario al que se hallaba su madre (¿!), con indefinido semblante de somnolencia y tristeza iba poco a poco acurrucándose y, sin emitir quejido ni decir palabra, dejaba así este mundo dándole la espalda a su madre... como queriendo apartarse de quien lo había concedido. O quizás disculpándose por no poder concederle más instantes de felicidad.

Hoy todavía sigo pensando que la facultad no nos ha preparado para sobrellevar y asumir una conducta adecuada frente al trance dramático de asistir a la muerte de un paciente, más aún tratándose de un niño. Sólo el potrero de la vida -tierra yerma con cascos- me prepararía con el tiempo para tales penosos desafíos.

- 6- Término que el Profesor Giuliano acostumbraba a utilizar para calificar la magnitud de presentación de una enfermedad infecciosa contagiosa en el seno de la comunidad. Así, como ejemplo, el genio epidémico de la poliomielitis cayó sobre la población capitalina de la década del '50 con la poderosa fuerza de Abaddon el destructor!

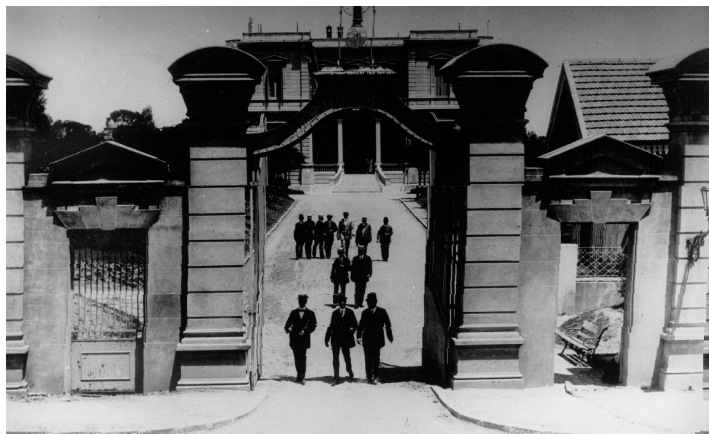


Figura 1. 1. Antiguo portón de ingreso al Hospital «Francisco Javier Muñiz» (calle Uspallata)



Fig.: 1.2. Prof. Dr. Alejandro Giuliano



Fig.: 1.3. Prof. Dr. José María Leston, Director del Hospital «Francisco J Muñoz» en la década del `60. En mi opinión fue el director más prestigioso y severo en la difícil conducción del hospital de enfermedades infecciosas.



Fig.: 1.4. Antiguo Hospital “Francisco J Muñoz”, mostrando la clásica disposición aislada de sus pabellones.



Fig.:1.5. Antigua sala de internación sector varones.

## CAPÍTULO II

### Finalmente el examen

*De lo tanto estudiado, había llegado el momento de saber cuánto  
había aprendido... porque es bueno recordar que:  
“El aprendizaje es un simple apéndice de nosotros mismos;  
dondequiera que estemos, está también nuestro aprendizaje”  
William Shakespeare (1564-1616)*

Razones sobran para que mi examen tuviera un trasfondo singular y anecdótico. A lo largo de la carrera fui largamente tatuado por mi ideología socialista y la defensa de los principios de equidad social, casi siempre fustigados o mal interpretados. Hoy pienso que refugiarse en la soledad del pensamiento a veces torna testarudo y hasta soberbio al protagonista por este comportamiento. Quizás porque lo estimule el instinto de sobrevivir, apenas, en pos de un insostenible ideal de vida. Pero ideología aparte, lo cierto era que el examen iba a comenzar.

Frente a mí el paciente que me había tocado en suerte. Era norma sortear la sala y la cama para el examen práctico. Sin imaginarlo el azar me enfrentaría con una probabilidad incierta de arribar al diagnóstico ya que el enfermo había ingresado a la sala X del hospital durante la madrugada, es decir horas previas al examen y aunque era habitual conocer casi todos los diagnósticos que irían a sorteo, el caso que me tocó apenas traía una sucinta historia escrita por el médico de guardia. Presentía que la prueba iba a ser dura y prolongada. Y así fue...

Cumplida la hora que disponíamos para el interrogatorio y el examen clínico del paciente, comenzaron a ingresar a la sala las siluetas de los profesores que, salvo contadas excepciones, constituían seres poco menos que “inabordables”. En esa época era poco frecuente el diálogo entre profesor y alumno y menos aún observar en ellos destellos de empatía hacia nosotros. Por mi parte confieso que durante

el año de cursada sostuve varios altercados con un “ilustre” profesor, intocable por su condición de tal, con larga trayectoria docente y, además, temido como examinador. El mismo que frente a mis compañeros solía provocarme con maliciosas preguntas, sutilmente amalgamadas y provenientes de novedades científicas acumuladas seguramente en sus noches de insomnio. Recuerdo que habiendo casi finalizado de cursar la materia, en una de las últimas prácticas -tutoreada imprevistamente por él- se suscitó un choque a raíz de una postura diagnóstica. Luego de escuchar mi opinión apenas me dijo:

- Señor, el día del examen final – sabía que yo rendiría en el primer turno de noviembre – iré a buscarlo a la cama que le toque en sorteo y allí veremos cuánto aprendió durante este año... Y ahí no más quedó levitando la tétrica y precisa propuesta de quién seguro cumpliría su promesa.

Llegó no más el día...y también lo que el ilustre profesor había prometido.

Al verlo ingresar a la sala – por supuesto me refiero al “inabordable” -y decidido dirigirse hacia mí, una súbita apnea de terror casi detuvo mi existir. Hoy todavía logro repasar el breve monólogo destilado desde su cáustica mueca.

- Bien, Bien!, nos volvemos a encontrar .-Vamos a ver cómo presenta e interpreta este caso que ingresó anoche y todavía no tiene diagnóstico.

Silencio profundo... luego el escalofrío, seguido de un gélido sudor... y faltó apenas la fiebre para que me transformara en un palúdico virtual. Hasta creo que algunas de mis vísceras gemelas subieron de lugar!

Comencé entonces ordenadamente a desenrollar todo mi mache-te cerebral con una cuidadosa descripción de la anamnesis clínica del paciente, internado en aquella inolvidable cama 12 de la sala X del Hospital Muñiz. La identifico como tal porque contaba con un plantel de profesionales distinguidos, casi todos con su carrera docente completa. Esta sala, conjuntamente con las salas XI, XX

y XXI, fueron cedidas por la entonces Secretaría de Salud dependiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires para el desarrollo de la docencia universitaria (2).

El verdugo –dejo ya el apelativo inabordable –cómodamente sentado al pie de la cama, prendió un cigarrillo. Yo seguía presentando el caso. El escuchaba. Yo sudaba. Él, imperturbable. Yo casi afónico y sin saliva seguía hablando...

De pronto me interrumpió: -Suficiente-me dijo-y con su acostumbrada mueca sobradora empezó a estrujarme como arpillera mojada

- Dígame Señor -preguntó -¿Cuáles diagnósticos diferenciales arriesgaría frente a un paciente procedente de Formosa (3), adelgazado, con un cuadro de enfermedad pulmonar crónica que, además, presenta en la axila una lesión úlcero -granulomatosa de larga evolución. Ahí no más comenzó la consabida tortura de los diagnósticos diferenciales.

Comencé entonces a exprimir mi memoria. Él también a martillarle el cerebro

-Y qué otro diagnóstico diferencial haría Señor? -siguió preguntándome... y a continuación otra y otra vez con su pesada voz que sobre mi cabeza sonaba como una trompada tras otra buscando mandarme a la lona.

Así transcurrieron hora y media de andanadas con preguntas...y sus por qué. Mientras tanto me di cuenta que en la sala era el único que todavía seguía rindiendo, a punto tal que comenzaron a acercarse alumnos y médicos de ese servicio a presenciar el inusual acontecimiento. Ver a un estudiante que lo estaban dejando como limón exprimido.

El examen seguía prolongándose pero, poco a poco, con una clara sensación de sentirme más distendido. Siguieron preguntas de otros temas que eran por costumbre formuladas para asentar el «aprobado» o acrecentar la nota. Por fin, con desacostumbrada magnanimidad dio por finalizado el examen práctico. Llamativamente tuvo hacia mí un gesto poco usual para la época estrechando mi mano y

deseándome suerte. Ya de pie y manteniendo inamovible su levita jerárquica me invitó -esbozando una leve sonrisa - a ingresar como practicante en una de las salas asignadas para la tarea asistencial y docente. Tieso, no me atrevía a entrar a esa realidad. Había aprobado nada menos que clínica de las enfermedades infecciosas!

No puedo olvidar el momento en que la secretaria de la cátedra abrió el libro de actas y comenzó a enunciar las notas. Como era lógico suponer fue por cierto un momento de gran tensión debido a la posibilidad de un traspíe frente a una materia anual extensa, difícil y con una mesa examinadora por demás exigente.

Era costumbre nombrar solamente a los alumnos aprobados con su nota que iba desde el aprobado, siguiendo por el bueno, distinguido y sobresaliente. Comenzamos a escuchar. Con aquellos nombrados se iniciaban las escenas de alegría acompañadas de saltos y pequeños alaridos delirantes por haber pasado una de las «materias filtros» -así se acostumbraba a identificar a las asignaturas más difíciles de la carrera - de medicina - (4) La secretaria seguía la lectura de los alumnos aprobados. Yo, ansioso, esperaba. Se acercaba mi apellido. Imprevistamente la secretaria se detuvo e hizo una indicación al Profesor Titular. Con vos pausada y dirigiéndose a los presentes dijo: «La mesa examinadora felicita al alumno Olindo Martino por su excelente examen que ha merecido la calificación de sobresaliente». Emoción, risa, casi llanto, palmadas en la espalda... todo se arremolinó sobre mi sorprendido ser. Sabía perfectamente que, luego de largos meses de paciente estudio con idas y vueltas en la lectura de cada uno de aquellos interminables tres volúmenes de la obra de Gonzalez y Floriani, había vencido un duro obstáculo, Ni yo lo podía creer, durante los casi nueve meses que duró la cursada, los había repasado poco menos que tres veces!

Sin duda había estudiado una vasta obra, clásica y argentina, escrita con esmerado estilo didáctico que, además, mostraba una clara preocupación por describir a fondo nuestras genuinas patologías infecciosas y, a la vez, facilitaba la memorización de las variadas formas clínicas y los diagnósticos diferenciales que, aunque parecían

letanías interminables, resultaban necesarias para la identificación de cada enfermedad.

Creo que mi éxito como alumno en tan extensa asignatura, en ese entonces «abrupta muralla» de la medicina interna, se debió a mi buena formación en otras materias vinculadas con ella, tales como microbiología y parasitología, en las cuales logré las máximas calificaciones que me valieron el nombramiento de ayudante rentado, cargo que nos prestigiaba como alumnos y, por seguro, fortalecía en el difícil camino de la carrera médica. Además, en mi caso particular, complacía y abultaba un tanto mi casi siempre vacío bolsillo de estudiante universitario.

Poco después, por decisión del entonces Profesor Titular de la materia, Dr. Hernán D Gonzalez (5), sería incorporado a la gran familia del hospital Muñiz, preclaro crisol de la infectología argentina. Muy orgulloso por cierto aunque, apenas, sería un entusiasta plebeyo en aquel castillo del conocimiento!

Dos años después, un 16 de noviembre de 1954, me recibí de médico y al mes siguiente ingresé como practicante graduado en el Servicio de la Guardia de Urgencia del Hospital Muñiz. En ese entonces la urgencia infectológica era monopolizada exclusivamente por médicos tisiólogos, circunstancia que tornaba difícil a los infectólogos acceder al medicato interno. Además, la formación académica de aquellos era llamativamente eficiente y competitiva frente a los colegas que en el mismo hospital se dedicaban exclusivamente a la asistencia de enfermos infectocontagiosos. Basta con recordar que antes de producirse la separación de ambas cátedras, el profesor titular de tales disciplinas fue el Profesor Dr. Raúl Vacarezza quien durante varios años ejerció el poder científico y universitario de ambas materias del pregrado.

En aquella enguantada y erudita casta inicié, aprendiz y soñador, la severa y competitiva vida como médico asistencial. Aunque me sabía apreciado por alguno de mis mayores tenía la sensación de representar un insignificante papelito llevado por el fuerte viento de aquella inmensidad intelectual. Aún así, y a pesar de la rigurosa

disciplina imperante, me sentía feliz y hasta con libertad de opinar frente a la cama del enfermo. Una suerte de robustez espiritual que al decir de Paulo Coelho “*estaba férreamente hecha de convicción, sacrificio y superación*”, atributos que tiempo después necesitaría acumular frente a los desafíos del progreso científico. Y todo ello fue edificándose a la vera de un largo sendero de trabajo duro, poco menos que sin descanso, enfrentando competencias y antagonismos cotidianos. También frustraciones... y hasta ocultas e imprevistas deslealtades. Es que por lo visto no había otra forma de crecer e imponerse académicamente. Desde entonces así enfrentaría esa existencia como parte de mi destino. Todavía hoy, cada vez que reverbera a mi memoria aquella frase optimista del genio de Charles Chaplin (1889-1977) que dice: «Hay que tener fe en uno mismo... Sin *esa absoluta confianza uno está destinado al fracaso*», no dejo de sentirme fortalecido al contemplar sereno un diáfano y permanente horizonte de posibilidades.

## **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- Era habitual que el examen sobre enfermedades infecciosas era largo y difícil. No era casual, entonces, que se decidiera rendirla casi al final de la carrera. La mesa examinadora era exigente y daba mucha importancia al estilo utilizado por el alumno mientras presentaba su paciente. Es decir se evaluaba el vocabulario médico, la precisión en la descripción del examen clínico, la capacidad de síntesis del caso, las prioridades diagnósticas que el alumno proponía y, finalmente, la defensa de su presunción diagnóstica. La aprobación de la materia estaba supeditada fundamentalmente al eficiente manejo práctico del enfermo y a la oportuna aplicación, lo más completa posible, de los diagnósticos diferenciales.
- 2- Las salas X y XI asignadas para la asistencia de hombres y las salas XX y XXI para la atención de mujeres

- 3- En la década del '50 no era habitual que ingresaran al Hospital Muñiz enfermos afectados con padecimientos infecciosos regionales, salvo casos complejos, de difícil diagnóstico o bien por requerir tratamientos específicos irrealizables en el lugar de procedencia – generalmente provincias del norte - de los enfermos. El caso que me tocó en suerte fue sin duda uno de aquellos. Meses después me enteré que padecía una micosis profunda -blastomicosis sudamericana -que obligaba a un procedimiento diagnóstico en el prestigioso laboratorio de la Facultad de Medicina de la UBA, dirigido por el entonces eminente micólogo Profesor Pablo Negroni.
- 4- No había duda. Una materia tan larga y compleja pero que habiéndola incorporado con profundos conocimientos y agotadoras memorizaciones, nos sería de mucha utilidad frente al gran desafío que en todo momento de la práctica médica representaría enfrentarse, por ejemplo, con la siempre temida fiebre de origen desconocido. Más aún para quienes decidiéramos especializarnos en aquella disciplina. No exagero al mencionar que en aquella época memorizar los diagnósticos diferenciales de todas las enfermedades infecciosas que figuraban en la obra clásica de los Profesores Gonzalez y Floriani , era equivalente a conocer, poco menos, que las memorables estrofas del Martín Fierro.
- La magna obra a la cual me refiero era el tratado de “*Enfermedades Infecciosas*”, escrita por los Dres. Hernán D. Gonzalez y Carlos Floriani. Volúmenes: I (691 pgs.), II (636 pgs), y III (391 pgs). Edit. Bibliográfica Argentina. Año 1950.
- Nada menos que 1718 páginas que, doy fe, devoré con pasión !
- 5- Un grato recuerdo mantengo del Profesor Hernán D Gonzalez. Era un hombre amable, generoso, culto, con una excelente formación como clínico al ser discípulo del eminente Profesor de Clínica Médica Mariano R. Castex. Su obra, vinculada con la Clínica de las Enfermedades Infecciosas, ha sido para la época la más completa y didáctica. Durante el tiempo en que permanecí formándome a su lado, su severa aunque afectiva tutela académica

mica inspiraron definitivamente mi indeclinable vocación hacia la infectología.



Fig.:2.1. Antigua sala donde rendí la materia Enfermedades Infecciosas. La flecha señala la cama que me tocó en el sorteo del examen práctico.



Fig.: 2.2. Los tres extensos tomos de Enfermedades Infecciosas de Gonzalez y Floriani que llegué a leer tres veces antes de rendir la difícil asignatura.

## CAPÍTULO III

# Médico de Guardia del Hospital Muñiz

*«La sociedad de los vivos temía constantemente dejar paso a la sociedad de los muertos. Ésta era una evidencia. Claro que siempre podía uno esforzarse en no verla. Podía uno taparse los ojos y negarla, pero la evidencia tiene una fuerza terrible que acaba siempre por arrastrarlo todo»*  
*Albert Camus (1913-1960)*

Ante mis perplejos ojos de novel médico, comenzó a abalanzarse sobre nosotros la epidemia de la poliomielitis. Imparable, arrastrándolo todo a su paso...

Corría el verano de 1955. Era domingo y nos tocaba cumplir una guardia rotativa. El estío se anunciaba agobiante. La humedad rociaba con minúsculas gotas las agrietadas paredes del largo corredor del pabellón de guardia.

Hacía apenas algunos meses que había ingresado como médico practicante en la guardia del hospital Muñiz. Se cumplía así un gran deseo que venía acariciando desde que ingresé, luego de aprobar la materia, como practicante de sala. También, respondiendo a un explícito pedido del Profesor Hernán Gonzalez al Director del Hospital, ya que él veía necesario incorporar a ese importante servicio de admisión un mayor contingente de médicos infectólogos que representaran a su cátedra universitaria. Recuerdo que cuando fui a su despacho acompañado por el Dr. José Cohen, en ese entonces mi jefe de sala, a expresarle mi deseo de incorporarme al plantel profesional de la guardia de urgencia, se sonrió y tomándome del brazo me dijo: "...*muchacho vas a ingresar a la infantería de marina que te mantendrá despierto y en alerta las 24 horas*". Qué razón tenía porque durante los años en los cuales me desempeñé en esa unidad de emergencia – desde practicante médico hasta jefe de guardia – no recuerdo haber dormido siquiera una hora por noche.

Hago un paréntesis en el relato para evocar al que fuera mi primer médico interno y jefe de guardia. Me refiero al Dr. Jorge Pilheu, tisiólogo y distinguido endoscopista formado en Francia y en Estados Unidos. Además, docente de la Cátedra de Tisiología y discípulo del Profesor Raúl Vaccarezza. A pesar de los años transcurridos aún lo recuerdo con nitidez. Si bien marcaba una distancia jerárquica su trato era siempre cordial, con modales distinguidos. Sus palabras eran entonadas con una elegancia tal que siempre agradaba escucharlo. A pesar que poseía una mirada severa, que hablaba por sí sola, jamás lo vi irritado, excederse en las palabras o cometer exabruptos. Sin duda llevaba bien puesta su rancia gala. Es cierto que mientras fui su médico practicante pocas veces me dirigió la palabra. Sin embargo esa actitud, un tanto indiferente, no me molestaba porque percibía en él la austera postura galena de la época. En aquellos tiempos era habitual tal comportamiento por parte de los médicos con un rango superior, a quienes solamente se consultaba y establecía diálogo en casos difíciles o de gravedad extrema. En tales circunstancias la comunicación era breve y la conducta terapéutica a seguir no daba cabida a dudas o conjeturas. A partir del momento en que lo conocí, hasta su muerte, Jorge Pilheu siguió mostrándose a mis ojos con igual entereza, donaire y erudición.

...y retomo el relato

Aquella tarde dominical dejaba caer un pesado y sofocante cortinaje como presagiando la llegada de algo inesperado. Así fue. Noticias procedentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez anunciaban el ingreso de niños con fiebre, compromiso meníngeo y rápida evolución hacia la insuficiencia respiratoria. El número de casos iba creciendo y la mortalidad elevada, hecho por demás preocupante. Como nuestro hospital admitía sólo patologías infecciosas del adulto, no habíamos tenido la oportunidad de observar esa forma de presentación en personas mayores. Tampoco teníamos idea del origen de aquella enfermedad que, por cierto, se anunciaba con un sombrío pronóstico.

El rojizo cielo crepuscular se insinuaba cada más intenso mientras y las primeras sombras de la noche comenzaban a recostarse sobre el amplio patio que rodeaba la sala de guardia. Recuerdo que regresábamos del Pabellón XXX con el practicante mayor médico Dr. Carlos Urtubey luego de practicar un neumoperitoneo a un paciente tuberculoso que presentaba una caverna en la base pulmonar y no paraba de escupir bocanadas de sangre. Frente a tales hemóptisis incontrolables esa práctica era la más aconsejable. Representaba una emergencia médica frecuente para la época que exigía rapidez en su manejo y adecuada manualidad. Como se trataba de la «variante abdominal» de la clásica técnica del neumotórax artificial, se utilizaba el antiguo aparato ideado por el médico italiano Carlo Forlanini (1).

Desde que ingresé a su guardia como practicante médico tomaba siempre en cuenta sus indicaciones y procuraba acompañarlo en sus prácticas terapéuticas porque, sin duda, Carlos Urtubey, era un médico brillante. Con el tiempo tendría la gracia de considerarlo un inseparable colega y leal amigo. Carlos era un espíritu bondadoso; humilde y generoso en transmitir conocimientos. A pesar de su juventud, era envidiable su cultura, solidez clínica y una llamativa habilidad manual – sobre todo para intubar la vía aérea – que evidenciaba frente al paciente crítico. Dominaba la semiología y la radiología torácicas como pocos y hasta superaba en los diagnósticos a sus pares, jefes de servicio y aún profesores. No era de extrañar que fuese distinguido por el maestro Vaccarezza como presentador de enfermos pulmonares durante los ateneos clínico-quirúrgicos de la Cátedra de Fisiología. Con él y tras años de practicar la medicina de emergencia aprendí la validez

5(mde qes )0.nadas de d3peroe médicoe(n ela)]  
asargpresábamosba la sala de guarcia portano(de mostana)]TJ90 Tw (-)Tj9015

Se trataba de un niño de aproximadamente 6 años, casi inconsciente, con la cara vultuosa por la elevadísima fiebre. Llamaban la atención las cortas crisis de sofocación que azulaban las uñas de sus manitos y un sugestivo tremular del hueco epigástrico y de los espacios intercostales. Una escasa secreción serosa escurría por sus comisuras labiales. El Dr. Urtubey constató al momento una rigidez de nuca. Las meninges estaban comprometidas. Mientras se decidía la punción lumbar para luego derivarlo al hospital pediátrico, el pequeño de pronto dejó de respirar. Tras una profunda apnea – interrupción de la respiración – entró en convulsión pero, llamativamente, una de sus piernitas no participó de la sacudida. Minutos después su piel y uñas comenzaron a ponerse lívidas. Un manto azul cobalto tiñó su cuerpo y el niño falleció. La causa del deceso fue una insuficiencia respiratoria. Fue entonces que pensé: ¿No sería la misma enfermedad que tenía preocupados a los pediatras del hospital de niños?

En mi condición de recién iniciado aquel episodio representó un inatajable golpe bajo a mi todavía endeble comprensión sobre la realidad de la muerte. Fue cara a cara donde sentí la pesada cachetada del dolor humano. La imagen de aquella menuda rigidez cadavérica, el llanto de un padre desconsolado... y un vacío de impotencia por tamaña frustración médica. Pensé nuevamente: ¿Se estaría cumpliendo entonces el presagio...?

No había duda al respecto. El sombrío espectro de la anunciada poliomiélitis comenzó a azotar a la población capitalina afectando a todas las clases sociales pero llamativamente a las más acomodadas. Era el inicio de la que sería la más trágica epidemia de polio que haya soportado la ciudad de Buenos Aires y amplios municipios del conurbano (3)

Comenzaron a llegar otros pequeños y además, aunque en menor número, pacientes adolescentes. En ese mare magnum de ingresos, corridas y sirenas de ambulancias, también nos llegaba algún afectado adulto. Por su lado los colegas del Hospital de Niños recibían enfermitos casi sin cesar. No alcanzaba su capacidad de recepción.

Entonces apelaron primero a nuestro hospital. Poco después todos los hospitales capitalinos se plegaron como recipiendarios para capear aquel inesperado azote.

En realidad poco sabíamos acerca de las formas de presentación de la poliomiелitis. Menos aún sobre el manejo de los graves trastornos respiratorios. La poliomiелitis iniciaba habitualmente con fiebre, leve dolor de garganta y cefalea. Otras veces adoptaba una fisonomía digestiva con náuseas, vómitos y diarrea. A esta primera fase – inespecífica – seguía un período de calma aparente, sin fiebre que duraba 24, 36 y hasta 48 h. Luego, en forma brusca, aparecía la segunda fase con un nuevo pico febril. En esta segunda onda la enfermedad se manifestaba con toda su violencia a partir de una meningitis – despistando a los médicos sobre la verdadera causa del mal –, o bien con la clásica y temida parálisis de los miembros. Sin embargo, lo más terrible era enfrentarse con una insuficiencia respiratoria que quemaba etapas en pocas horas y llevaba con frecuencia a la muerte por afectación de los centros bulbo-protuberanciales, sitios donde se localizan los centros vitales de la respiración y de la circulación. En verdad una caprichosa y nefasta manera que tenía este virus en dar el tiro de gracia.

La historia natural de la enfermedad de Heine y Medin (4) adoptaba así dos fases, la inespecífica, apenas con síntomas comunes a otras enfermedades y, la específica, con la manifestación paralítica que afecta, según las epidemias, a 1 entre 1000 infectados (5). Esta modalidad clínica es la que otorga el sello dramático al padecimiento. De esa manera la empezamos a reconocer como la enfermedad infecciosa de la doble fase evolutiva.

A medida que nos íbamos familiarizando con ese maléfico “genio epidémico”, como solía identificar el siempre recordado Profesor Alejandro Giuliano a toda enfermedad infecciosa con elevada morbi-mortalidad, poco a poco iba aprendiendo a distinguir una parálisis infantil de otras enfermedades que presentaban síntomas similares y que también tenían como destino el Hospital Muñiz.

¿Cómo se presentaba el cuadro paralítico debido al virus poliomielítico? Para presumir el diagnóstico había que apelar a un concienzudo examen clínico y sobre todo neurológico(6):

- a) La parálisis casi siempre era de comienzo asimétrica, es decir que al principio afectaba un solo miembro, una pierna o un brazo. Luego, con el correr de las horas, quedaba estable o bien «saltaba» al miembro opuesto u a otro. Significaba que en una sala con pacientes internados podíamos ver en una mañana niños monopléjicos – un solo miembro paralizado – o parapléjicos – ambas piernas o ambos brazos o, peor todavía, los cuatro miembros inmóviles y crisis de sofocación debido al compromiso del centro respiratorio.
- b) Al examinar una pierna o un brazo paralizado percibíamos que los músculos comprometidos dolían cuando eran apretados. Sin embargo cuando tomábamos los reflejos tendinosos – en la rodilla o en el codo – estos estaban abolidos.
- c) Llamaba la atención que no todos los músculos de la pierna o de un brazo estaban flácidos sino algunos grupos – los más grandes y consistentes – Entonces la pierna o el brazo perdía volumen, comenzaba a atrofiarse ablandándose como bagazo y, con el correr de los semanas, dejaba un miembro fundido y cubierto apenas por pellejo arrugado.

En definitiva, la poliomiелitis se anunciaba con inocente apariencia como un cuadro febril banal, y tras un breve lapso de uno a tres días de aparente mejoría – y para la mamá de falaz optimismo - en forma brusca y con todo su furor cargaba nuevamente con brusco ascenso febril y pocas horas después el comienzo de una parálisis flácida de piernas o brazos o, más grave aún, el compromiso de los músculos respiratorios dando lugar a crisis de sofocación y muerte por daño del centro cardio-respiratorio (7). Aprendimos entonces que el virus era un electivo destructor de la neurona motora, esa esencial unidad funcional que permite al individuo moverse y trasladarse. En definitiva, al despiadado e invisible trasgo le bastaba sólo con eso para transformar a la pobre víctima en un flácido muñeco.

Los estudios epidemiológicos realizados durante las epidemias acaecidas en el mundo revelaron que en una comunidad donde existe circulación de virus indígena (8) un elevado porcentaje de individuos infectados no expresan la enfermedad, manteniéndose como portadores asintomáticos del agente infeccioso. Su ignorada condición de tal los transforma así en importantes fuentes de diseminación del mismo. Entonces ¿cómo se transmite el virus en el seno de la naturaleza? Siguiendo dos modelos:

- a) El virus, luego de ingresar por vía oral al organismo, se multiplica en el intestino y bien fortalecido comienza a difundirse por la sangre para luego localizarse, o no, en el sistema nervioso central (9) Es fácil comprender entonces que este agente infeccioso, que se alimenta y multiplica ávidamente en el prolífico «biberón» del epitelio intestinal, se elimine habitualmente por materia fecal. Entonces es todavía más fácil entender por qué en aquellas comunidades pobres, con deficiente provisión de agua potable y ausencia de letrinas higiénicas, el virus se disemine fluidamente a través de la vía fecal – oral. Entonces el riesgo de infectarse es casi seguro a edades tempranas. Simplemente imaginando el escenario: aguas contaminadas con excrementos –falta de agua potable – manos contaminadas ... y un virus callejero haciéndose amigo del carenciado, ¡cuántas veces un chiquillo ignorante!
- b) Sin embargo existe otra forma de transmisión de este, denominado también enterovirus. Si habitualmente ingresa por vía oral, antes de acomodarse holgadamente en el intestino delgado para multiplicarse, es detenido obligadamente en la garganta donde existe una barrera de tejido linfático. Y allí también se multiplica y fortalece eliminándose a través de las gotitas de saliva. Es decir que mientras una cantidad de virus adaptado y multiplicado en esta primera estación del hospedero va a parar al intestino para continuar con su replicación y posterior pasaje a la sangre, en la garganta también el sujeto infectado alberga una cantidad de virus que se torna importante al final

del periodo de incubación y a poco de comenzar la enfermedad. Entonces se impone esta preguntarse: ¿Y si el sujeto no enferma? Peor todavía, porque seguirá caminando por la calle eliminando el virus por su saliva durante un mínimo de siete a diez días sin que lo perciban ni él ni sus fortuitos contactos. Finalmente, también lo eliminará a través de su intestino.

Tan agobiante se nos hacía la asistencia de los enfermos de polio que, frente a esa incontenible avalancha humana que se amontonaba en la guardia del hospital, unida a la desesperación de los familiares acompañantes y a nuestra impotencia de completar en forma adecuada nuestro examen clínico, tuvimos que aprender a simplificar nuestra metodología de trabajo, con el riesgo consciente de equivocar o subestimar el diagnóstico. Lisa y llanamente comenzamos a apelar a ciertos artificios semiológicos que nos ayudaran, más allá de acertar el diagnóstico, a predecir cuál sería la evolución de cada caso en particular y entonces decidir, con la máxima rapidez, la conducta a seguir. En ocasiones significaba no internar al paciente y continuar su observación en forma ambulatoria –las salas estaban casi colmadas y empezaron a habilitarse camas en los pasillos - o bien, frente a un caso dudoso, internarlo en una sala general para continuar su evolución. Mientras tanto, frente a un cuadro crítico –insuficiencia respiratoria aguda - se tomaría la crucial decisión de transportarlo a la ensordecedora sala de los pulmones de acero..

Mientras hacía mi trabajo, siempre bajo la tutela y orientación de Carlos Urtubey, seguía acordándome de aquel combatiente axioma pronunciado por el Profesor Hernán Gonzalez vinculado con mi ingreso como practicante de guardia: “...*muchacho vas a ingresar a la infantería ...*”. Así me sentía en aquellos momentos. Atrincherado en aquella playa de apabullante rebullir de pacientes cuyo azaroso destino los ponía entre la vida, la parálisis cruel y la acechante muerte.

Día tras día soportábamos los quejidos acuchillantes de padres desesperados con sus hijos en brazos, algunos ya con sus bracitos o piernitas colgando e inertes; otros con sus cachetes cianóticos – co-

lor azulino por déficit de oxigenación - y sin poder respirar. Aquello era una batalla sin tregua contra a un enemigo invisible, implacable e inmanejable... Así de tremenda era esa realidad porque aún siendo nosotros médicos de un hospital abocado a las enfermedades transmisibles y emergentes, poco sabíamos acerca de la epidemiología y del comportamiento de la enfermedad que estábamos enfrentando. Menos aún estábamos entrenados para asistir con eficiencia una inesperada crisis de insuficiencia respiratoria.

Frente a tamaña adversidad fue también titánica la lucha. Porque es cierto que cuanto más grande es la piedra del infortunio más fuerte se contrae el músculo para apartarla del sendero de la vida.

Poco a poco fuimos acumulando la necesaria fortaleza que brindan los conocimientos adecuados y la imprescindible firmeza para tomar decisiones correctas. Pero también una inquebrantable resistencia anímica, con una mano, lo más segura posible, puesta sobre el paciente y la otra sobre nuestro esperanzado corazón.

El grado de compromiso funcional y orgánico que provocaba la enfermedad debía medirse con premura porque su genio evolutivo nos mostraba que era veloz y la muerte por paro bulbar podía surgir en pocas horas y, en algunos casos, hasta sin anunciarse. Fortaleza, habilidad y rapidez eran entonces las consignas. Tal como lo expresé tuvimos que aprender a abreviar ciertos recursos semiológicos para lograr conductas confiables. Fue así como frente al ingreso de un enfermito con fiebre, vómitos y mucho dolor de cabeza, si el pequeño estaba orientado en tiempo y en espacio reemplazábamos la investigación de los signos meníngeos a cambio de practicar esta simple maniobra: acostado, en decúbito dorsal y sin almohada, le hacíamos cruzar ambos bracitos sobre el pecho indicándole que no los separara y a continuación le ordenábamos que se sentara en forma rápida sin que levantara las piernas. Si le resultaba difícil o imposible lograrlo era debido a que se estaba cumpliendo el segundo precepto semiológico del síndrome meníngeo: la hipertensión endorraquídea revelada por la contractura de los músculos raquídeos y, por ello, la imposibilidad para sentarse. Era así candidato a una punción lumbar. La interpre-

tación del líquido cefalorraquídeo siempre nos ponía en vilo porque en esa época la meningitis tuberculosa, sobre todo en la infancia y en la adolescencia, era más frecuente que en la actualidad, motivo por el cual nos obligaba a seguir la conducta aconsejada por Netter en Francia y por Draper en América (10) consistente en realizar varias punciones lumbares. Si el líquido espinal mejoraba en pocos días estábamos en presencia de una meningitis debida al virus de la polio. Pero había que ser prudente porque la rápida mejoría del cuadro meníngeo no aseguraba que horas más tarde no surgirían las típicas parálisis de comienzo asimétrico o el temido compromiso respiratorio.

Más apremiante y dramática era asumir esta otra determinación: situados frente a un paciente febril, lúcido, con leve aceleración del ritmo respiratorio y además insinuando el lecho subungueal de ambas manos levemente cianótico – color azul cobalto –, los pómulos rubicundos y un ensanchamiento de las aletas nasales debido a la necesidad de aire. ¿Cuál debía ser la conducta? Procedíamos así: lo invitábamos a contar en la forma más rápida posible, desde 1 hasta 10. Si existía trastorno de excursión del músculo diafragma y de los músculos intercostales, la cuenta se interrumpía mucho antes de llegar a decir 10 y en seguida aparecía una espontánea inspiración que, a modo de anhelante suspiro, expresaba un “gemido de impotencia”. De inmediato el paciente ingresaba a la sala equipada con camas oscilantes (11) contigua al sombrío recinto que concentraba a los pulmotores y reservada para los casos graves de insuficiencia respiratoria. La función de ese tipo de cama era dirigir al músculo diafragma “paresiado” o inerte hacia abajo – reemplazando a la inspiración – y luego empujarlo hacia arriba – facilitando la expiración. Esta área equivalía a una sala de cuidados intermedios, facilitando el control riguroso de la frecuencia y características de la función respiratoria, a la par de los otros signos vitales.

Si en el transcurso de las horas el enfermo desmejoraba, con agravamiento de la dificultad inspiratoria, aumento de las crisis de sofocación seguidas de intervalos de apnea – supresión brusca de la respiración – y acentuación de la cianosis de labios y de los lechos

subungueales, con tendencia al colapso circulatorio, de inmediato lo ingresábamos al pulmón de acero (12)

En medio de aquella emergencia sanitaria y pavor social, una mañana desperté en mi habitación del Pabellón de Guardia y noté que me dolía la garganta. También me sentía decaído y algo afebrado. Mientras me afeitaba miré mi garganta en el espejo y comprobé un enrojecimiento compatible con una angina virósica.

-Seguro estoy infectado -pensé – No dije nada. Sabía que me esperaba un día fatigoso porque la epidemia no aflojaba y el ingreso de pacientes no cedía. Sabía también que si se lo comentaba a mis colegas y superiores, seguramente me mandarían a mi casa o bien me dejarían en el pabellón internado en observación. Tomé una cafiaspirina y bajé a la guardia. Recuerdo que al día siguiente tuve una deposición levemente diarreica. Tampoco lo mencioné. Seguí con los analgésicos y antitérmicos – y muy asustado! – Había que esperar. Finalmente me recuperé. Hoy estoy seguro que el genio poliomiélico pasó a mi lado y luego de rozarme habrá pensado:

-Dejémoslo así, total le resta un duro camino por recorrer –  
-Así fue ...y es por eso que lo estoy contando.

## Notas y referencias bibliográficas

1- El principio en el cual se basaba el método consistía en inyectar aire en la cavidad abdominal. Al alojarse en dicho compartimento el gas ejercía una presión sobre el músculo diafragma, la cual se transmitía a la base del pulmón del mismo lado donde en general se localizaba la caverna tuberculosa, provocando así su colapso mecánico. Por supuesto que este método artificial coadyuvaba con el tratamiento antituberculoso clásico.

*[https://en.wikipedia.org/wiki/Carlo\\_Forlanini](https://en.wikipedia.org/wiki/Carlo_Forlanini) (1847–1918)*

2- Francisco VI, duque de la Rochefoucauld, moralista y escritor del siglo XVII (1613 -1680) escribió esta reflexión acerca del criterio:» *Todo el mundo se queja de no tener memoria y nadie se queja de no tener criterio*» Este vocablo griego significa «juzgar.

En consecuencia, expresa la manera de cómo proceder para enjuiciar o discernir acerca de un objeto o persona. Es decir, cómo juzgo, luego como califico para, finalmente, cómo -o qué- decido. El uso del criterio representa así la elaboración de un juicio de valor. Tener criterio no es tener soberbia. Simplemente adoptar una clara posición acerca del manejo de una situación.

- 3- Si bien ya se habían registrado otros brotes epidémicos en el país durante los años 1936, 1942, 1943 y 1953, la comentada en estas páginas e iniciada durante el verano de 1955, además de la ciudad de Buenos Aires castigó duramente los partidos de Avellaneda, Lanús y San Martín. Para muchos médicos capitalinos, entre los cuales me incluía, no existía experiencia sobre la forma paralítica ascendente de esta enfermedad que llevaba con frecuencia a la muerte por insuficiencia respiratoria.
- 4- En realidad se conoce como enfermedad de Heine y Medin porque permite identificar a dos ilustres apellidos: primero a quien la describió por primera vez en el año 1840, el médico alemán Jakob Heine y 50 años después, en 1890, quien constató su carácter epidémico, el médico sueco Oskar Medin.
- 5- Se considera que apenas en el 1% de los casos el virus penetra en el sistema nervioso central destruyendo preferentemente las neuronas motoras, hecho que explica la parálisis flácida que identifica a la enfermedad. Significa decir que entre mil personas que se infectaron con el virus apenas una se identificará con la forma paralítica. Si una epidemia evidencia muchas personas sufriendo parálisis, cabe suponer la existencia de un universo de miles de sujetos que estarán infectados, muchos de ellos no expresando siquiera un síntoma mientras que otros apenas cursarán la infección con síntomas banales (angina, diarrea, proceso respiratorio agudo indeterminado). Sin embargo todos son eliminadores y diseminadores del virus y es aquí donde radica la importancia de la difusión del mal (gotas de Flügge y materia fecal). En cambio el que ya fue signado con una penosa parálisis queda aislado - fuera de circulación - y paradójicamente será mucho menos peligroso como transmisor del virus.

- 6- En aquella época los médicos que teníamos el privilegio de ser aceptados en el hospital Muñiz conocíamos a fondo la neurología infecciosa debido a que allí se concentraban los enfermos con meningoencefalitis tuberculosa, tétanos, rabia, las encefalitis post-vaccinales, y todo cuadro neurológico que cursara con fiebre
- 7- Este segundo ascenso febril suele parangonarse con la forma en doble joroba que ostenta el camello asiático (*Camelus ferus*), pero he visto descripciones mencionando la fiebre bifásica comparándola equivocadamente con la joroba del dromedario. El dromedario o camello arábico (*Camelus dromedarius*) tiene una sola joroba. Las comparaciones ayudan a retener conceptos. A diferencia de las enfermedades bacterianas habituales, ciertas enfermedades virósicas, como sucede con la enfermedad de Heine Medin, se expresan con dos fases sucesivas: la primera cuando el virus invade al organismo con elevada temperatura. Le siguen horas de calma donde el paciente aparenta estar mejor pero de pronto aparece la segunda fase acompañada de nuevo ascenso febril y a partir de entonces la enfermedad se define con un cuadro meníngeo, una parálisis de miembros o una grave insuficiencia cardio-respiratoria.
- 8- Virus indígena, también denominado salvaje, es aquel agente infeccioso que en forma espontánea mantiene y cumple su ciclo vital en la naturaleza y no ha sido sometido a manipulaciones de laboratorio.
- 9- Aquieta un tanto mencionar que, de acuerdo a diferentes estadísticas, apenas el 1% de los infectados con el virus de la poliomielitis experimentará una infortunada localización en el sistema nervioso central.
- 10- Citados por Carlos Fonso Gandolfo y Enrique Fowler Newton: “*Enfermedad de Heine Medin*” en Clínica de Enfermedades Infecciosas y su Tratamiento. Tomo II, pags.: 916-946. Editorial Aniceto Lopez. Buenos Aires, 1936  
<http://www.medscape.com/viewarticle/416890>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/ poliomyelitis.htm>

- 11 Un modelo que cumple satisfactoriamente con tal función es la cama oscilante de Emerson, la cual oscila hacia adelante y hacia atrás movida por energía eléctrica. Fue creada en 1953 en Cambridge Massachusetts por Juan H Emerson.

Eisenber MG. Dictionary of Rehabilitation. New York: Springer Publishing Company 1995, p 375.

<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/169>

- 12- Aprendimos que la insuficiencia respiratoria quemaba etapas rápidamente y un signo de muy mal pronóstico, que advertía la cercanía del colapso circulatorio irreversible, o de la tan temida apnea antecesora de la muerte, era la aparición en la superficie de la piel de un livedo reticular – dibujo en forma de red fina de un color azulado – En tal situación clínica, de poco serviría introducir al paciente en el pulmотор. Con su red, el “pescador de la muerte”, seguramente se llevaría una vida más...



Fig.: 3.1. Aparato primitivo ideado por Carlo Forlanini para realizar neumotórax



Fig.: 3.2. Aparato modernizado utilizado en el Hospital Muñiz para realizar colapsoterapia pulmonar



Fig.: 3.3. Rampa de ingreso a la sala de Guardia donde las ambulancias llegaban sin cesar



Fig.: 3.4. Férulas metálicas que soportan ambas piernas paralizadas y mustias



Fig.:3.5...y para siempre llevando las rígidas piernas ortopédicas.

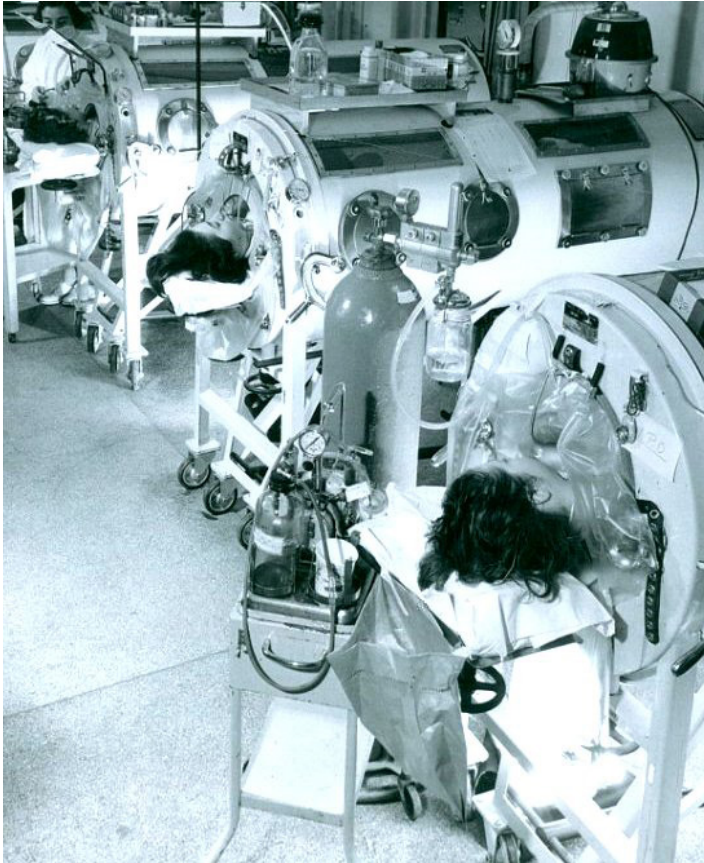


Fig.: 3.6. Rugientes pulmotores de acero desafiando a la acechante muerte.



## CAPÍTULO IV

### **Todavía quedaba mucho por aprender y un largo camino para recorrer**

*Oh! espíritu maléfico que pretendes carcomer mis entrañas.*

*Yo te conjuro con mi pluma y mi saber...*

*(autor anónimo)*

... y el largo camino comenzó con la poliomielitis! Nunca imaginé que me enfrentaría con esa prolongada pesadilla. Sorpresiva, caprichosa, invalidante, humillante, evocadora... era, no más, la parálisis infantil! Sorpresiva, porque aún conocida por algunos médicos de la época nadie sospechó que se lanzaría con tanta furia. Caprichosa, por la manera llamativa de atacar y deformar. Invalidante, al dejar sumido como mustio colgajo un brazo o una pierna. Humillante, con sólo ver a pobres criaturas aprisionadas por relucientes férulas, con su resignada forma de pararse y seguir diciendo - Aquí estoy! Evocadora, mostrando en las milenarias lápidas del antiguo Egipto la umbría secuela dejada a su paso.

Por cierto tan antigua que en sus antiguos escritos paleográficos, radicados en el Museo Arqueológico de Pensilvania, existe un esqueleto procedente de un pueblo situado al sur del Cairo cuya antigüedad remonta a cerca de 3700 años aC, exhibiendo el fémur izquierdo más corto que el derecho y desarrollado en forma imperfecta. Este hallazgo hizo pensar a J. K. Mitchel que esas llamativas perturbaciones tróficas podrían corresponder a secuelas de la poliomielitis (1). En otra inscripción - que data del año 1300 aC - aparece un sacerdote Ruma del templo de la diosa Astarté, en Menfis, sosteniendo el cáliz y él, a su vez, apoyado en un largo bastón que le permite desplazarse a pesar de la pierna atrofiada en su totalidad. El pie en llamativa posición equina, una de las típicas secuelas que la polio nos dejó como siniestra evocación.

Hipócrates, a quien me permito reconocer como el primero y avezado ecólogo médico de la historia, describió una rara epidemia ocurrida en la isla de Thasos, que se desencadenó luego de una gran sequía a la que siguió un otoño muy lluvioso y que coincidió con la aparición de graves parálisis donde morían personas, algunas sobrevivían y otras no contraían la enfermedad. Sin duda una descripción genial de un epidemiólogo visionario que se atrevió a vincular un desastre natural con la aparición de una epidemia que abatía con parálisis irreversibles.

A propósito de esta adelantada vinculación entre ecología y enfermedad, atribuida al genial griego, oriundo de la bellísima isla de Cos (Kos), tengo presente esta reflexión que ratifica la profunda concepción que desde entonces tenía Hipócrates acerca de la influencia de la biósfera en la aparición y prevalencia de ciertas enfermedades. Dice así: *«Cuando un médico llega a un pueblo por el desconocido observará la situación y las relaciones con los vientos y con la salida del Sol; porque los mismos efectos no son producidos por una exposición al norte que al sur, al este o al oeste. Él requerirá nociones precisas sobre la naturaleza de las aguas que utilizan los habitantes, estudiará los distintos estados del sol, etc. Generalmente vosotros hallaréis que a la naturaleza del país corresponde la forma del cuerpo y las disposiciones del alma... Todo lo que la tierra produce es conforme a la tierra misma».*

No debe extrañar que en alguna de sus biografías se mencione al ilustre galeno contemplando la naturaleza durante horas, hurgando sus inextinguibles misterios e inspirado por la belleza natural de aquella tierra que lo vio nacer.

Cabe destacar que en la época de Hipócrates estaba muy arraigado el criterio de asociar muchos males –en especial los padecimientos humanos– a genios maléficos. Sin embargo este isleño visionario desvió el rumbo de estas creencias sosteniendo que había que ocuparse de observar al hombre enfermo ya que el mal partía de él y no de espíritus malignos. Probablemente estuvo influenciado por las culturas emanadas de las civilizaciones de Babilonia y Egipto, donde cumplió una etapa de su formación médica.

Testimonios de la escuela hipocrática, sustentados en los dos principios esenciales que eran la observación y el uso del criterio, quedaron plasmados en su magna obra «*Corpus Hippocraticum*».

Sin duda que la epidemia desencadenada durante el sofocante verano de 1955 fue sorpresiva. Buenos Aires y alrededores registraron el pico más alto de incidencia de la enfermedad (2) Recuerdo que lo soporté, cual hervidero, donde se mezclaban actitudes y sentimientos descontrolados. El desamparo de la gente era tan manifiesto que parecía como alucinada buscando a cada instante desembarazarse de espectros malignos. Ansiedad en los hogares, megáfonos en las calles anunciando – más bien atemorizando – la necesidad de observar estrictas medidas de higiene. Pintadas de árboles injustificadas y paredes por doquier con cal viva so pretexto de controlar la difusión del virus; amuletos y pastillas de alcanfor colgando del cuello de niños pequeños...

Era insistente la opinión señalando que la epidemia era caprichosa en la forma como atacaba, preferentemente a niños menores de cinco años sobre todo a bebés entre uno y dos años de edad. Con predilección llamativa afectaba más a criaturas pertenecientes a familias con buena situación económica y no a pequeños de clase social pobre o marginada, habituales inquilinos de los conventillos capitalinos de la época. Pero esa inesperada forma de ataque no era debido, como se aducía, a la influencia de ningún genio epidémico sino al comportamiento del virus, obedeciendo a peculiares razones epidemiológicas ya esbozadas en el capítulo anterior.

Preguntémos entonces por qué la epidemia adoptó esa fisonomía. ¿Hubo circunstancias que facilitaron su abrupta eclosión en la concentrada urbe capitalina y sus alrededores? Sin duda que sí. Veamos cómo fue analizada por los médicos de aquella preocupante década sanitaria del '50. Menciono preocupante década porque conviene recordar que apenas dos años antes se registró otro brote importante de poliomielitis que afectó principalmente a las provincias de Santa Fe, La Rioja, Tucumán y, también, a la entonces Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, pero con menor morbi-mortalidad (3).

Es sabido que existen condiciones climáticas que favorecen la difusión de los agentes infecciosos. Por ejemplo el clima cálido y excesivamente húmedo, asociado a precipitaciones intensas y frecuentes, contribuye a la dispersión de microorganismos transmisibles por el agua y los alimentos. Fue la situación ecológica que dio inicio al brote epidémico de polio en el año 1955, y que me tuvo como protagonista en aquel sofocante y caliginoso domingo de guardia.

El virus de la polio, si bien descarga su máxima furia sobre el sistema nervioso, también se adapta y se multiplica holgadamente en la faringe – anillo linfático amigdalino – y el intestino delgado. Y aquí viene la gran pregunta! ¿Por qué, en la epidemia del '55 el virus afectó con mayor predilección a los niños de las clases sociales más acomodadas? Si tomamos en cuenta que para esa época la vacuna Salk – de aplicación inyectable – no había llegado todavía a la Argentina puede comprenderse que la población infantil estaba desprotegida. Entonces aquellos niños de clases sociales carenciadas sometidas a importantes necesidades básicas insatisfechas – vivienda precaria, falta de agua potable y de red cloacal, analfabetismo, deficiente higiene individual – , comenzaron a estar expuestos a la infección viral a través del agua y de los alimentos contaminados desde sus primeros meses de vida por el conocido y ya mencionado mecanismo fecal-oral (4).

Estas infecciones tempranas, sucesivas y asintomáticas mantuvo a estas poblaciones protegidas gracias a esta situación paradógica que ofrecía la miseria social. En cambio, en el polo opuesto, los niños de clases sociales confortables y con vivienda, saneamiento e higiene adecuadas no tuvieron oportunidad de contactar con el virus vehiculizado por un medio ambiente hostil, dejándolos susceptibles a las elevadas cargas de virus que suelen dispersarse en el medio ambiente en épocas de epidemia. Pero en estos casos ¿cómo fue posible que estando protegidos por un medio ambiente higiénico adecuado igualmente se infectaron y hasta enfermaron? Por otro mecanismo denominado **oral-oral** donde el transportador y difusor del virus se hace persona a persona, a través de las gotitas salivares - de Flügge

- o también por las manos contaminadas. Esos niños desprotegidos seguramente fueron contaminados por sus progenitores, abuelos, familiares, la misma maestra y hasta aquellos compañeritos de escuela pertenecientes a clases sociales más baja (5), portadores asintomáticos aunque protegidos a expensas de pequeñas y repetidas infecciones con el virus «salvaje» (6)

Si bien en la epidemia relatada eran más atacados, los chicos entre seis meses hasta catorce años, no olvido casos en sujetos adultos donde era casi constante la presencia de parálisis graves e insuficiencia respiratoria. La letalidad en los pacientes adultos siempre fue proporcionalmente mayor a la observada en los niños. No tengo explicación sobre este hecho.

Fue así cómo durante aquellos alucinantes ocho meses que viví casi recluso en el Hospital Muñiz, aprendí todo lo que acabo de relatar. Entre los tantos desenfadados que ocasionaba este elfo despiadado llamado científicamente picornavirus (7), siempre estaba latente en nuestra sala de emergencia médica la frase aludiendo al teléfono externo de la guardia «pronto va a sonar...». Hasta presentíamos la hora aproximada en que el timbre estridente del teléfono rompería el silencio de otra mañana que también sería angustiante. Y, otra vez, con la nueva alborada la tragedia comenzaba así a golpear nuestro oído:

- ¿Hablo con el Hospital Muñiz?...; Doctor!... Doctor! estoy muy asustada porque mi nene desde hace días está con dolor de garganta y recién se acaba de despertar llorando porque no puede mover la piernita – era la clásica llamada de una mamá desconsolada. Venía de inmediato nuestra pronta respuesta:

- Traiga ya a su chiquito señora...

Así se precipitaba la enfermedad, contundente y traicionera. Con sólo presenciarla sumergía en el piélago de la impotencia a los propios médicos que a pesar de sus esforzados cuidados, frente a la mano sanadora yacía, sin retroceso, un inválido.

La forma repentina de parálisis debutando precisamente hacia la madrugada o en las primeras horas del día, fue descrita por West

en 1875 quedando identificada en el lenguaje médico como «forma matinal de sorpresa» (8).

Pero en esos comienzos recuerdo haber aprendido algo más, un signo de indudable valor diagnóstico, que si se lograba rescatar con fidelidad a partir del interrogatorio – por cierto difícil en momentos de excesivo trabajo y bajo una acerada presión emocional – resultaba orientador y predictivo de la futura y temible parálisis. Aprendí entonces a reconocer que luego del inicio agudo e inespecífico de la enfermedad –con fiebre, dolor de garganta o deposición diarreica de uno o dos días de duración – sobrevénía un breve período de calma clínica – entre horas y uno a dos días – donde el diabólico genio se agazapaba en algún rincón silencioso! De pronto aparecía un súbito dolor agudo en la columna vertebral (9) Si en tales circunstancias se tomaban los reflejos nerviosos en las piernas se comprobaba que el correspondiente a la rodilla – reflejo rotuliano – , condenado a la parálisis, respondía menos o, peor aún, ya estaba ausente. Ese dolor espinal resultaba así un signo capital porque revelaba que el virus había «mordido» las astas anteriores de la médula espinal en el nivel mismo donde el reflejo de la pierna había claudicado .

Pero el telón del drama no caía con apenas verificar la presencia de una pierna o de un brazo marchitas. Debido a la preferente localización asimétrica de la parálisis, el eje del cuerpo perdía su centro de equilibrio. Es así como pasados varios años de la etapa aguda la columna vertebral comenzaba a serpentear para dar lugar a la penosa y desfigurante escoliosis. Mientras tanto, el último segmento de la pierna paralizada quedaría colgando, dejando un pie a la deriva, doblegado, mirando hacia piso y admitiend, la historia de la medicina ha asistido al triste espectáculo de ver desmoronarse a esa divina hechura de la creación que es el hombre, transformándolo en una resignada polichinela.

Desde la iniciación de la inmunoprofilaxis inyectable con Jonas Salk y luego con Albert Sabin, a partir de la efectiva vacuna por vía oral, mucho se ha trabajado para vencer a esta perversa enfermedad pretendiendo borrarla de la faz de la Tierra. Sin embargo aún persis-

te en tres empobrecidos países: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Pero reconforta el anuncio de la Dra. Margaret Chan, Directora de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que " hoy en día, hay menos de 200 casos nuevos de poliomielitis en todo el mundo" Como bien enfatiza esta conductora del organismo internacional, mientras exista un solo niño afectado por el mal - y se mantenga la transmisión a partir del virus salvaje - todos los niños del mundo seguirán expuestos(10) (11)

...porque debemos aceptar que esta lamentable realidad seguirá acosando mientras no alcancemos - por utópico que parezca - a edificar y defender un mundo universalmente ecuánime. Que pueda luchar parejo. Que tenga semejantes posibilidades. Aún así, creo que estamos muy cerca de erradicar en el mundo esta pesadilla sanitaria.

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- Citado por el Dr. Alberto M Marque en: "Enfermedad de Heine Medin "  
La Semana Médica, Año XLIII, N° 49; pags. 1537- 1559. Año 1936
- 2- Con anterioridad se registraron otros brotes epidémicos en el país en los años 1936, 1942 el cual se extendió hasta los primeros meses de 1943 y el mencionado en 1953. La incidencia osciló entre el 10 y el 14 por 100.000 habitantes. En cambio la acaecida en este último año fue muy elevada en las provincias de Santa Fé, La Rioja y Tucumán donde llegó al 25 por 100.000 h. Mientras tanto la epidemia que se abatió sobre Buenos Aires y alrededores a partir del año 1955 tuvo una tasa de incidencia muy superior que alcanzó al 30 por 100.00 habitantes.
- 3- Vilches Antonio. «Caracteres epidemiológicos de la poliomielitis en la Argentina». «El Día Médico», Buenos Aires, 14 de mayo de 1956, pags.: 781-784
- 4- La secuencia del traspaso del virus en sus distintas etapas seguiría este modelo: materia fecal con virus indígena à contamina-

ción del agua y de los alimentos a manos contaminadas debido a una higiene individual insuficiente a manipulación de alimentos contaminados por el virus a ingreso del virus por vía oral a multiplicación en las fauces y posteriormente en los linfáticos del intestino a diseminación por vía sanguínea y, finalmente, localización electiva en el sistema nervioso central. Queda así establecida la cadena de transmisión, agravada en épocas de lluvia y clima cálido donde la población de moscas participan – aunque secundariamente – en la diseminación de este virus de la calle. Aclaro deliberadamente que las moscas juegan un papel poco importante, a pesar de los obsesivos escraches realizados por las amas de casa, porque aún exterminando toda la población de estos alados no impedimos que el virus se transmita por otros carriles (agua, materia fecal, saliva, manos sucias)

- 5- En aquella década todavía predominaban las escuelas públicas donde era habitual que alumnos de clases sociales más acomodadas se sentaran al lado de chicos de condición humilde
- 6- Nombre genérico con que se identifica a cualquier microorganismo – en especial los virus – que cumple su ciclo de vida en la naturaleza. Es decir libre de cualquier manipulación de laboratorio.
- 7- Los picornavirus, también denominados poliovirus, palabra que significa virus RNA "pequeño", tiene tres tipos de cepas: el Tipo I – también identificada como cepa Mahoney – fue denominado así porque fue aislado de la médula espinal de un chimpancé que se llamaba Brunilda, inoculado con virus que fuera recuperado a partir de siete pacientes humanos en Baltimore en el año 1939. El Tipo II perteneció a un hombre joven y fue aislado de su cerebro y médula espinal el año 1938 en la ciudad de Lansing, Michigan. El Tipo III fue aislado del sistema nervioso central de un niño de 11 años, llamado León, muerto en los Ángeles en el año 1937. (Marcelo Dos Santos)  
( <http://www.mcids.com.ar/>)
- 8- José Vicente Toledo Marhuenda. La Poliomielititis en España.

<https://books.google.com.ar/books?isbn=8496297934>

- 9- El dolor espinal que refiere en su extenso trabajo el Dr. Alberto Marque lo pude comprobar durante la epidemia del año 1955 en varios casos de parálisis tanto en los niños como en algunos pacientes adultos. A veces el dolor simulaba una descarga eléctrica, expresión escuchada de los propios enfermos. Tal era la intensidad de la raquialgia. Pero debo agregar que un dolor espinal similar también lo comprobé durante el comienzo agudo de la viruela de evolución grave - antes de que aparezca la clásica erupción - en pacientes internados en el Hospital das Clínicas de Sao Pablo, Brasil, mientras estaba cumpliendo la residencia médica y mi capacitación en Medicina Tropical.
- 10- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/index.html>
- 11- [http://www.who.int/dg/speeches/2012/polio\\_erradication\\_20121108/es/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2012/polio_erradication_20121108/es/index.html)



Fig.: 4.1. Milenaria lápida egipcia mostrando la secuela parálítica sugestiva de poliomielitis



Fig.: 4.2. Botín ortopédico con soporte metálico útil para corregir el acortamiento y la flacidez del miembro paralizado.



Fig.:4.3.Era de observación frecuente la parálisis total de un solo miembro inferior.



Fig.:4.4. La grave escoliosis era un signo frecuente que tornaba más penosa la deambulación con las piernas ortopédicas



## CAPÍTULO V

### Cilindros rugientes y escalofriantes

*“La vida es un niño que hay que mecer hasta que se duerma”*

*(Voltaire, 1694–1778)*

*... y la muerte un duende maléfico que lo arrebató del plácido sueño.*

Enero sofocante de 1955. Buenos Aires, poco a poco, fue invadida por un abrazador desconuelo social. Una vez más el siniestro espectro de una enfermedad altamente transmisible, aunque todavía no bien conocida en toda su deletérea magnitud, comenzaba a manifestarse como un nuevo brote pero ahora con toda violencia en el área capitalina y en vastos sectores del Gran Buenos Aires.

La historia se repetía pero con otra fisonomía. Ahora, aquella plaga colectiva se acompañaba del penoso espectáculo de ver pequeñas criaturas inválidas con segmentos de cuerpo frágiles como juguete de trapo. Por cierto la historia se repetía. Porque así como el Hospital Muñiz fue creado como casa de aislamiento luego del luctuoso azote amarílico acaecido en 1871, ahora ese mismo solar era recipiendario de una de las más tristes epidemias registradas en nuestra historia: la parálisis infantil dejando inválidas, con grotescas deformaciones, a impotentes criaturas.

Recién recibido, y con poca experiencia asistencial, me sentí arrollado por tamaña hecatombe sanitaria. Equivalía a decir: pánico, desorden, anarquía, huidas, milagreros oportunos, amuletos y estampas religiosas mezcladas con pastillas de alcanfor colgando del cuello de los chicos para ahuyentar imaginarios hedores contaminantes. Mientras tanto, en las calles, el frenético blanqueado de los árboles con lechada de cal con el inocente propósito de ahuyentar espectros maléficos.

Debido a la elevada letalidad que ocasionaban los trastornos respiratorios una vez iniciados, surgió la ineludible necesidad de entrenarse en el manejo del pulmote (1), aparato espeluznante que, de

pronto, asomó ante nuestros ojos golpeando duro nuestra ignorancia pero más aún nuestra estabilidad emocional.

Para el adiestramiento concurrió un equipo de expertos norteamericano y otro brasileño, pertenecientes a las fuerzas armadas de ambos países. Permanecieron alrededor de dos semana en el hospital Muñiz instruyendo a médicos, kinesiólogos, enfermeros y, además, al equipo de mantenimiento del hospital. La faena fue exigente y acelerada ya que se trataba de incorporar conocimientos en el menor tiempo posible debido a la aparición de nuevos casos con grave compromiso respiratorio. Recuerdo que el último día de una dura tarea, se ofreció como paciente imaginario nuestro admirado y siempre dispuesto practicante mayor médico Carlos Urtubey quien se colocó dentro del pulmón para someterse a una demostración práctica. Experimentar por sí mismo los efectos del fuelle metálico y de esa manera adentrarse con las cualidades del aparato. Era notable como Carlos asimilaba pautas sin dudar y rescataba secretos – doy fe que sólo él – en el manejo de aquel impresionante y reluciente cilíndrico metálico.

Sin imaginarlo la epidemia nos proporcionó una nueva fortaleza para luchar contra el mal, pero también una destreza heroica para tratar a un enfermo infeccioso con falla respiratoria aguda: la novedosa implementación de la asistencia médica a partir de una arma terapéutica mecánica: el pulmón de acero, denominado también «ventilador de presión negativa». Una ingeniosa aunque no menos tétrica forma de tratamiento no invasivo.

Para aquella generación de infectólogos, que me tuvo como febril y entusiasta aprendiz, representó una experiencia invaluable. El singular y no menos emocionante reto de una cápsula metálica que durante las veinticuatro horas nos acosaría, reluciente, implacable, rugiente...soplona.

De acuerdo con los principios que rigen la fisiología respiratoria y a pesar que el aparato se denominaba pulmón de acero, su función esencial era el de un diafragma artificial. Más allá de su aspecto sofisticado el funcionamiento resultaba sencillo y su obje-

tivo "princeps" era alternar las presiones positivas con las negativas para lograr aquello que haría un tórax funcionando normalmente: inspirar y espirar. El paciente era introducido en el cilindro de acero manteniendo la cabeza y el cuello fuera del aparato. Esta abertura quedaba herméticamente cerrada. Al establecerse una presión negativa dentro de la cámara facilitaba el ingreso del aire a través de la nariz del sujeto: los pulmones entonces se expandían reproduciendo el momento inspiratorio. Llenados los pulmones se producía el mecanismo inverso. La presión interna aumentaba exprimiendo la caja torácica y expulsando el aire: se producía entonces la espiración. De esta forma, alternando las presiones intratorácicas con la periodicidad de una frecuencia respiratoria normal, el aire exterior entraba y salía de los pulmones.

Pocos días después de completar el entrenamiento en el manejo del ventilador mecánico, el hospital Muñiz fue equipado con otros catorce respiradores que fueron ubicados estratégicamente en la sala 1, Más tarde hubo que agregar otros respiradores en el pasillo vecino a la mencionada sala y, finalmente, habilitar la sala contigua, detrás de la sala 1. Ambas estaban estratégicamente situadas a pocos metros de la sala de guardia y equidistantes del portón de ingreso al hospital.

En apenas algunas semanas el hospital cambió su estructura funcional y asistencial aunque también nuestra actitud profesional. A pocos de nosotros les alcanzaría el tiempo para ocuparse de los tosedores crónicos, los pacientes leprosos y los inquilinos agusanados con sus icorosas (2) úlceras. Familiarizarse con el manejo del pulmón de acero no fue fácil. Había que conocer física y química respiratorias y el oportuno manejo de las presiones positivas y negativas para adecuarlas a la frecuencia y presión de expansión torácicas deseadas. A todo ello se agregaba nuestro inevitable desequilibrio emocional al tener que enfrentarnos con criaturas que yacían vencidas e inmóviles dentro del macabro cilindro. Era verlas con su semblante adormilado – los cachetes azulinos - mientras, imperceptiblemente, se

les iba escapando la frágil hebra de vida. Cuántos morían así, solitos, irónicamente abrazados por aquella adelantada sepultura metálica.

Confieso, sin tapujos, que lo menos soportable para mí era ingresar a la sala de pulmotores. Escuchar la cadenciosa sinfonía de aquella ronca maquinaria que iba marcando con su monótona batuta “il tempo de morire”. Porque muchos partían dentro mismo de aquellas tumbas de acero. Y ya eran tantos los pequeños cadáveres que fue menester identificarlos apenas con una tarjeta colgada del dedo gordo del piecito. Así salían rumbo a la morgue del hospital.

Todavía más insoportable era para mí asistir al espectáculo de ver a los desolados padres encaramados sobre los amplios ventanales de aquella “antesala del averno” (3), aplastando sus sollozantes caras contra el transparente vidrio donde, tiosos, se pasaban las horas observando a sus pequeños hijos cuya vida pendía de un fuelle monocorde.

Día tras día. Mes tras mes fue transcurriendo aquel año fatídico donde, casi sin moverme, viví en el hospital aceptándolo como mi segundo hogar y llevando sobre mis hombros aquella fatigosa y desalentadora tarea. También día tras día se sucedían las anécdotas, inconsolables algunas, inesperadas otras las cuales si hubiesen sido documentadas habrían sellado el dramatismo de aquel insufrible acontecimiento sanitario. A propósito, una de ellas, me quedó prendida como indeleble reminiscencia. Sucedió un mediodía. Imposible olvidarla. Era todavía verano. Caía una llovizna pegajosa. Había terminado mi turno en el control clínico de los pacientes en la sala de pulmotores, donde – conforme a las demandas pero sobre todo para evitar la fatiga y el embotamiento mental – nos turnábamos cada dos o tres horas. Me disponía a salir de la sala para continuar con mi trabajo en el pabellón de guardia. Fue cuando escuché la exaltada voz de la enfermera:

Doctor - venga por favor que este chiquito está muy cianótico y me parece que entró en shock ...

Efectivamente el pequeño había dejado de respirar bruscamente debido a una segura falla bulbar. No obstante esa presunción y

siempre alentado por el incansable Carlos Urtubey, quien se encontraba en otro sector de la sala de respiradores, se acercó y decidió desconectar el aparato (4) (5) con el fin de intubarlo para liberar la vía aérea ya impregnada con secreciones. Por mi parte comencé a practicarle respiración artificial turnándome con él para mantener el tubo laríngeo. No alcancé a darme cuenta que el padre del chiquito estaba literalmente pegado al gran ventanal de la sala observando desde allí la desfalleciente lucha de su pequeño por asirse a la vida, imagen que jamás logré olvidar.

Al comprender la situación el pobre hombre perdió el control y comenzó a dar frenéticos golpes sobre el amplio postigo. Alternándonos, continuamos presionando y descomprimiendo ese flácido pecho. Una y otra vez, con exasperada obstinación. No se nos podía escapar así una vida...

Un sudor de fatalidad empezó a escurrir por mi frente y mi cuerpo parecía apretado por los brazos de aquel padre suplicante. Mientras tanto la cianosis se acentuaba. Espesas gotas escurrían por mi frente salpicando la piel azulada de la criatura. Mientras tanto yo, instintivamente, seguía “machucando” ese cuerpecito casi inerte. De pronto emitió un corto y ronco suspiro – quizás de inconsciente resignación – seguido de un pequeño sacudón. El chiquito dejó de respirar. Frente a frente Carlos y yo apenas nos miramos. No queríamos aceptar nuestra derrota. Anímicamente nos sentíamos vencidos... Mientras me lavaba las manos en el “office” de enfermería pensé “Si nos hubiera visto el Profesor Hernán Gonzalez diría: “...dos infantes perdidos en la inmensa playa de la desolación!””.

Los padres del niño, presintiendo el triste desenlace, se unieron en un resignado abrazo refugiándose en un rincón del hall de ingreso a la sala de pulmotores. En ese momento no se trataba de entender. Apenas de sentir aquel interminable estrechamiento que unía una profunda congoja. Alcancé a observar de cerca tamaña escena. Recordé entonces las bellísimas estrofas del poeta mejicano Andrés Castuera Micher, aludiendo al bello sentido de la vida: “Te estoy tejiendo un par de alas, sé que te irás cuando las termine pero

no soporto verte sin volar... “. Imaginé así al pobrecito como una pequeña ave que se había extinguido sin poder volar.

Momentos después vino lo peor. Cubierto por una sábana blanca, el pequeño cadáver era transportado por la penumbrosa y larga galería del pabellón. Seguía al mini cortejo el monótono chirrido de las “chuecas” ruedas de una vieja angarilla que vaya uno a saber cuántos finados condujo en su largo andar por el hospital. El camillero, impávido, se detuvo para abrir la puerta de la sala. La camilla dejó de chillar. Hubo un corto silencio. Yo, que ya me estaba dirigiendo a la sala de guardia, me detuve. La mamá del pequeño, presa de instintiva desesperación, presintió que debajo del blanco lienzo yacía su pequeño hijo. Era cierto. Se abalanzó sobre aquel montoncito de carne inerte y comenzó a sollozar. Mientras acariciaba aquella blanca y rígida superficie la alucinada mujer comenzó a murmurar, con palabras entrecortadas por cortos suspiros... que ella ya estaba a su lado... que pronto lo llevaría a casa y allí vendrían a visitarlo sus amiguitos y, por la noche, antes de que se durmiera le leería su cuento preferido para que se durmiera abrazado a ella, porque siempre estaría allí abrazándolo, mimándolo, protegiéndolo...

Inconsolable la derrumbada mujer fue separada de la camilla. Casi desfalleciente se refugió nuevamente entre los brazos de su esposo. El camillero atravesó la puerta de la sala y continuó lentamente su camino hacia la morgue para depositar el cadáver sobre una fría bandeja. La chillona musiquita de las envejecidas ruedas se detuvo. El último compás del “tempo di morire” había quedado atrás.

Del piecito del pequeño cadáver colgaba un marbete con su nombre y apellido. Silencio. Oscuridad (6). La puerta de la morgue finalmente quedó cerrada mientras la camilla, monótona y chillando como de costumbre, iniciaba su retorno a la espera de un nuevo transporte.

Aquel episodio me conmovió profundamente. Tristísima experiencia donde se conjugaron el dolor físico y el lacerante dolor del alma que aniquiló a esos padres para quienes ya nada podía revertirse. Otro crespón negro quedó enhebrado en mi ya ajetreado

guardapolvo blanco. Como hubiese imaginado mi maestro Hernán Gonzalez, mi mochila de infante pesaba, cada vez, más y más...

Años después hubo otro episodio que, a ojos vista, muestra cuánto de cierto hay en la sentida alusión del Santo Padre Francisco, con motivo de la XXIII Jornada del Enfermo correspondiente al año 2015. A propósito de la sabiduría del corazón (7) dice: "...ese salir de sí hacia el hermano", aludiendo a la espontánea caridad volcada junto a la cama del sufriente.

El hecho sucedió con otro joven médico que, doy fe, había sido un excelente alumno mientras cursó la materia. Incorporado luego a la guardia de urgencia y al plantel médico del hospital supo cincelar una carrera brillante como paradigma de la infectología crítica. Basta ahora con correr levemente el telón de los recuerdos para imaginar a este menudo médico con su ambo de guardia, trabajando arduamente en la sala 1 destinada – desde aquella trágica época de la polio – a los pulmotores. Para muchos era simplemente "Paco". Dicho acabadamente, el Dr. Francisco "Paco" Maglio (8). Frente a él un pulmотор y en su interior, casi vencido, un pequeño paciente. Hacía rato que, a través de su traqueostomía, "Paco" metía y sacaba la sonda húmeda arrastrando pegajosas secreciones de su tráquea. Él, inmutable, sólo movía hacia arriba y hacia abajo su brazo derecho. El aspirador, por su parte, seguía con su ruido monocorde los movimientos del operador quien, obsesionado, seguía con sus automatizados movimientos. Entre tanto, acertó a pasar junto a "Paco" el jefe del área. Lo codeó levemente mientras con voz queda le decía: "...pibe, dejalo ya, no ves que está muerto". La sonda quedó colgando del aspirador mientras éste seguía su monótono zumbido. Monótono, el tanque de acero continuaba su rugido. Todo parecía igual. Una máscara ambarina empezó a cubrir su pequeño rostro mientras la azulina lividez de la muerte impregnaba sus labios. Es que todo había acabado. "Paco", aturdido, salió casi corriendo de la sala. El ruido de tanta maquinaria seguía golpeando su frustrada vocación. Empezó a caminar sin rumbo, Las verdosas arboledas parecían cobijar aquel andar abatido. Vio así un frondoso ombú con

sus generosos brazos. Se detuvo. Se sentó al pie de su vigorosa raíz. Vencido, comenzó a llorar...

Al enterarme del episodio pensé que también él, igual que yo, tras haber perdido una batalla contra la enfermedad, había quedado como un infante solitario en la inmensa playa de la vida.

Pasaron ya muchos años. El ombú sigue ofreciendo su imponente verdor. Su divina grandeza. A través del tiempo supo guardar el secreto de aquellas lágrimas de caridad depositadas por una sufriente y genuina vocación. Las lágrimas de un joven médico que al pie de aquel frondoso árbol, supo dejar la simiente de una grandiosa obra científica pero, más aún, la sabiduría de un inagotable corazón. Doy fe que se trata de Francisco “Paco” Maglio!

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- La primera descripción de un ventilador a presión negativa se remonta a John Dalziel en 1838, accionado manualmente a modo de fuelle. Se lograba así obtener presiones positivas y negativas. Al enfermo se lo colocaba sentado dentro de un cajón con la cabeza y el cuello fuera del compartimento *Dalziel J. On sleep and apparatus for promoting artificial respiration. Br Assc Adv Sci 1938; 1: 127*

<http://tratado.uninet.edu/c020404.html>

El primer pulmón de acero fue instalado en el Hospital Bellevue, en la ciudad de Nueva York, en 1927, y usado por primera vez en una niña inconsciente en 1928 en el Children's Hospital de Boston. La sorprendente recuperación de la enfermita popularizó así el "Respirador Drinker" en homenaje a uno de sus inventores

History of the Iron Lung- Respirator: [http://inventors.about.com/od/istartinventions/a/iron\\_lung.htm](http://inventors.about.com/od/istartinventions/a/iron_lung.htm)

Fue en 1931 cuando el mecánico John Haven Jack Emerson creó un modelo más pequeño, ligero, económico y silencioso

que el «Respirador Drinker» National Museum of American History Iron Lung:

<http://americanhistory.si.edu/collections/object.cfm?key=35&objkey=114>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Pulm%C3%B3n\\_de\\_acero](http://es.wikipedia.org/wiki/Pulm%C3%B3n_de_acero)

- 2- Saniosa, secreción serosa. Un ejemplo lo representa la úlcera crónica varicosa.
- 3- La palabra *averno* viene de los vocablos griegos *a*: 'sin' y *ornis*: 'ave'. Esta etimología se refiere a que las aves no cruzaban este lugar por ser un cráter que expulsaba gases tóxicos. **Averno** era el nombre antiguo que se le daba, tanto por griegos como por romanos, a un cráter cerca de Cumas, Campania. De acuerdo a la Mitología romana se creía que era la entrada al inframundo. Aceptación poética: infierno (lugar de castigo eterno).  
<http://www.es.wikipedia.org/wiki/Averno>
- 4- Era habitual que, de acuerdo a la evolución clínica y a los exámenes complementarios, el pulmotor se detenía con el objetivo de observar el comportamiento del ritmo respiratorio en forma espontánea. Ello nos permitía verificar si existía mejoría o bien si la insuficiencia respiratoria se mantenía estable o, peor aún, si había empeorado para de esa forma regular las presiones positivas y negativas y permitir una expansión adecuada de la caja torácica. Como anécdota melodramática recuerdo que en varias oportunidades se cortó la luz y debido a ello los pulmotores dejaron de funcionar. Estando de guardia y mientras cenábamos en la planta alta del pabellón de guardia, en dos oportunidades nos quedamos sin fuente luminosa. De inmediato nos zambullimos con «zancadas» por la larga escalera que daba a la planta baja y, ya entrados en la sala 1 y 2, nos tiramos sobre esos fríos e inmutables tanques de acero metiendo las manos por las aberturas laterales para comenzar la difícil respiración artificial con manotazos desesperados mientras verificábamos el color de la piel y otro colega procuraba liberar la vía aérea y apoyar la venti-

lación con máscara de oxígeno. Mientras tanto rogábamos para que el generador auxiliar comenzara a funcionar lo antes posible.

- 5- Inolvidable, por lo enternecedor y trascendente, fue el caso de Teresita, una jovencita de 15 años que contrajo polio y tuvo como castigo entrar prolongadamente al gélido pulmотор y luego, poco a poco, como liberador alivio llevada a la cama oscilante. Así fue, cerca de 17 años, el penoso trance de su enfermedad. Finalmente, lágrima tras lágrima, aquel montón de anhelos de juventud se fueron marchitando, y no queriendo más... se marchó.

De Teresita recuerdo este pasaje dramático de su ya atribulada existencia. Un día, dentro mismo del pulmотор, sintió un fuerte dolor en su abdomen. Se diagnosticó apendicitis aguda. Debía ser operada con urgencia pero si era sacada del aparato durante más de diez o quince minutos ella seguramente moría. De inmediato se lo llamó al Dr. Hugo Zabalza, brillante cirujano y jefe de cirugía séptica del hospital. Hugo poseía un fuerte carácter, además una excelente formación académica desarrollada en Estados Unidos, atributos que le permitían ejercer con oportunidad y acierto su labor como cirujano. Fue así que, con aventurado criterio, propuso operar a Teresita fuera del pulmотор y en un lapso de quince minutos!. Así fue. La operación fue éxito. Teresita fue devuelta al pulmотор. Su motor inició entonces su ronca y acostumbrada letanía.

- 6- En mi primer ingreso como estudiante al Hospital Muñiz me impresionó el sitio destinado para la morgue. Como si el ánimo del constructor testimoniara un acto de contrición hacia el destino final del difunto, eligiendo un lugar un tanto aislado y silencioso del resto del nosocomio. Todavía recuerdo ese viejo horno crematorio con su elevada y ennegrecida chimenea. Supe, al poco tiempo de comenzar mis trabajos prácticos, que los pacientes que morían y no eran reclamados por familiares o deudos eran cremados, mientras que los reconocidos solamente podían salir encofrados en féretros metálicos. Una práctica exi-

gida por las autoridades sanitarias por tratarse de un hospital para enfermos infectocontagiosos.

- 7- «Sapientia Cordis» Mensaje del Santo Padre Francisco en ocasión de la XXIII Jornada Mundial del Enfermo 2015. Vaticano, 30 de diciembre del 2014. Publicado por La Santa Sede.
- 8- El Profesor Dr. Francisco Maglio es actualmente Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Durante la riesgosa y esforzada época de la fiebre hemorrágica Argentina fue designado por el entonces Profesor Titular de Enfermedades Infecciosas de la UBA, Dr. Humberto Rafael Rugiero, como experto en el manejo del shock séptico. Años después, el mentor y creador del área de medicina crítica - con asiento en la sala III - del Hospital Muñiz - donde formó discípulos de gran jerarquía científica y moral como actualmente lo son los Dres. Jorge San Juan y Mabel Nogueras. "Paco " Maglio reúne inefables atributos personales que invitan a estimarlo y a respetarlo: inteligencia diáfana, envidiable erudición y modestia sin par.



Fig.:5.1. Modelo de pulmón de acero similar al usado durante el brote de poliomieltis iniciado durante el verano de 1955



Fig.:5.2.Sala para pulmotores. Fotografía tomada de archivo de un hospital extranjero. Imagine el lector estar apenas un par de horas trabajando en ese ambiente y, todavía, bajo la presión de tener que asistir a una criatura con grave insuficiencia respiratoria ...y cerca de la muerte.



Fig.:5.3. Teresita, se aferró a la vida con una abnegación ejemplar. Una lucha por sobrevivir difícil de olvidar!

## CAPÍTULO VI

# El posgrado inmediato

*Infectólogo por principio. Aprender, aplicar... mejorar.  
Había que enfrentar a esos microbios invisibles, dañinos, insolentes,  
cada vez más virulentos; cada día más resistentes para el ser humano.  
¿Existía acaso mayor desafío?*

Las primeras y fuertes vivencias como médico infectólogo comenzaron a motivarme pero también a inquietarme y, lo admito, a crearme una inocultable sensación de inseguridad. Empezaba a darme cuenta que detrás de cada padecimiento, más aún, detrás de cada enfermo existía la lectura de un profundo mensaje (1). Entonces, frente a cada paciente, sobre todo grave, tras esa lectura, la conducta exigía ser decisiva y precisa. Muchas veces tenía la sensación de estar mirando a través de un ventanal empañado donde las imágenes aparecían desdibujadas o poco visibles. Percibía claramente que lo difícil era adquirir un rápido discernimiento que permitiera formular un diagnóstico correcto y, luego, proponer el tratamiento adecuado. Pero en verdad el error diagnóstico representaba un espectro, imprevisible por cierto, que asomaba en cualquier instante de nuestra práctica médica. En consecuencia no había otra. Para sobrevivir en aquel difícil campo minado de peligrosos traspies y consabidos papelones (2) había que estar muy bien entrenado.

Había que empalmar entonces sobre un nuevo sendero de especialización. El intenso trabajo que me impuse a partir de mi graduación, tanto en la tarea de sala como en el pabellón de urgencia, sirvió para que comprendiera que el desafío de enfrentar a diario complejas patologías infecciosas me hacía consciente de la necesidad de una mejor formación académica.

Finalizada la carrera de medicina, al cabo de dos años, decidí inscribirme en el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina para realizar el curso de Especialista en Enfermedades Infecciosas, posgrado que en esa época tenía la duración de un año (3)

Realicé el curso asistiendo a conferencias dictadas por prestigiosos docentes de diferentes disciplinas vinculadas con la infectología: microbiología, parasitología, inmunología y epidemiología. procedentes de Facultades de Medicina de Universidades Nacionales de Buenos Aires, La Plata y Córdoba. Además participé en ateneos anatomoclínicos, seminarios y cumplí rotaciones por la Cátedra de Tisiología con sede en el mismo hospital Muñiz. Luego de aprobar los tres exámenes parciales teórico y prácticos de rigor, quedé en condiciones de rendir el examen final para optar al título universitario de Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Llegó el día del examen final. Un caluroso mes de noviembre de 1957. En el examen práctico me tocó un enfermo que padecía una varicela complicada y que estaba internado, en la para mí ya familiar sala de enfermedades eruptivas cuyo jefe era el virtuoso clínico y dermatólogo don Mauro de la Paolera. Recuerdo que mientras estaba examinando al paciente entró, como lo hacía todas las mañanas mirando hacia abajo, con los lentes montados a media nariz y con su inseparable gorrito blanco tapando su plena calvicie. Se acercó a la cama que me había tocado en el sorteo y al notar que me encontraba bastante nervioso esbozó su clásico mohín, al tiempo que me decía:

- Ahora Martino es el momento de mostrar lo que sabe. Examine exhaustivamente al paciente. Cuando le toque describir las lesiones de la piel recuerde entornar los ojos y deslizar suavemente los dedos por sobre ellas reconociendo mentalmente cada detalle. Léalas con su memoria perceptiva. “*Son las bellas estrofas de la semiología descriptiva*”, que solo pueden leer aquellos que logran interpretar la “*intrincada prosa de una enfermedad*”.

Fueron palabras decisivas que auguraban llegar a buen puerto, es decir al diagnóstico correcto.

Con sus vitales adagios Don Mauro tenía la habilidad de exaltar la autoestima porque al hacerlo transmitía serenidad y seguridad. Esas eran las palabras que necesitaba para disparar el motor de mi confianza y calmar mi ansiedad. Era cierto que a su lado había aprendido mucho, sobre todo a interpretar lo que estaba viendo. A

su lado también aprendí que las enfermedades infecciosas, en su mayoría, cualquiera fuese su etiología, pueden expresar un signo en la piel y/o en las mucosas en algún momento de su evolución. “*Todo depende – insistía Don Mauro – de la habilidad, constancia y minuciosidad con que se mira la piel y las mucosas a lo largo de la evolución del proceso infeccioso*”. Solía insistir, medio socarronamente, que era igualmente importante la minuciosa lectura de la parte de adentro de la “*fundá*”, queriendo señalar a las mucosas.

La mesa examinadora estaba presidida por el Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, Titular de la Cátedra de Tisiología de la UBA. Lo acompañaban nuestro Profesor Titular de la materia, Dr. Hernán Gonzalez, un profesor adjunto de Enfermedades Infecciosas y un profesor invitado de Clínica Médica – por considerarla afín a nuestra asignatura. La misma recayó en el entonces Profesor Titular Dr. Egidio Mazzei (4) del “Hospital Nacional de Clínicas” (hoy Hospital Escuela “General José de San Martín”).

Describí el caso aportando los datos que a mi criterio eran de relevancia. No hubo interrupciones. Al finalizar expliqué las razones por las cuales consideraba que la varicela que presentaba el paciente se había complicado. Para ello me basé en tres hechos: la reaparición de la fiebre acompañada de tos seca y dolor torácico. En la auscultación del tórax comprobé disminución del murmullo vesicular asociado a la presencia de rales crepitantes medianos en la base del pulmón derecho. Hallazgo semiológico que sugería la presencia de una neumonitis varicelosa o bien el debut de una neumonía bacteriana. En mi exposición enfatiqué que el paciente, obrero de la construcción y de condición social humilde, era un moderado enolista y tabaquista, asociaciones que avalaban mi sospecha diagnóstica (5)

Finalizada mi exposición el Profesor Vaccarezza me preguntó sobre las enfermedades que priorizaría en el diagnóstico diferencial. Le contesté que la primera era la viruela del nuevo mundo, denominada también “*alastrim*”. Al instante, interesado y algo sonriente, me interrumpió e insistió en preguntarme si había visto algún caso de *alastrim* y cómo lo diferenciaría. Le contesté afirmativamente y que tal

ocasión se había presentado gracias al Dr. Mauro de la Paolera, jefe de las salas XVIII y XIX destinadas a las enfermedades eruptivas, con quien pude estudiar mis dos primeros casos. Entonces, con seguridad y ya bastante distendido comencé – tal como Don Mauro me lo había enseñado e imaginándolo a mi lado – a describir las características diferenciales entre ambas enfermedades eruptivas. Ni bien hube finalizado me di cuenta que mi descripción había detonado favorablemente en parte del jurado. Digo en parte porque un miembro del tribunal me miró – todavía hoy lo recuerdo – con semblante indiferente, hecho que despertó en mí un inquietante presentimiento.

Continué respondiendo a las preguntas formuladas. Mis respuestas no eran cuestionadas, más bien era requerido a que profundizara detalles clínicos diferenciales que, a juicio de los examinadores, eran importantes. Poco a poco presentí que el aprobado estaba asegurado. Fue así como el Dr. Vaccarezza me expresó que la exposición había sido satisfactoria y que ameritaba extenderla con algunas preguntas sobre variados temas vinculados con la materia. Cada miembro del jurado formularía, entonces, una referida a microbiología, otra a parasitología, le seguiría aquella relacionada con epidemiología y, finalmente, una con la medicina interna. Como era ya costumbre el corchete final del examen se refería a una pregunta vinculada con una enfermedad infecciosa infrecuente o exótica. En eso yo estaba seguro! Mentalmente me hice la pregunta ¿Quién me la formularía?

Consciente de haber respondido satisfactoriamente sin embargo me pesaba una inexplicable intranquilidad. No sabía por qué, pero el instinto me hizo girar la cabeza hacia aquel miembro del jurado que aparentemente poco había participado de mi examen. Más aún, creo que en todo momento estuvo intencionalmente ausente. Con todo debo decir que hasta ese momento no observé intención alguna de perjudicarme y sí unánime coincidencia hacia un aprobado generoso.

Llegó por fin la última pregunta. Hasta ese instante el miembro del jurado hacia el cual me sentía desde un principio, y sin poder precisarlo, incómodo, no había siquiera abierto la boca. Inmutable e inmóvil como maniquí vivante y fijando su mirada inexpresiva sobre la mía apuntó con voz gangosa:

- Cuál es el agente infeccioso que produce el “sodoku” y cuáles son sus signos clínicos importantes

¡Un dardo envenenado! Así lo sentí. Una pregunta emponzoñada porque hasta aquel momento apenas se había registrado un solo caso en el país. Ya no cabía duda sobre la verdadera intención que encubría aquella pregunta. Perjudicar mi calificación. ¿O, detrás de bastidores, había otro propósito?

Debo decir que tenía conocimiento de la enfermedad por haberla leído en el texto del Profesor Hernán Gonzalez. Y no una sola vez. Varias veces ya se habían deslizado por mis ávidas manos las páginas de aquella soberbia obra de la infectología.

Pues así contesté:

- Es una enfermedad producida por la mordedura de rata que transmite una espiroqueta –repondí- y que tenía entendido que era más frecuente en Asia. Que no tenía conocimiento que se hubiese registrado en el país. Mi respuesta fue mencionar lo que recordaba en ese momento porque en verdad esa rara enfermedad zoonótica transmitida por roedores era apenas mencionada en los textos clásicos aunque remarqué – con clara intención - haberla leído en la obra de Gonzalez y Floriani.

Como sucede cuando un ventarrón imprevisto voltea fuertemente la puerta y nos hace estremecer, así me sentí cuando recibí esa estocada a fondo...y como queriendo hundir más el dardo en mi orgullo, el susodicho miembro del jurado – a la sazón una profesora adjunta muy conocida y mentada del hospital Muñiz, siguió preguntando

- Dígame ahora Doctor, cuáles son los dos signos más frecuentes que, luego de la exposición a una mordedura de rata, orientan al diagnóstico... porque comprenderá que como futuro médico especialista Usted podría enfrentarse con ella y entonces debe conocerla – ¿No le parece? - me retrucó con agria ironía.

Al momento percibí una franca hostilidad hacia mí persona y un rápido “flash” confirmó mi palpito. La examinadora que estaba preguntando se desempeñaba como médica de planta en la sala del

Dr. de la Paolera y, entre ambos, existía un franco distanciamiento personal pero, todavía más, científico.

Me seguí defendiendo y luego de insistir sobre su excepcional ocurrencia en nuestro medio, respondí con palabras cuyo timbre ya no tenían la fortaleza y seguridad del principio.

- Creo - respondí - que al sodoku lo caracteriza la presencia de un chancro - escara- de inoculación en el sitio de la mordedura, además la presencia de fiebre elevada y una erupción parecida al sarampión.

Sin mirarme siquiera continuó con su cáustico martirio.

- Le falta agregar un signo importante - insistió imperturbable- ¿Cuál es?

Molesto respondí que no lo sabía. Con su típica y arrastrada voz... y hasta un dejo de victoria en su rostro - que en verdad era bastante desagradable - me replicó:

- ¿Pero cómo, no sabe que cursa con esplenomegalia? (el bazo agrandado) ...y terminó con estas palabras, clavándome así una invisible aunque doliente tachuela:

- No tengo más preguntas...

Confundido no tanto por ignorar tal signo sino por la forma petulante con la cual dio por finalizado su interrogatorio, le contesté con inocultable bronca

- Sin embargo tenía entendido que el agrandamiento del bazo no es un signo que acompañe habitualmente a la enfermedad (6)

No hubo respuesta. Ni siquiera refutó mi mirada inquisidora por aquel maltrato ético.

Finalizada en forma ríspida ese tramo final de mi examen, el presidente del jurado me invitó a esperar fuera del aula con el fin de permitir a los miembros de la mesa examinadora deliberar sobre la calificación final a la cual yo había sido acreedor. Minutos después comparecieron los examinadores y la secretaria de la Cátedra con el libro de actas en sus manos. De pronto un imponente silencio nos comprimió pues apenas éramos tres los médicos que habíamos rendido aquella mañana calurosa del mes de noviembre.

En forma escueta - como era la costumbre de aquella época del ambiente universitario - la secretaria, con su habitual formalidad,

procedió a leer las notas. Entre las calificaciones hubo un solo sobresaliente que, tal como lo supuse, no fue el mío...

Existen momentos en la vida del universitario donde el factor emocional no puede eludirse. Uno de esos tantos está signado al enfrentar un examen y, poco después, esperar la calificación. He meditado bastante sobre el procedimiento que evalúa el conocimiento en esta disciplina y considero que tras la vasta experiencia atesorada en distintas partes del mundo en los últimos años, ya es hora de cambiar la metodología hoy todavía practicada y que, a mi entender, resulta opresiva y no totalmente fiable de la preparación académica del alumno (7)

### **Notas y referencias bibliográficas:**

- 1- El Hospital Muñiz, siempre respetado y cotizado debido a sus complicadas y hasta temibles patologías, estaba aliado más con la morgue que con la benemérita institución para alivio del dolor humano. Basta apenas recordar la tremenda epidemia de polio, las graves tuberculosis, la lepra, la gangrena gaseosa, el tétanos, la complicada difteria, después el SIDA. Lo cierto era que tales procesos mórbidos exigían una excelente formación clínica para poder soportar tamaños desafíos.
- 2- Era lógico suponer lo vulnerables que éramos los infectólogos de aquella época. Pero además expuestos a riesgos de enfermar. Sobre todo aquellos que además cumplíamos funciones en la guardia de urgencia durante 24 horas continuadas exponiéndonos, así, a todo tipo de noxas transmisibles. Recuerdo que durante la epidemia de poliomielitis tuve un episodio de diarrea pasajera acompañada de fiebre y dolor de garganta, indicios que aseguraban una infección por el virus. Felizmente curé sin secuelas. El destino de mi bolillero fue sortear la bolilla de padecer una parálisis.
- 3- Por tercera vez tuve que repasar aquella magna obra de tres volúmenes " *Tratado de las Enfermedades Infecciosas* " que el Profesor Hernán D Gonzalez escribiera con el Prof. Carlos Floriani. Lectura que afianzaba lo ya conocido durante mi pasantía de

casi dos años como practicante de sala y, luego de graduado, como médico concurrente de la cátedra universitaria.

- 4- Tuve el honor de ser su alumno de pregrado y discípulo de posgrado durante varios años, asistiendo a cursos sobre adelantos en Clínica Médica que, a lo largo del año lectivo, dirigía personalmente. Don Egidio Mazzei era un erudito en la materia. Un orador y docente sin par. Discípulo predilecto del maestro Mariano Castex. Recuerdo que en dos oportunidades, mientras cumplía funciones como Académico de Número, solicitó mi opinión acerca de trabajos candidatos a premios que otorgaba la Academia Nacional de Medicina. Tal era la confianza y estima que me dispensaba. Me invitó en varias ocasiones a realizar viajes al interior para compartir simposios sobre medicina interna y disciplinas afines. Recuerdo que en una oportunidad le transmitió a su condiscípulo, el Prof. Hernán Gonzalez – que también fuera discípulo del ilustre maestro Profesor Dr. Mariano Castex - su deseo para que yo ingresara a su cátedra como médico asistencial y luego cumplir con la docencia universitaria. Yo, fiel a mi vocación y con una clara inclinación por la medicina tropical, decidí crecer y abreviar mis conocimientos en la desafiante aventura infectológica. Opté, así, por quedarme en la antigua Casona de Aislamiento.
- 5- En esa época, durante los exámenes, no teníamos acceso a los estudios complementarios que nos permitieran armar un diagnóstico. De forma tal que el examen clínico minucioso era crucial como argumento para defender una postura diagnóstica. Además, en un examen de posgrado, no cabían los dislates.
- 6- Posteriormente volví a releer esta enfermedad por varias fuentes, las cuales confirmaban la infrecuencia del bazo agrandado, no así la presencia del chancro, la fiebre y la leve erupción en la piel.
- 7- Una básica propuesta para evaluar el conocimiento del alumno, precisamente en el pregrado de esta disciplina, sería la siguiente:
  - Formar comisiones de 5 a 6 alumnos, número que permitirá al instructor prodigarse con mayor eficiencia y capacidad para instruir y evaluar de cerca a cada estudiante.

- La materia debería abarcar un módulo de cuatro meses de duración, lapso que permitiría desarrollar clases teóricas, observación de un número adecuado de pacientes infecciosos, desarrollar seminarios interdisciplinarios, discusión de casos clínicos, rotaciones por laboratorios de virología, bacteriología, parasitología y micología.
- Las clases teóricas versarán sobre temas básicos vinculados con ecología y geografía médicas, epidemiología descriptiva, estadística biológica – estudio analítico de un brote epidémico-, manejo algorítmico de un síndrome infeccioso, farmacodinamia y esquemas de tratamiento antiinfeccioso y principios aplicables a la vigilancia epidemiológica.
- Práctica con pacientes: se visitarán las diferentes unidades de internación y consultorios de admisión, con preferencia los dedicados a la asistencia de HIV, patología regional y tropical, dermatología infecciosa, pediatría infecciosa, cirugía séptica, medicina crítica, dispensario de vías respiratorias.
- Concurrencia a los ateneos anatomoclínicos que se desarrollarán una vez a la semana, con participación activa de los alumnos.
- Seminario con presentación y discusión de casos clínicos una vez a la semana. Se asignará un seminario especial para la discusión sobre los riesgos de introducción de patologías infecciosas exóticas.
- Trabajo de terreno. La última semana de la cursada se desarrollará un trabajo de campo – en área a determinar – donde participarán - por área - entre 5 y 6 alumnos.
- La evaluación final consistirá en la presentación de una monografía que defenderá el alumno y estará relacionada con el trabajo de campo realizado. En el mismo se evaluará el diagnóstico de situación sanitaria, las tasas de prevalencia de las patologías vigentes, el diagnóstico clínico y de laboratorio, el tratamiento propuesto y la vigilancia epidemiológica del área considerada.

Considero que este método de enseñanza en el pregrado de infectología resulta suficiente para evaluar la capacitación del alumno. Le concede la posibilidad de observar de manera genérica el espectro de

padecimientos infecciosos prevalentes en el país. Porque el sentido práctico del aprendizaje, hoy día, debe apartar tanto academicismo e información bibliográfica. Hay que enseñar al alumno a observar y a interpretar – y no simplemente a ver a través de la lectura de trabajos referenciales – la historia natural de una enfermedad infecciosa en su propio medio. Hay que hacerle sentir al alumno lo que vibra bajo sus pies y no priorizar lo que le está señalando un libro o un artículo que ni fue publicado en su patria.

Inclinarse apenas porque viene de un lugar de prestigio académico no es suficiente para aprender lo que realmente es propio. De una vez por todas debemos formar un recurso humano con el genuino lenguaje del Martín Fierro!



Fig.:6.1. Profesor Dr. Egidio Mazzei (1907-1984).  
Fue un prestigioso médico clínico argentino. Profesor Titular de Clínica Médica en las Facultades De Medicina de las Universidades Nacionales de Buenos Aires y de La Plata. Lo conocí, fui su discípulo de posgrado; un erudito y ejemplar ser humano. Evocarlo siempre reconforta.

## CAPÍTULO VII

### **Consolidando mi formación académica. Frente a frente con la viruela y la lepra**

*Frase de Dante a su maestro Virgilio para que lo guiara en el difícil camino del aprendizaje: "...vamos pues que una misma voluntad nos une. Guía Tú Señor y Maestro. Así le dije y cuando eché a andar entré por el difícil y áspero camino "*  
*La Divina Comedia. Infierno. Canto II, 139-142*

Continué mi labor como médico de guardia, alternando esta tarea con la faena asistencial en el sector internación de una de las salas asignadas para la práctica docente. Ya dejaría de ser el practicante que apenas "tocaba y se iba...". Comenzaba ahora la laboriosa capacitación docente. Varias salas del hospital Muñiz eran reconocidas por el prestigio de sus médicos. Una de ellas era la Sala X, reservada además para el desarrollo de la docencia universitaria, y bien que la recordada tras haber rendido en dicha sala la extensa y difícil materia.

Pocos meses después de haberme graduado el Profesor Hernán Gonzalez decidió, entonces, probarme en la mencionada sala. Allí tendría a mi cargo cuatro camas y estaría bajo la tutela de un excelente clínico, el Dr. Raúl Brañeiro. Me trasladé entonces desde la sala XX, donde me inicié como practicante, al nuevo recinto asistencial y académico destinado a la atención de hombres y una de las más competitivas de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Fue un mes de julio de 1956.

Tengo aún presente la minuciosidad descriptiva que mostraban las historias clínicas redactadas por sus profesionales. Eran genuinas piezas de literatura médica, enriquecida por una fluida semiología y pulidas síntesis de la evolución diaria de cada enfermedad. Es que allí estaba representada la medicina francesa, reflejando su elegante

artesanía exploradora de signos y síntomas donde, sin duda, la escuela argentina estaba entre sus fieles adeptas.

En la categoría de Médico Concurrente de la Sala X del hospital Francisco Javier Muñiz inicié mi formación como médico asistencial. Fue la primera grada de mi carrera médico hospitalaria y sería en ese austero y casi temido hospital, antiguo lazareto, donde mi vida trazaría una larga parábola. Allí aprendería, sufriría y crecería como médico y como persona.

Fue en la temprana mañana de un día lunes cuando me presenté a mi colega y tutor, el Dr. Raúl Brañeiro. Era un hombre de textura mediana, con escasa y rubia cabellera, modales finos y caminar pausado. Su mirada era franca y generosa. Hablaba en voz baja. Siempre con tono respetuoso. En los años que estuve a su lado no recuerdo haber escuchado un solo grito o exabrupto que partiera de su persona. Era humilde frente a sus colegas, jamás lo vi ostentar soberbia o mostrarse irónico cuando se debatía un caso clínico de difícil diagnóstico, fuese en una revista de sala o en un ateneo clínico. Un médico y un ser humano que el tiempo le garantizaría el cálido recuerdo de sus pares.

Tras ingresar a la sala para comenzar con mi labor como médico de sector advertí que en una de las camas asignadas como mi sector estaba ocupada por un enfermo que había ingresado por guardia la noche anterior. El Dr. Brañeiro, que invariablemente llegaba a las siete y cuarto de la mañana, ya lo había interrogado. Por mi parte, mientras me disponía a elaborar la historia clínica y efectuar el examen físico del paciente, me animé a preguntarle qué orientación diagnóstica tenía. Con tono sereno y algo sonriente me dijo:

- ¿Martinito – era la primera vez que se dirigían a mí de esa forma – cómo andás con la neurología ¿Te fijaste que tiene el párpado derecho levemente caído?

Con sinceridad confieso que si él no me hubiera alertado sobre ese apenas perceptible signo yo no lo hubiese notado. Al instante me mostró su habilidad semiológica haciéndole simplemente cerrar fuertemente ambos ojos. Mientras el párpado izquierdo se arrugó el

derecho quedó lisito, como si lo hubieran “planchado”, prueba que estaba comprometida, aunque no totalmente, su función, motora.

Procedí entonces a examinar al enfermo removiendo mentalmente mis nociones de la compleja semiología del sistema nervioso, habida cuenta de que era evidente que existía, a la vista, una parálisis del párpado derecho a la cual se asociaba una visión doble y dificultad para sacar la lengua. Al parecer el síndrome apuntaba a un compromiso de varios nervios craneanos. Faltaba saber cuál era la causa de esos trastornos.

Ni bien finalicé el examen físico Raúl se acercó a la gran mesa situada en medio de la sala, utilizada por los médicos para actualizar las historias clínicas o bien para intercambiar opiniones vinculadas con distintos temas afines. En ese momento Yo estaba terminando de redactar la historia clínica.

- Bueno, qué pensás sobre el enfermo?- me preguntó

- Es un trabajador rural, por lo tanto habría que descartar una intoxicación por pesticidas. También una neurolúes o el comienzo de una esclerosis múltiple - le contesté con bastante seguridad por lo que decía. Siguió Brañeiro entibiando el fogón anamnésico retándome con la pregunta siguiente:

- En el interrogatorio no te llamó la atención ningún dato que pueda relacionarse con la enfermedad actual? – insistió

- Sí – le contesté – la semana anterior fumigó el campo de cultivo en el cual tenía sembrado trigo. La enfermedad comenzó con una leve indisposición, estado nauseoso y un despeño diarreico. Pocas horas después tuvo dolor de cabeza, sintió mareo y notó que veía doble.

Cual imperturbable inquisidor Raúl siguió insistiendo:

- Pero también hay otro dato en sus antecedentes que es preciso recordar – me apuntó con voz segura. Hace apenas dos días el paciente ingirió una conserva casera con espinacas procedente de Mendoza que le enviara un familiar ¿No te dice nada eso? – terminó diciendo.

Me quedé callado esperando ansioso que me develara aquel enigma. Sonriente y apacible Raúl, como era su costumbre, comenzó

- Tu enfermo tiene– por el momento – un probable botulismo leve. Es importante seguir la evolución de la enfermedad en las próximas horas ya que la complicación más severa es la parálisis respiratoria o, como consecuencia de una extensión lesional, una progresiva parálisis bulbo-protuberancial que lo llevaría casi con seguridad a la muerte. Por eso es muy importante, cuando nos retiremos del hospital, pasar por la guardia de urgencia e informar al médico interno sobre este caso para que durante el resto del día, y hasta mañana siguiente, observe periódicamente la evolución del paciente.

- Fue entonces cuando me ofrecí para controlar al enfermo personalmente y de ser necesario, dado que vivía cerca del hospital, con la frecuencia que él me indicase. El Dr. Brañeiro me miró sonriente, apoyó la mano sobre mi hombro y me dijo:

- Qué te parece si lo estudiamos bien, lo presentamos en el ateneo del hospital y después lo publicamos? Y mirándome, con inoculable simpatía y entusiasmo me dijo :
- Afílate bien en la semiología nerviosa! ...y con un guiño de picardía dio media vuelta y, lentamente, salió de la sala

Por tratarse de una intoxicación alimentaria considerada leve el paciente evolucionó sin complicaciones, fue dado de alta y durante algunas semanas apenas le quedó como secuela una leve dificultad para elevar el párpado afectado. Dada la infrecuencia de presentación de la intoxicación botulínica hasta ese momento, el caso fue bien documentado y posteriormente publicado en los anales de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

Fue el primer caso de intoxicación botulínica en mi carrera médica. Lo estudié y actualicé en profundidad tomando como referencia una bibliografía nacional, procedente de Mendoza, donde el botulismo era bien conocido gracias a los trabajos del Profesor Salomón Miyara quien describió entre 1922 y 1937 seis focos de esta grave toxo-infección alimentaria con 31 casos y una letalidad del 85% (1). Pocos años después personalmente elegiría a esta enfermedad como tema de mi tesis de doctorado en medicina (2).

Tal como lo referí, mi trabajo en la sala X se alternaba con una guardia semanal. Mi jefe y médico médico interno era nada menos que el severo y disciplinado Profesor José María Leston. Esta actividad me permitía conocer a enfermos ingresados en otros sectores del hospital, fuesen tuberculosis pulmonares o afectados por procesos infecciosos agudos. Sobre todo me interesaba seguir la evolución de aquellos internados en las salas 1, 2 y 3, reservadas para casos graves o en estado crítico. Además, me permitía tener acceso a las salas 18 y 19 destinadas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades eruptivas y, finalmente, el muy concurrido y prestigioso consultorio externo de dermatosifilografía donde convergían la vasta patología por transmisión sexual, la lepra – manejada por los distinguidos leprólogos Profesores Estéban Cardama y Juan Carlos Gatti – y otras dermatosis agudas y crónicas que exigían un entrenado ojo clínico para poder diferenciarlas.

Este deambular médico por casi todas las salas de mayor movimiento del hospital me permitió enriquecer mis conocimientos, alternar con otros colegas del hospital y, además, conocer otras opiniones vinculadas con el manejo de las patologías infectocontagiosas. Con el correr del tiempo tal conducta me brindó sus frutos ya que me permitió conocer otras formas de presentación de una enfermedad infecciosa. Puntualmente me preocupé por mantener un diálogo más estrecho con el jefe del área de enfermedades eruptivas, el Profesor Dr. Mauro de la Paolera, a quién se lo consideraba un brillante clínico pero más aún un avezado dermatólogo. Seguía fielmente la escuela francesa, conducta que avalaba su sólida formación doctrinaria. Cuando describía un paciente afectado por una eruptiva de la infancia, por ejemplo una varicela – erróneamente denominada “viruela boba” – (3) solía calcular los días de enfermedad a través de la edad de las lesiones elementales existentes en la piel (máculas, pápulas, vesículas y costras), Luego remataba su discurso semiológico agregando el número probable de brotes que faltarían todavía por aparecer para que se completara la historia natural de la enfermedad. Por las características de la erupción también vislumbraba la

posibilidad de una complicación. Debido a que cada brote aparecía con una frecuencia entre 12 a 36 horas, la varicela representaba una “escalinata eruptiva” donde el observador aplicado podía comprobar en un sector limitado de la piel - preferentemente en el tórax y abdomen sitio con mayor número de lesiones elementales - pápulas jovencitas, pertenecientes al último brote + vesículas correspondientes al brote penúltimo + pústulas del antepenúltimo + costras de la primera y más antigua erupción. Las costras testimoniaban así el comienzo de la erupción de la varicela pero no el comienzo de la enfermedad, iniciada seguramente 48 a 72 h previas a la erupción cutánea. La varicela clásica representa así una clásica enfermedad eruptiva escalonada por la sucesión de brotes temporales.

Tengo muy presente el caso de una niña de 10 años internada en su sala, debido a una varicela de evolución atípica con presencia de apenas algunas vesículas que se llenaron de secreción sero-sanguinolenta, su orina comenzó a teñirse con sangre y en el extendido de sangre periférica se comprobó la ausencia casi total de las plaquetas! El virus de la varicela había actuado sobre la médula ósea obstaculizando la producción de megacariocitos, es decir las células precursoras de las plaquetas sanguíneas. Recuerdo que el día anterior el Dr. de la Paolera me había pedido que esa misma tarde me acercara a su sala - ese día yo estaba guardia - y controlara a la enfermita porque temía una complicación. Así sucedió.

Don Mauro de la Paolera era un consumado artesano de la medicina. Siempre llevaba consigo el estetoscopio, una pañoleta para auscultar el tórax, la lupa para observar las lesiones de la piel, una aguja para estudiar la sensibilidad en aquellas manchas sospechosas de lepra, y el martillo para tomar los reflejos. Bien pertrechado como lo sería un clínico francés. Creo que se consideraba como tal porque a estos “utensillos semiológicos” le añadía un solemne gorro blanco que ceñía sobre su lampiña calota (4) haciendo más imponente su postura académica.

Siempre que podía visitaba las salas de este prestigioso médico. Porque no creo que hubiera en el hospital un profesional tan astuto

como él y que le ganara la delantera en la lectura semiológica e interpretación de la piel enferma. Con el tiempo noté que su simpatía hacia mí se iba acentuando a punto tal que durante varios años, hasta su retiro, acostumbraba a invitarme a discutir casos clínicos pertenecientes a su servicio o provenientes de su clientela particular. A decir verdad aprendí mucho a su lado pero insisto, sobre todo, a leer la piel de un enfermo infeccioso, utilizando esa refinada destreza semiológica que, además, su generosidad supo transmitirme. Me atrevo a decir que Don Mauro me enseñó la letra chiquita. Fue así como, frente a mi primera experiencia con un enfermo de viruela aprendí a diferenciar la vesícula de una varicela de la pústula “engastada” de un caso de alastrim, también conocida como viruela menor.

Una mañana calurosa del mes de noviembre del año 1959, mientras examinábamos a un paciente ingresado por guardia procedente del norte del país, con la duda diagnóstica de que se tratara de una viruela, Don Mauro se sentó al costado de la cama del muchacho enfermo, un joven peón rural del Parque Nacional del Río Pilcomayo perteneciente a la Reserva Nacional de la provincia de Formosa. Mientras lo examinaba con el profundo láser de su mirada, levantó la vista por encima de sus lentes y dejando escapar su acostumbrada mueca irónica y sobradora, típico en él cuando se enfrentaba con un caso difícil, me dijo:

- Sólo este hospital le puede brindar el lujo de ver cosas que difícilmente verá en otros lados. Mire, mire bien. Póngase un guante y después cierre los ojos y toque suavemente esta lesión. Memorícela Martino, memorícela bien... porque esto es un alastrim, incorrectamente llamada por muchos como viruela benigna(5)

Y ahí no más, con la imperdible prosa de su versada semiología, comenzó a orientar mi razonamiento médico.

- Observe - comenzó diciéndome - que la erupción desde los pies hacia la cabeza es muy pareja... quiero decir que estamos frente a un solo brote - o quizás dos - de lesiones. Significa - continuó - que todas evolucionan de la misma forma pues tienen la misma edad evolutiva. Porque el alastrim, mi estimado Martino, a dife-

rencia de la varicela, produce habitualmente uno - o dos brotes - mientras que la varicela evoluciona en varios brotes sucesivos - a veces hasta cinco y seis - , motivo por el cual en ésta, en cualquier sector de la piel alternarán costras del primer brote, vesículas del siguiente, pápulas del tercero y pequeñas máculas del último brote. Aparece así un dibujo polimorfo. Justamente, la varicela, muestra un polimorfismo local y general”. Todo lo contrario acontece con el alastrim: existe claro monomorfismo - casi igual edad evolutiva - en un sector de la piel como en el resto de la misma.

- Ahora, Martino, cierre los ojos y memorice con la yema de su dedo índice la consistencia de un elemento variceloso de otro varioloso. La vesícula de la varicela se rompe fácilmente bajo el tacto, leve presión o fricción. No sucede lo mismo con la pústula del alastrim donde el elemento lesional está engastado - profundizado - en la dermis de la piel. Por eso al palparlo impresiona como más consistente.

Así, entre sudor, trabajo y vivencias fue transcurriendo aquella intensa época de mi noviciado médico. Una anécdota muy aleccionadora viene al momento a mi memoria. Una día jueves, luego de finalizar mi acostumbrada guardia pasé por su sala para comentarle sobre otros dos pacientes que interné en su servicio y que habían ingresado la tarde anterior. Lo encontré en su despacho tomando su acostumbrado desayuno, un café con leche con tostadas. Nos saludamos. Me invitó a sentarme y a compartirlo, actitud inesperada pero que me impresionó por lo grata. Pudorosamente acepté un té que la mucama de su servicio me trajo minutos después.

- Estuve examinando a los enfermos que Usted internó ayer- me dijo:
- Mientras hablaba iba sumergiendo una tostada en el concentrado café con leche, hábito que apenas conocían quienes tenían acceso a su despacho.
- Sí Doctor. Un paciente con un posible sarampión y el otro con una clásica varicela. Tengo dudas con el primero, sobre todo por las características un tanto particulares de su exantema - le respondí

- Alguna vez Martino tuvo oportunidad de ver un fino papel de lija con ojos? - me preguntó, mientras seguía disfrutando su cargado café con leche.
- No, respondí sonriente aunque perplejo porque no me daba cuenta adonde quería llegar
- Bueno, déjeme terminar el café y me acompaña a la sala para que le muestre dos o tres cositas que le van a gustar – me dijo sonriente mientras me miraba por encima de sus recortados lentes y por su boca se le escurría un trozo de tostada remojada .

Observarlo en esa hilarante actitud, mientras cada bocanada bailaba rítmicamente con su floja prótesis dentaria, era digna de todo respeto ya que frente a mí se insinuaba la figura simple de un hombre talentoso. Así era Don Mauro.

Ingresamos a la sala. Nos dirigimos a la cama del paciente. Casualmente en ese instante se encontraba un médico perteneciente a su “staff” profesional. Profesor adjunto él y muy mentado en los corrillos universitarios por su reconocida capacidad para “triturar” a los alumnos en el examen final. Me llamó la atención que apenas se saludaron e intercambiaron algunas palabras. Ni bien el Dr. de la Polera se inclinó sobre el enfermo para iniciar su explicación, el colega en cuestión se alejó rápidamente. Lo miró como se alejaba, meneó la cabeza y dirigiéndose a mí empezó su exposición:

- Mire primero la facies - me dijo - y fíjese cómo resulta llamativo el contraste que existe entre la región que rodea los labios y el resto de la cara. Ese sector circular, como si estuviera ajeno a la enfermedad, es clásico que aparezca en la escarlatina y se lo conoce como signo de Filatov (5.1.) Hasta parece un “clown” mal maquillado! ...y continuó diciendo:
- pero donde Usted Martino no puede perder el rastro sobre el origen de esta enfermedad es cuando pasa suavemente las yemas de sus dedos por sobre la piel roja del paciente. Allí queda grabado casi todo el diagnóstico. La piel de la escarlatina simula un papel de lija “ triple cero ”, es decir de grano finísimo pero no por

ello deja de ser áspero al tacto. Pero todavía hay más – continuó Don Mauro entusiasmado – mire los pliegues de ambos codos atravesados por líneas rojizas que no desaparecen a la presión de los dedos. Esas sufusiones lineales fueron descritas por Pastia. Finalmente remató :

- Pero cuidado mi aplicado colega, cuando la enfermedad parece apagarse y el chiquito empieza a disfrutar sus juguetes, de pronto aparecen las complicaciones. Dos de las cuales Usted no debe olvidar: el reumatismo escarlatinoso y el impacto del implacable estreptococo sobre el riñón, originando la tan preocupante glomerulonefritis aguda.

Aquella demostración práctica representó para mi otra clase magistral, un precioso ejercicio de lectura de una piel enferma a la cual sólo podía darle vida ese bajito y regordete hombre de gorro blanco y quevedos montados sobre su husmeadora nariz, astuta rastreadora de males físicos : ¡Don Mauro de la Paolera!

Mientras me desempeñaba como médico de planta, y además como Practicante Menor Médico en la guardia de urgencias del hospital Muñiz, recibí una propuesta, por cierto inesperada, del Dr. Jorge Pilheu. Se había producido una vacante de médico en el Sanatorio “Baldomero Sommer”, dedicado al tratamiento de los enfermos leprosos muchos de los cuales quedaban por largos períodos confinados en dicha institución por ser grandes eliminadores de bacilos de Hansen - a partir de sus secreciones nasales - y, por lo tanto, muy contagiosos. La propuesta me sorprendió ya que mi experiencia en dermatología, y más aún en el complicado manejo del enfermo leproso, era escasa y apenas producto de mis visitas a las salas del Dr. De La Paolera o a los Consultorios Externos de Dermatología.

Luego de la formal proposición le pregunté al Dr. Pilheu cuál había sido la razón por la cual me había elegido como candidato. Fue ésta su explicación:

- Martino, hace falta un infectólogo para manejar adecuadamente las severas complicaciones sépticas, infecciones sobre agregadas que padecen los enfermos leprosos, razón por la cual pensé en

Usted a quien conozco bien por haber sido mi practicante y, además, doy fe de su seriedad en la práctica médica y su preparación en materia infectológica

Tres semanas después me presenté al Director del leproscopio, Dr. Ricardo Omar Manzi, distinguido leproscopista y dermatólogo, muy apreciado en el prestigioso ámbito leproscopista nacional. Fue quien me hizo conocer al que sería mi jefe de guardia, el Dr. Adolfo Demóstenes Meliman, a la sazón médico neurólogo y psiquiatra. Un corpulento morocho que solía mirar con ojos medio achinados por detrás de sus pesados catalejos. Es que Adolfo – como lo empecé a llamar desde que nos conocimos – era descendiente de la etnia patagónica. De ahí su robustez y andar pausado como para darle tiempo a sus zancudos pies para abrirse paso evocando quizás su prosapia aborigen. Su piel era de color mate y casi lampiña, la mirada inquisidora y por momentos hasta desconfiada. Sin quererlo había conocido a un atrayente ser humano, quién a partir de entonces sería mi colega en la nueva labor frente al intrincado enfermo hanseniano y, con el tiempo, un dilecto amigo.

El Dr. Adolfo Melimán atraía por su indiscutible talento y vasta cultura. Pronto comprendí la razón de su necesidad en proclamarla. Estaba claro: Adolfo era, además, pastor protestante y esgrimía la astucia propia de un indígena para practicar su doctrina religiosa.

Comencé entonces mi tarea como infectólogo en aquella importante colonia de pacientes hansenianos, compartiendo con él la labor médica un día a la semana. También así comenzaría a crecer un enriquecedor diálogo que abarcaría temas de los más diversos. Por supuesto que Adolfo sabía encontrar un pequeño resquicio para mandarse su aviso pastoral que, en verdad, lo hacía siempre sin desentonar la temática sobre la cual estábamos departiendo. Era sin duda un pastor nato.

Es de imaginar que el desafío fue grande para mí ya que me asignaron un pabellón con dos salas para internados con el “mal” (6) quienes, en su mayoría, se hallaban bastante deteriorados. En la década del '60 los tratamientos efectuados a base de sulfonas eran lar-

gos, las recaídas frecuentes y las complicaciones severas. Una de ellas, quizás la más espectacular por su apariencia clínica, era el temido brote leproso – o brote reaccional –, también denominado “eritema nudoso” hanseniense. Luego de haberlo observado y estudiado tantas veces a lo largo de mi vida como infectólogo, dicho episodio logró dejar en mi retina la penosa impresión de enfrentarme con un paciente deflagrado, quien de pronto volaba en fiebre mientras su piel se llenaba de bultos – nódulos – rojizos, dolorosos, los cuales en pocos días comenzaban a macerarse, mostrando el penoso espectáculo de una persona hinchada y surcada por llagas – verdaderos cráteres dolientes – cubriendo su superficie corporal y afectando también la boca, ojos, nervios periféricos – con dolores lacerantes – y, además, “quemándose por dentro” (7) con grave afectación del hígado, riñones, cápsulas suprarrenales y órganos genitales. Era ver a una figura humana achicharrándose debido a la violenta inflamación que sufría su organismo como consecuencia de la masiva destrucción de bacilos leproso – *Mycobacterium leprae* – debido, la mayoría de las veces, a la acción del medicamento específico.

Para nosotros los infectólogos cada brote leproso era siempre inquietante porque afectaba severamente la función renal y a la vez deterioraba substancialmente las defensas orgánicas, predisponiendo a infecciones oportunistas que habitualmente epilogaban en cuadros septicémicos. En mi experiencia cada brote empujaba, poco a poco, al paciente a la tumba.

En resguardo de mi responsabilidad médica, a medida que me iba fogueando con esta desafiante enfermedad, me daba cuenta sobre la indudable importancia que revestía reconocer a tiempo el inicio de la lepra pero, inadvertidamente, a partir de un despistado brote leproso el cual simulaba, apenas, una enfermedad febril de origen desconocido. A propósito, referiré el difícil caso que me tocó asistir en nuestro consultorio externo de patología regional – sala IX del hospital Muñiz – allá por la década del ‘80. Se trataba de un muchacho de aproximadamente 18 años que venía derivado de un hospital regional de la provincia de Formosa con diagnóstico presuntivo

de fiebre tifoidea. Visto por otros colegas de este hospital se dudó de este diagnóstico y se pensó en una enfermedad de sistema, más precisamente en un reumatismo infeccioso o bien en un lupus eritematoso sistémico. Hubo lógica en pensar así ya que el muchacho presentaba, además de la fiebre, decaimiento, falta de apetito, dolores articulares y ciertas manchas de color rojizo, que asentaban en las piernas – simulando un eritema nudoso – y se repetían en ambos pómulos. Pero había más cosas que parecían confundir la orientación diagnóstica. Además de los hallazgos referidos, pude comprobar que el muchacho tenía los pabellones auriculares rubicundos y ligeramente infiltrados. También tenía el bazo agrandado y estaba lleno de ganglios palpables y sensibles al tacto. Sin duda un caso complejo que ameritaba conjeturar variados diagnósticos diferenciales. Por mi parte sentía una especie de deuda con mis ansiosos colegas del norte al no encontrar respuesta frente inmediata a una enfermedad que ya llevaba más un mes de evolución.

Luego de examinarlo y de volverle a palpar esos ganglios tan evidentes y sensibles a la simple palpación, había algo que me empujaba a relacionarlos con la cara “encendida” y los nódulos amarotados de ambas piernas. También con la provincia de residencia del enfermo. Pedí entonces una jeringa pequeña - para tuberculina - y una aguja pequeña. Procedí entonces a punzar un ganglio de la ingle para sacar una gotita del jugo ganglionar. Obtenida la pequeña muestra la fijé con el calor del mechero sobre un portaobjeto y la envié al laboratorio de bacteriología con la precisa indicación de que colorearan el material con el método de Ziehl Neelsen para bacilos ácido alcohol resistentes, similares a los bacilos tuberculosos. Pero no lo hice bajo la sospecha de una tuberculosis. Sí, en cambio, me inclinaba a pensar que estaba frente al inicio de una lepra lepromatosa debutando insólitamente con una reacción leprosa!

Horas después el laboratorio informó que en la muestra enviada existían bacilos ácido alcohol resistentes. Sin duda esos bacilos no podían ser otros que bacilos leproso. Un caso difícil que pudo ser

diagnosticado con ese simple método diagnóstico y que permitió la pronta orientación terapéutica.

El muchacho regresó a su provincia muy contento porque además de estar esperanzado en curarse, le aseguramos que no sería necesario internarse en nuestra sala. El tratamiento lo cumpliría en forma ambulatoria en su hogar de Formosa, lo cual le permitiría seguir ayudando a su padre en la estación de servicio de expendio de combustible y también restaurante. Además, con la certeza de sentirse protegido por el afecto familiar. Bastaba solo con vigilar sanitariamente al resto de los conviventes, familiares y personas allegadas al paciente.

Un año más tarde, invitado reiteradamente por la familia agradecida, viajé a esa provincia y confieso que me emocioné mucho cuando al verme dejó una de las mangueras del surtidor de nafta y corrió a mi encuentro para darme un abrazo. Estaba muy recuperado y también muy feliz porque yo visitaba su hogar. Allí felizmente no percibí, en ninguno de sus miembros, estigmas sospechosos del mal.

Era sabido que en la forma clínica de la lepra denominada “polar L” - o lepromatosa - la evolución natural de la misma, asociada a la aparición de frecuentes brotes reaccionales, deja graves secuelas que, a través del tiempo, van configurando un ser humano profundamente deteriorado con incapacidades y hasta mutilaciones que bien ameritan haberla considerado, desde el lejano medioevo, como un castigo divino. En mis años de ejercicio de la especialidad tuve oportunidad de observar la triste figura de enfermos marcados por tamaña desventura. Basta con observar sujetos con la piel de la cara arrugada y seca como hojas de otoño, como si estuviéramos frente a ancianos prematuros. Sin pelo, ni vello en las cejas y pestañas. Con habituales opacidades en los ojos que dificultan gravemente la visión hasta transformarlos en personas no videntes. La nariz achatada debido a la destrucción de los huesos del macizo nasal. Con orejas atróficas, alargadas y deformadas por la constante presencia de lepromas (8) auriculares. El resto de la piel seca, atrófica, surcada por

cicatrices, sin vello axilar ni pubiano. Criaturas parecidas a un suelo yermo e inanimado. ..marchitas hojas de otoño!

Peor aún es asistir a deformaciones o mutilaciones, producto del grave compromiso nervioso a que lleva esta penosa y prolongada enfermedad. En áreas endémicas o en los leprosarios es frecuente descubrir enfermos arrastrando ambos pies envueltos en harapos saniosos debido a perforaciones en la planta de los pies, la clásica úlcera denominada “mal perforante plantar” y que equivale a decir que el pie está sin sensibilidad, o poco menos que muerto, por la destrucción de los nervios y los vasos sanguíneos que nutren los filetes nerviosos de dicho segmento corporal. Agregó que el mal perforante plantar debe esperarse en dos enfermedades: la lepra y la diabetes de evolución prolongada y complicadas.

Pero la lepra también asesta su golpe en el aparato reproductor donde sabemos que cada brote de reacción leprosa vulnera a ambos testículos llevándolo finalmente a la atrofia. Esto explicaría en parte la presencia de ginecomastia – hipertrofia del tejido mamario - en enfermos de larga evolución.

Con el Dr. Melimán, durante la jornada de labor en el Sanatorio “Baldomero Sommer”, solíamos recorrer los distintos pabellones y los denominados “hogares” para enfermos hansenianos destinados a alojar familias enteras que padecían la enfermedad. Un día, como otros tantos de recorrida por el sanatorio, llegamos a uno de los mencionados hogares habitados por un hombre ya entrado en años, a quien llamábamos el “abuelo de la enfermedad”. Las visitas siempre se caracterizaban por ser cordiales y distendidas como ignorando, a sabiendas, el drama que se refugiaba en cada cuerpo desfigurado por graves incapacidades.

Luego de saludar el abuelo y al resto de los conviventes – esposa y una hija - nos invitaron a entrar a la vivienda, un pequeño chalecito sembrado de macetitas con irisadas alegrías del hogar...alegres por cierto porque era menester disipar aquella maldición bíblica.

- Cómo anda mi amigo – preguntó el Dr. Meliman con su habitual y reconfortante gesto paternal

- Aquí vamos mi doctor – contestó el anciano extendiéndole la mano que casi fue al vacío por culpa de dos nubes blanquecinas que le cubrían ambos ojos – producto de varios episodios de brotes leprosos -.Y pobre continuó diciendo:

- ...y ya cansado de vivir como preso en esta colonia donde a uno lo castigan por tener parte del cuerpo arruinado.

Confieso que aquellas palabras me atizaron fuerte. El hombre hacía ya años que estaba internado en ese sanatorio como consecuencia de una forma avanzada del mal (9). Era un paciente oriundo del interior, su condición social humilde y altamente susceptible a la forma lepromatosa y contagiante de la lepra.

Si bien había ya presenciado en el hospital Muñiz enfermos de este tipo y además estaba acostumbrado a enfrentarme con distintas formas evolutivas de hanseniasis; así mismo incapacidades y hasta groseras deformaciones, era la primera vez que mis ojos asistían a una dantesca escena que, con solo verla una vez, difícil me sería olvidarla. Paso a referirla. Mientras el Dr. Meliman se interiorizaba sobre la marcha del tratamiento y la tolerancia al mismo que iban experimentando la esposa e hija, el anciano de pronto lo interrumpió preocupado porque notó que su pie derecho, donde tenía asiento una úlcera antigua y bastante profunda – el clásico mal perforante plantar -, se le había hinchado bastante y le dificultaba calzarse. Efectivamente el pie y parte de la pierna estaban tumefactos y la zapatilla comprimía fuertemente el miembro afectado. Además, con Adolfo, percibimos que toda esa pierna estaba caliente. Sin embargo, el resignado paciente no manifestaba dolor alguno. Al momento pensé que probablemente no acusaba dolor porque es sabido que los lepromas destruyen los filetes nerviosos alojados en su intimidad, de forma tal que la piel así comprometida es insensible, pierde pelo y no suda!

Con dificultad el anciano alcanzó a quitarse la gastada zapatilla y de pronto, con una expresión irónica de asombro, exclamó:

- Doctor parece que me han robado el dedo gordo!

Efectivamente al quitarse el calzado quedaba a la vista un pie suculento con la perforación en su planta y la ausencia total de ese

segmento, que alguna vez se me ocurrió llamarlo “el gordo de la planta baja”. Con serena impavidez el hombre sacudió la zapatilla – como buscando un objeto perdido y enseguida cayó al suelo el dedo inerme. Entonces entre jocoso y resignado alcanzó a decir:

- Fíjese Doctor las bromas que nos hace el cuerpo. Yo creía que solo se caían los dientes de leche... Mire Usted, ahora se me cayó la otra punta de la osamenta!

Mi vida en el leprosario fue rica en experiencias. A través de la disciplina dermo leproológica tuve oportunidad de profundizar en los grandes temas de la dermatología convencional. Además, intervine en emergencias médicas poco observadas en la práctica médica cotidiana. Por ejemplo, la dramática y temible hemorragia del segmento posterior del tabique nasal que tuve ocasión de asistir en el sanatorio “Baldomero Sommer”. Esta complicación es difícil de controlar si no se conoce bien la anatomía topográfica de la región. La secuencia que explicaría la aparición brusca de la hemorragia nasal – llamada también “rinorragia” – sería la siguiente: el bacilo leproso lesiona filetes nerviosos y vasos sanguíneos nutricios del tabique nasal. En consecuencia la mucosa de esta estructura pierde vitalidad, se deseca, luego se erosiona y finalmente se necrosa. En su paso destructivo se lleva por delante los vasos sanguíneos que nutren a dicho tabique dando por fin una inesperada y brusca hemorragia de la pared posterior de dicha estructura anatómica.

Debería quizás suprimir la palabra inesperada pues esta emergencia médica resulta impredecible para quienes no saben que la grave epistaxis leprosa surge con frecuencia – entonces debe esperarse - durante una reacción leprosa dejando como saldo el grave compromiso de diferentes órganos. Uno de ellos es el frágil tabique nasal.

Mientras me desempeñé como infectólogo en aquel establecimiento me llamó la atención, sin encontrar explicación valedera, que esta emergencia surgía en horas de la noche, para ser más preciso en horas de la madrugada.

Durante mi pasantía por el sanatorio “Baldomero Sommer” aprendí a valorar la personalidad de estos enfermos. Es fácil deducir

que en los ya lejanos años en que me tocó enfrentar la historia natural de la lepra, había argumentos suficientes para justificar importantes desajustes psicológicos que sobrellevaban estos individuos. Los largos y hasta definitivos confinamientos en establecimientos que semejaban espectros carcelarios donde ciertos pacientes - rebeldes y altamente bacilíferos - solían escaparse por no tolerar largos encierros; las incapacidades y mutilaciones propias de las graves complicaciones y el deficiente nivel socio económico y cultural que convivían con esta enfermedad, bastaban para explicar la emergencia de los mencionados desequilibrios psíquicos.

En los casi dos años en que me desempeñé como infectólogo en aquella institución, reparé que los enfermos con grave discapacidad órgano-funcional eran por lo general indóciles y hasta agresivos, esgrimiendo el daño que llevaban a cuestras como argumento para sus destemplanzas e injustificadas reclamaciones.

Un interesante estudio realizado por el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri y el Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro de Cuba a partir de un grupo de 50 enfermos - varones y mujeres - con lepra, donde se evaluaron las manifestaciones psíquicas en relación con el grado de “distorsión de la imagen corporal”, pudieron comprobarse alteraciones psiquiátricas que variaban desde una depresión simple hasta cuadros de severa hipocondría, aledañas a formas psicóticas de comportamiento (10).

Tal como lo expresé, desde muy joven comencé a incorporar la invaluable experiencia que me fue dejando esta milenaria, compleja y aún no totalmente aclarada enfermedad dermato-neuro-incapacitante. Quizás una de las más antiguas soportada por la humanidad, cuyas primeras descripciones se remontan a cerca de 1500 años aC. Considerada en las escrituras hebreo arameas como un castigo divino y testimoniado con este axioma concluyente: “*En caso de que un hombre llegue a tener en la piel una erupción, una costra o una roncha, y esta alcance hasta su carne, tiene que ser llevado hasta el sacerdote porque puede ser la plaga de lepra...*”. Significaba decir que el sacerdote que oficiaba de médico, pero no para curar, debía comprobar la existen-

cia del mal y aplicar la ley de Dios, momento en que la persona era declarada “inmunda e impura” debiendo abandonar la comunidad para no contagiar sus impurezas” (11)

Los hebreos consideraban a la enfermedad contagiosa, hereditaria y deshonrosa la cual, a través de la desfiguración física y el espanto que provocaba, sumía al pecador en un magma de “*debilitamiento, vergüenza y despilfarro*” (12) Fueron necesarios más de tres milenios para que la doctrina del levítico, en sus capítulos décimo tercero y décimo cuarto de las sagradas escrituras inspiradas por Dios en Moisés, se derrumbara a partir del descubrimiento del agente causal de la lepra por el investigador noruego Gerhard Armauer Hansen en el año 1876. Una vez más los dogmas de fe no alcanzaron para frenar la luminosa avalancha del conocimiento humano!

### Notas y citas bibliográficas:

- 1- Miyara, Salomón: IX Reunión Soc. Arg. Pat. Reg., 776, 2º tomo, Buenos Aires, 1937.  
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v.16 n 9 p851>
- 2- Martino Olindo. “*Botulismo*” Tesis de Doctorado en Medicina. Facultad de Medicina. UBA. Año 1962
- 3- “viruela boba”, término por el cual aún se identifica equivocadamente a la varicela. El vocablo surgió a partir de la observación de mujeres que ordeñaban vacas y se contagiaban de la viruela de las ubres de las vacas. El contacto diario con animales enfermos producía la enfermedad en sus manos pero con poca repercusión en su estado general. Quedaban así inmunizadas y sin secuelas. Misteriosamente, no contraían la gravísima viruela humana. El 14 de mayo de 1796 sería una fecha memorable en la historia de la medicina. El médico inglés Edward Jenner hizo la primera inoculación contra la viruela a James Phipps, un niño de ocho años de edad, utilizando como inóculo la secreción recogida a partir de una “pústula vacuna” - sinónimo de viruela de la vaca – extraída de la mano de una lechera que se había infectado

mientras cumplía la tarea de ordeño. Dos semanas después se atrevió a inocular la secreción de una pústula pero proveniente de un enfermo con viruela “vera”. El niño no contrajo la enfermedad. Tiempo después Jenner hizo lo mismo con su hija con igual éxito.

- 4- El la **década del** ‘50 y ‘60 todavía se observaba a respetables clínicos ostentar el clásico gorro blanco durante la tarea hospitalaria. Alcancé a vérselos, además del Dr. de la Paolera, al Profesor Francisco Inda, al Profesor Flavio Niño, parasitólogo de la **Cátedra de** Parasitología de la Facultad de Medicina de la UBA, y en una **ocasión al** Profesor Raúl Vaccarezza. Acaso representaba una reminiscencia muy arraigada en la medicina europea de principios del siglo XX.
- 5- A medida que los años iban “amasándome” en el duro fogueo de la infectología, adquirí la prudencia de no rubricar como benigna a una enfermedad infecciosa, cualquiera fuese su origen. Simplemente porque cualquier enfermedad infecciosas podía adoptar una evolución desfavorable. Esta conducta prudente la considero justificada porque para montar un pronóstico deben considerarse factores tales como: susceptibilidad individual, factores predisponentes, inóculo infectivo, capacidad de la respuesta inmune del sujeto, demora diagnóstica, resistencia a los agentes terapéuticos, etc. Variables que dependen obviamente del sujeto y de la virulencia del agente infeccioso. En consecuencia es aconsejable evaluar cada caso en forma independiente. Lo menciono aquí a propósito del alastrim – viruela minor – ya que algunos autores califican a esta enfermedad eruptiva del nuevo mundo como benigna. Al respecto doy fe de haber asistido casos graves en hospitales de Brasil, mientras cumplía mi residencia y mi formación de posgrado en medicina tropical. El alastrim siempre se ha mostrado como una viruela de evolución favorable y con baja tasa de letalidad. Pero desde el momento en que se han registrado muertes no autoriza a denominarla una enfermedad benigna. Lo correcto es rotular a la forma “ minor ” de viruela como viruela de baja letalidad.

La viruela se declaró erradicada en el año 1979, gracias a una intensiva y prolongada campaña ecuménica de vacunación.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/var%C3%ADola>

<http://es.thefreedictionary.com/alastrim> > alastrim < /a >

5.1. La Fig.:7.4. pertenece al archivo iconográfico de mis colegas brasileños consignada en: [www.pediatriaemfoco.blogspot.com.ar](http://www.pediatriaemfoco.blogspot.com.ar)

- 6- Enfatizo la palabra “mal” porque era costumbre en el ambiente leproológico evitar en lo posible señalar a un paciente con la palabra leproso, pues involucraba una tácita marginación social y el rechazo para evitar un contagio. En consecuencia, frente a un paciente, familiares o en el transcurso de seminarios o reuniones científicas había consenso en reemplazar a la palabra lepra por el “mal” o, simplemente, por la “enfermedad”.
- 7- Apelo a esta figura literaria porque el brote leproso, consecuencia de una destrucción masiva de bacilos leproso, produce una reacción inmunológica en todo el organismo con liberación masiva de mediadores químicos pro inflamatorios. La inflamación de todos los órganos de la economía se expresa por grave sufrimiento del hígado, riñones – llevándolos poco a poco a la insuficiencia renal -, glándulas sexuales, glándula suprarrenal, etc. En su conjunto el proceso impresiona como si el enfermo quedara envuelto en un “brasa”. Lo importante en reconocer este episodio reaccional era que, cada brote leproso, hacía peligrar la vida del sujeto como consecuencia de las graves complicaciones a las que estaba expuesto. En verdad tan graves que, desde que las empecé a reconocer y a tratar como infectólogo, la experiencia me situaba frente a un paciente que, tras cada “incendio leproso”, iba hundiéndose un poco más en el profundo pozo de Allan Poe! , evocando su escalofriante novela “El péndulo y el pozo” y comparo la cuchilla del péndulo con la reacción leprosa y el pozo con la fosa de la muerte donde podía caer la víctima si era atravesada por su filosa arista.
- 8- Los lepromas son tubérculos de mediana consistencia. En el macizo facial suelen concentrarse sobre las cejas, pabellones

auriculares, alas de la nariz, labio superior y barbilla. Cuando invaden toda la cara configuran la denominada “facies leonina”. Los lepromas representan nidos con **células repletas de bacilos leproso**s. El simple escarificado de los lóbulos de las orejas - o de la mucosa nasal - y posterior tinción del material extraído por el método de Ziehl Neelsen, permite certificar el diagnóstico

- 9- Existen dos formas polares principales de lepra: la lepra tuberculoide que produce lesiones circunscriptas con reacción de Mitsuda positiva, y la forma lepromatosa con grandes nódulos (lepromas), asociada a Mitsuda negativa y complicaciones con severas discapacidades orgánicas. Entre ambos extremos de la enfermedad existen otras formas intermedias, **“dimorfas” que representan variantes evolutivas a “medio camino”**, por ejemplo la dimorfa borderline tuberculoide y la dimorfa borderline lepromatosa. Ambas se diferencian por la manera como se presenta el padecimiento cutáneo, además de la cantidad de bacilos encontrados en las muestras histológicas. La forma lepromatosa siempre es la más grave, la más desprotegida –por caída total de la inmunidad celular - y susceptible de graves complicaciones y el penoso tributo de sus secuelas

WHO (1995) Discapacitaciones por Lepra: magnitud del problema. *Weekly Epidemiological Record* 70 (38): pp.269-275

- 10- Vivianne de Rojas, Rafael Avisá, María E. Rodríguez, Mercedes García. *“Estudio de las características psíquicas de 50 enfermos de lepra y su relación con las otras dermatosis crónicas”*. **Revista Cubana de Psicología .v.9 (Nº1).La Habana 1992**
- 11- El énfasis de la lepra en el Antiguo Testamento se halla en que es una enfermedad visible, que separa de Dios (del templo), de la sociedad (el leproso debía clamar: ¡inmundo, inmundo! y morar “fuera de la ciudad o del campamento”) y de la familia. Además, la lepra contamina, señala, aísla y estigmatiza, ya que cualquiera que toque a un leproso es contaminado y por tanto queda inmundo.
- [www.misioncontralalepra.es/lepra-una-maldicion-biblica/](http://www.misioncontralalepra.es/lepra-una-maldicion-biblica/)

12- *La lepra: un castigo divino?*. Jorge Hernandez. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 07-08-2005

13- [www.ligasmayores.bcn.cl/content/user/31628](http://www.ligasmayores.bcn.cl/content/user/31628)

Fig.: 7.1. Botulismo. Ptosis palpebral.  
Gentileza Dr. Jorge San Juan



Fig.: 7.2. Varicela. El borde de la vesícula es irregular, a veces adopta la forma festoneada. La erupción es siempre polimorfa debido a sus múltiples brotes. La figura muestra al mismo tiempo pápulas, vesículas y costras incipientes.



Fig.: 7.3. Viruela. Alastrim. Las pústulas son monomorfas, redondeadas y uniformes porque la enfermedad provoca, apenas, uno o dos brotes durante su etapa eruptiva.



Fig.: 7.4. Escarlatina. Facies de Filatov



Fig.: 7.5. Antigua fachada del Sanatorio “Baldomero Sommer”.  
Nació como Sanatorio - Colonia Buenos Aires en 1941. Lleva este nombre en homenaje al eminente hombre de ciencia argentino que se destacara como dermatólogo y leprólogo.



Fig.: 7.6. Lepra. Brote reaccional.



## CAPÍTULO VIII

### **Médico Tisiólogo Universitario. Un paciente complejo. La lectura de una enfermedad a través de una larga fila de celuloide**

*“Para las grandes y arduas tareas se necesitan combinación  
sosegada, voluntad decidida, acción vigorosa,  
cabeza de hielo, corazón de fuego y mano de hierro”*

Jaime Balme y Urpiá (18101848), filósofo, teólogo,  
apologista, sociólogo y tratadista político español.

Finalizado el curso de especialista universitario en enfermedades infecciosas me dispuse a consolidar mi formación académica. Decidí entonces realizar el correspondiente a médico tisiólogo universitario. Varios motivos impulsaron tal decisión: Continuaba en mi labor como médico en el entonces Servicio de Urgencia del Hospital Muñiz donde el médico interno era el Profesor José María Leston, distinguido tisiólogo y discípulo preferido del maestro Vaccarezza (1). Además, durante mi guardia de 24 horas debía alternar mis tareas de infectólogo con mis colegas que, en su mayoría, eran médicos de planta de la Cátedra de Tisiología de Raúl Vaccarezza. Por otro lado, y a modo personal, deseaba afianzar mis conocimientos en patología de la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias, motivo por el cual comencé a concurrir a los instructivos ateneos clínico-quirúrgicos que se realizaban en la mencionada cátedra. Agrego a estos argumentos dos circunstancias que influyeron en mi vínculo profesional y amistoso con el grupo profesional perteneciente a tisiología (2) En primer lugar yo seguía como practicante menor médico en la guardia del Profesor Leston y tenía como practicante mayor médico al Dr. Carlos Urtubey, brillante endoscopista y tisiólogo, además considerado como uno de los profesionales jó-

venes más prometedores de la cátedra del Profesor Vaccarezza. Con el tiempo ambos vínculos profesionales me abrieron las puertas del Dispensario de Vías Respiratorias y del famoso Pabellón Roberto Koch, destinado a la asistencia de mujeres tuberculosas.

Pero hubo otro hecho que me ligó más aún con quienes, a través del los años serían, colegas muy respetados y, sobre todo, grandes amigos. Mi asidua concurrencia a los ateneos del los días miércoles dirigidas por el maestro Vaccarezza, despertaron en él cierta empatía hacia mi persona (3) que se reveló durante una reunión privada mantenida con el Dr. León Charosky, Profesor Adjunto de Enfermedades Infecciosas y jefe de Servicio de una de las salas de nuestra cátedra. Allí le manifestó su satisfacción por mis intervenciones durante las presentaciones clínicas que se desarrollaban en sus ateneos. Agregó que a través de su colaborador y discípulo, el Dr. Léston, tenía, además, buenas referencias acerca de mi desempeño en la guardia del hospital. Concretamente el Profesor Vaccarezza veía con agrado que yo me dedicara definitivamente a la disciplina tisió-neumonológica. Confieso que para mí fue un gran dilema decidir tamaña oferta, venida nada menos que de un paradigma de la tisiología universal. Créase que lo pensé mucho y esa idea me mantuvo en vilo durante meses. Finalmente, le comuniqué al Dr. Charosky que lamentaba resignar tamaña ofrecimiento porque mi vocación estaba arraigada en la infectología. Sin embargo, consideraba oportuno realizar el curso superior de tisiología con el fin de acrecentar mi formación académica, tomando en cuenta que los concursos para ayudante de cátedra de enfermedades infecciosas y especialistas de guardia se avecinaban (4)

A pesar de mi decisión de no ingresar a la prestigiosa escuela del maestro Vaccarezza, realicé así el importante curso de médico tisiólogo universitario. Ni bien finalizado el mismo me decidí a rendir el examen. Como era de prever la mesa examinadora estaba presidida por el Dr. Raúl Vaccarezza y secundado por examinadores de la talla de Alfredo Lanari, Oscar Vaccarezza – primo hermano de Raúl - , Juan Carlos Rey y José María Leston. Recuerdo que el hijo menor

del Dr. Guido Pollitzer, Jorge, condiscípulo en dicho curso, más tarde compañero de guardia y amigo dilecto, también rendiría ese día.

El caso que me tocó en suerte – no muy alentador por cierto – correspondía a un hombre casi sexagenario que sufría una larga enfermedad respiratoria. Un viejo inquilino de las salas de pulmón. Se trataba de un obrero de la construcción, fumador empedernido y moderado enolista, que durante años venía sufriendo bronquitis agudas a repetición, intercaladas con episodios de genuinas neumonías, las cuales fueron comprometiendo poco a poco la función de su pulmón izquierdo quedando prácticamente anulado en su función.

Cuando llegué a su cama para levantar la historia clínica y analizar las radiografías – disponía de una hora para hacerlo – el paciente estaba semi sentado en la cama y a su lado el infaltable tubo de oxígeno. Sobre la llave de paso, a modo de copete, cabalgaba la aliviadora mascarilla conectada a una fina manguera. En las antiguas salas de pulmón del Muñiz, aquellos “soplones” metálicos – como solíamos llamarlos – parecían robots cilíndricos que velaban el largo y penoso aislamiento de esos pobres enfermos.

El paciente se mostró solícito a mis preguntas, diría hasta paternal, respondiendo a ellas con precisión y descolgando en ocasiones algún término de la jerga médica que seguramente quedó grabado en su mente tras soportar tantas visitas médicas.

Me impresionó el abultado paquete de radiografías que me dejaron sobre la cama para que yo me situara en el padecimiento. Mientras las iba repasando recuerdo que me dijo:

- Doctor, mi pulmón izquierdo está destruido y ya dicen que me lo van a sacar. Mire cuántas radiografías me hicieron!

Un inocultable temor se esbozó en su rostro. Le respondí que debía tener fe porque estaba en manos de excelentes profesionales y que entre los mejores cirujanos de tórax figuraba el Profesor Oscar Vaccarezza quien “lo sacaría adelante”. Confieso que lo dije apenas para reconfortarlo porque en mi ánimo y, más todavía en mi escasa experiencia, existía claro pesimismo en cuanto al pronóstico de aquel caso en particular.

En verdad el paquete de radiografías que habían puesto a mi disposición para el examen era impresionante: placas panorámicas, tomografías lineales con cortes que iban desde los 3 hasta los 15 centímetros (5), broncografías, exámenes funcionales, estudios endoscópicos realizados con endoscopios rígidos – en esa época exigía una gran habilidad técnica – además de innumerables baciloscopías y exámenes rutinarios de laboratorio. Frente a tamaña historiografía se apoderó de mí una ansiedad inculcable que de inmediato fue percibida por el enfermo. En una actitud inconsciente fijé en él mi mirada y también en el tubo de oxígeno, ese tieso y fiel compañero metálico que silencioso no se movía de su lado. Entonces con sonrisa resignada me dijo:

- Vio Doctor qué difícil cosa soy y le viene a tocar justo a Usted... que debe estar por recibirse con mi caso.

Más nervioso todavía lo corregí diciéndole que, peor aún, el examen que debía rendir era para acceder al título de especialista. Con sonrisa resignada se quedó mirándome y como queriendo levantarme el ánimo agregó:

- Entonces seguro que mañana me volverá a visitar así pronto me pongo bien ...

Con el escaso tiempo que disponía ordené mis ideas haciendo un resumen cronológico de los datos clínicos que a mi juicio podían afirmar mi postura diagnóstica. Además, me esmeré en una prolija selección de esa masa impresionante de celuloide imagenológica que acompañaba a esa inacabable historia clínica.

Cuatro fuimos los médicos que rendimos ese día. Yo, el penúltimo. Jorge – el hijo del Profesor Pollitzer – el último. Cada uno de los colegas que me antecedió estuvo presentando su caso cerca de una hora lo cual hacía suponer que el examen, tomando en cuenta la talla del jurado, se estaba poniendo exigente. No había duda de ello porque ni bien salió del aula el primero de la lista lo notamos algo pálido pero sonriente, indicio de que lo habían exprimido aunque con extrema generosidad. Efectivamente, refirió el colega, el trato había sido más que cordial y las preguntas – aunque muchas – accesibles.

También estaba claro que nuestro compañero de curso era médico de planta del Hospital Nacional de Clínicas – hoy Hospital Escuela “General San Martín” - y poseía una sólida formación clínica.

Llegó mi turno. El pequeño salón asignado para el examen tenía sus cuatro paredes tapizadas e iluminadas con sendos negatoscopios, hecho que hacía suponer que la descripción del material radiográfico sería extensa y los conocimientos radiológicos que yo desplegara en su lectura e interpretación pesarían en el resultado final.

En el instante en que me disponía a ingresar al salón, llegó el Profesor Pollitzer para acompañar y alentar a su hijo Jorge, quien sería el último en rendir. Lo saludó y al verme me deseó suerte con su acostumbrada sonrisa (6).

Luego de saludar a mis examinadores, comencé a alinear el material radiológico que, a mi juicio, consideraba representativo. El abultado material simulaba un enorme “mazo” de cartas imaginarias extendidas sobre una larga mesa luminosa. A mí me tocaría servir y a ellos asignarle el valor de acuerdo a la lectura que yo le daría a cada una de esas enormes cartas de celuloide.

El examen teórico duró apenas unos minutos. Resumí la extensa historia clínica destacando los frecuentes episodios de neumonías prolongadas que a través del tiempo fueron minando la función del pulmón izquierdo de aquel pobre y humilde albañil, dejándolo con una grave e irreversible incapacidad respiratoria. Mientras describía el caso los Profesores Lanari y Leston se acercaron a la iluminada y larga fila de negatoscopios donde estaban suspendidas las placas radiográficas. Hicieron un rápido recorrido del extenso material y ni bien finalicé mi exposición me invitaron –noté un trato muy cordial con el gesto – a que señalara y describiera las lesiones que a mi criterio justificaban el grave deterioro que invalidó la función de todo el pulmón izquierdo.

Venía la parte más comprometida del examen. Mientras recorríamos cada uno de los cercanos treinta negatoscopios iluminados, Lanari primero y Leston después comenzaron a marcarme con el índice, una tras otra, una andanada de imágenes patológicas. Comencé

entonces a describir el dibujo lesional – a modo de un crítico de arte – y su significado patológico. Mientras lo hacía notaba aprobación y beneplácito en sus respectivos gestos, actitud que sirvió para aflojar el grillete de mi ansiedad.

Finalizado el examen práctico el Presidente del Jurado me invitó a sentarme para permitir al resto de los examinadores formular sus preguntas. Las hubo pero con la diferencia que ninguna de ellas tuvo la capciosidad que tuve que soportar durante aquel imborrable examen de infectología, rendido dos años antes para optar al título universitario de especialista. No tuve así dificultad en responderlas y de ampliar algunas de ellas.

Luego del acostumbrado intercambio de miradas entre los miembros del jurado y percibiendo la casi segura aprobación de la extensa prueba – una de las más largas en mi formación profesional y académica – me disponía a saludar a cada uno ellos y retirarme cuando, de pronto, el profesor Lanari solicitó a la mesa examinadora hacerme una última pregunta que, a su criterio, era de actualidad y vinculada con el caso. Era cosa habitual que al Dr. Lanari se le ocurrieran inusuales – por no decir rebuscadas – preguntas las cuales a veces terminaban en papelón por parte del examinado. En ese tipo de posturas se distinguía aquel exigente y gran maestro de la medicina interna que fue Alfredo Lanari y de quien tuve el honor de ser su alumno de posgrado.

Y se vino nomás la última “preguntita” que apuntaba a recientes hallazgos vinculados con los procesos de defensa orgánicos que podían verse afectados, por ejemplo, en un sujeto alcoholista. Seguramente Lanari quería relacionar dicha pregunta con los antecedentes de aquel sufriente operario de la construcción.

- Dígame Martino, qué sustancias inespecíficas existentes en la defensas del organismo pueden disminuir en la sangre de aquellas personas que tienen factores de riesgo como diabetes, alcoholismo, desnutrición, enfermedades neoplásicas, etc., tornándolos así más susceptibles a las infecciones ? (7)

Con escueta y veraz respuesta, respondí:

-Dr. Lanari, creo que Usted se refiere a la denominada properdina que junto con el catión magnesio...

De inmediato asintió, me interrumpió e incorporándose me estrechó la mano. Todavía hoy recuerdo su gesto y estas breves pero más que elocuentes palabras:

-Bien, Martino, bien...

Fue el Doctor Leston el primero en felicitarme con bastante calidez, gesto que viniendo de él me emocionó vivamente. A continuación lo hicieron los Doctores Juan Carlos Rey y el propio Raúl Vaccarezza, quien supo acompañar su beneplácito con un esbozo de sonrisa. Por mi parte me sentí muy feliz por aquel importante logro. El examen había terminado. Otra importante prueba de mi vida se había cumplido. Recordé entonces esta frase del Anciano Cisne Negro Real: *“El único modo de superar una prueba es realizarla. Es inevitable”* (8)

Una hora después, Jorge Pollitzer había terminado de rendir un excelente examen. Ambos ya éramos médicos tisiólogos universitarios.

## Notas y referencias bibliográficas:

- 1- Hasta casi finales de la década del '60 el servicio de urgencia del Hospital Muñiz estaba, casi en su totalidad, manejado por médicos tisiólogos dependientes de la Cátedra del Profesor Vaccarezza. Obviamente se trataba de un hospital prioritariamente para enfermos tuberculosos. El paulatino ingreso de médicos infectólogos a dicho sector asistencial comenzó a raíz de la epidemia de poliomiélitis (año 1955) donde los pacientes demandaban un manejo clínico integral. Fue transformándose así en un hospital con sólido conocimiento de la laringoscopia y de la traqueostomía. Más tarde se agregó el servicio de extracción de cuerpos extraños, broncoscopia – en aquella época se utilizaba el broncoscopio rígido –, manejo de pulmotores, cama oscilante, neurología infecciosa y neurocirugía séptica. A

tales actividades específicas fueron agregándose otras tales como cirugía séptica y especialidades quirúrgicas anexas; además del importante servicio de dermatosifilografía y leprología; y, años después, pediatría infecciosa. Estas paulatinas ampliaciones en la dinámica operativa del hospital Muñiz ameritaron la necesidad de contar con un equipo médico interdisciplinario ya a partir de la guardia de admisión, sobre todo para aquellas patologías infecciosas críticas, como crup diftérico, tétanos, meningitis bacteriana, gangrena gaseosa, septicemia, etc. Si bien nunca funcionó como hospital con servicio externo, poco a poco fue reconociendo variadas patologías infecciosas que al ser rechazadas por otros nosocomios comenzaron por congregarse en nuestro hospital.

- 2- En aquella época existía una disimulada rivalidad entre los tisiólogos – en aquel entonces monopolizadores de la patología infecciosa – y nosotros los infectólogos cuyo plantel médico pertenecía a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. En realidad la primitiva cátedra que nucleaba ambas disciplinas tuvo como primer Director al Profesor Raúl Vaccarezza. Posteriormente, debido a vaivenes de la política sanitaria de la época, quedó escindida en dos disciplinas con sus respectivos directores de cátedra: la de Tisiología, mantenida por el Profesor Vaccarezza y la nueva, Clínica de las Enfermedades Infecciosas cuya dirección recayó en el influente y brillante docente, el Profesor Dr. Carlos Fonso Gandolfo.
- 3- El Profesor Raúl Vaccarezza era alto y circunspecto, de pocas y tajantes palabras las cuales siempre eran importantes y categóricas, sobre todo cuando las transformaban en opciones diagnósticas. Su mirada era severa y en aquellas ocasiones en que se lo veía sonreír – mostraba su arcada dentaria superior con sus dos incisivos prominentes – tornaba sus facciones todavía más ampulosas. Había versiones que decían que cuando inició su carrera docente tenía cierta dificultad para exponer, defecto que, con el correr del tiempo, superó ampliamente con trabajosos ejercicios de modulación de la voz y de la palabra. Por haberlo escuchado personal-

mente muchísimas veces puedo decir que sus conferencias eran fascinantes piezas oratorias. Pienso que si fue cierto que padecía un tartamudeo, reconozco que el maestro Vaccarezza fue, en todo momento, un dechado de metódica erudición.

- 4- En dichos concursos se daba mucha importancia a los títulos académicos de posgrado y el haber obtenido el doctorado en medicina. Corría el año 1958 y recién había comenzado a trabajar en mi tesis de doctorado que versaba sobre botulismo. En consecuencia, mi *curriculum vitae* era poco relevante frente a mis competidores, muchos de ellos ya prestigiosos tisiólogos. Una clara realidad que me obligaba a esforzarme y estudiar fuerte para acumular antecedentes y poder acceder a cargos rentados que, por supuesto, se mostraban muy cotizados - más allá del monto asignado - debido al innegable prestigio universitario que significaba ganarlo.
- 5- En aquella época era habitual realizar, en patología pulmonar, tomografías lineales - planigrafías - con cortes que iban desde 5 hasta 13 centímetros de profundidad. A veces, cuando el caso lo requería, los cortes se ampliaban desde 3 hasta 15 centímetros. Mientras tanto, para el estudio exhaustivo de la patología bronquial, era frecuente apelar a la broncoscopia lipiodolada para la cual, debo señalarlo, mi colega y amigo Carlos Urtubey era un experto!
- 6- El Profesor Dr. Guido Pollitzer era de nacionalidad paraguaya. Bajo de estatura, regordete, totalmente calvo y con chueco y simpático andar. Apuntaba al frente moviendo su inseparable toscano. Atraía por su irónica simpatía. Era un excelente docente que nada se guardaba y mostraba a quienes lo seguían toda su inigualable erudición como radiólogo del aparato respiratorio. Desde que lo conocí quedé deslumbrado con sus conocimientos. Con él aprendí mucho. Al retirarse del hospital para acogerse a los beneficios de la jubilación, quedó su hijo mayor Guido a cargo de la jefatura de radiología del Dispensario de Vías Respiratorias del Hospital Muñiz.
- 7- En la década del '60 era ya discípulo del más adelantado inmunólogo veterinario de la época, el Dr. Alfredo Manzullo,

Profesor Titular de la Cátedra de Sueros y Vacunas dependiente de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de la Plata. Además, investigador y creador del método de diagnóstico bacteriólogo para la difteria que lo afamaron internacionalmente. Fue gracias a sus adelantadas enseñanzas de la inmunología clínica que me permitieron conocer importantes temas inmunológicos sobre los mecanismos de defensa del organismo frente a las infecciones. Además de haberme honrado con su amistad, fui también su médico de cabecera.

- 8- Nombre con el cual se identifica al Jefe de la tribu de los Auténticos, oriunda de Australia y mencionado en la obra “Las voces del desierto”, best seller escrito por la Doctora Marlo Morgan y publicado por Ediciones Zeta en el año 2008.
- 9-



Fig.: 8.1. Frontispicio del Pabellón “Dr. Roberto Koch” con sus largas galerías donde los pacientes cumplían horas de reposo frente a los amplios ventanales tapizados por vidrios azules. Allí rendí el examen para optar al título de Médico Tisiólogo Universitario. Fueron dos años de intenso y provechoso aprendizaje de la tisiología al lado de profesores de la talla de Raúl Vaccarezza, Alfredo Lanari, José María Leston, Horacio Rodríguez Castels, Guido Pollitzer, Rubén Sampietro, Jorge Loro Marchese, Jorge Pilheu.



Fig.:8.2.Instituto de Tisioneumonología  
«Prof. Dr. Raul Vaccarezza»

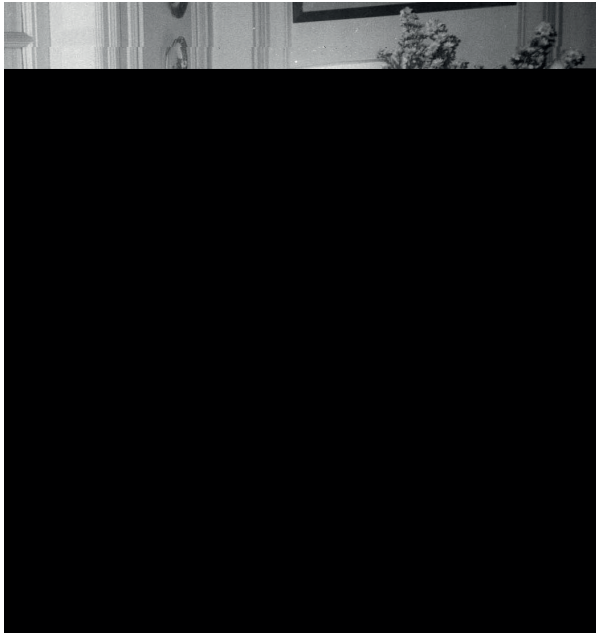


Fig.:8.3. Profesor Dr. Alfredo Manzullo.  
Mi Maestro de Inmunología Clínica y Director  
de tesis de doctorado.



## CAPÍTULO IX

### **Mi breve aunque emotivo paso por la prestigiosa escuela de Raúl Vaccarezza**

*“Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías; breve y eficaz por medio de ejemplos”. Séneca (Lucio Anneo, llamado Séneca el Joven (Corduba, 4 a. C. – Roma, 65 d. C.)*

*“El maestro deja una huella para la eternidad; nunca puede decir cuando se detiene su influencia”.*

*Henry Adams(1838–1918)*

Mientras realizaba el curso superior de médico fisiólogo tuve oportunidad de participar en varias actividades desarrolladas en la Cátedra del Profesor Dr. Raúl Vaccarezza, Recuerdo que en una oportunidad, por expreso pedido del Profesor Dr. José María Leston, tuve que presentar en mi calidad de alumno del curso superior un caso clínico bastante polémico. Se trataba de un muchacho de 17 años con una patología respiratoria aguda al que habíamos internado con el Dr. Carlos Urtubey una tarde mientras cumplíamos nuestra acostumbrada guardia semanal. Además del cuadro pulmonar acusaba fiebre, gran decaimiento y una erupción en la piel, motivo por el cual fue ingresado en la sala del Dr. de la Paolera, habitualmente asignada para los procesos infecciosos eruptivos. El caso no parecía sencillo. Presentía que la aparente varicela recién iniciada – tenía escasas lesiones distribuidas en la piel del tórax y el abdomen – como se la había rotulado en el diagnóstico de ingreso, escondía otra enfermedad quizás mucho mucho más severa.

Luego de la obligatoria recorrida nocturna del hospital le expresé a Carlos que después de la cena volvería a la sala a examinar al muchacho. Así lo hice y mi sospecha vinculada con aquella presunta erupción varicelosa me empujó a seguir indagando. Allí había algo más que, más tarde, se confirmó. El interrogatorio revelaba que desde hacía un mes, aproximadamente, no se sentía bien. Había perdi-

do el apetito, se notaba cansado, se fatigaba al practicar deportes y por la noche sudaba sin saber la causa. También había perdido unos kilos de peso sin saber cuántos. Nuevamente procedí a examinarlo en forma minuciosa apelando a todos mis recursos semiológicos porque seguía convencido de que la erupción que presentaba no era varicela y sí, quizás, un signo orientador de otra enfermedad que realmente escapaba a mis conocimientos. Creo haber estado cerca de una hora con el muchacho y así comprobé que tenía el bazo agrandado y había ganglios palpables, algunos del tamaño de un garbanzo y bastantes duros pero, llamativamente, eran poco dolorosos al tacto. Como hecho importante estaban distribuidos por todo el cuerpo. Pensé rápidamente que la varicela habitualmente no solía acompañarse de un bazo tan grande y menos aún con la presencia de ganglios tan manifiestos. Asocié estos hallazgos con el comienzo real de su enfermedad, bastante más antigua que el momento de aparición de las lesiones en la piel, las cuales, algunas eran de carácter papuloso mientras que otras ya insinuaban una vesícula, hecho que me tenía todavía más confundido. Peor aún, al examinar la cavidad bucal no encontré siquiera un elemento eruptivo – enanema – (1) con lo cual esa erupción febril rubricada como varicela y complicada por un proceso respiratorio estaba lejos, por lo menos, de ser rotulada como tal.

Al día siguiente, muy temprano, me fui a la sala XIX para comentar el caso con el jefe del servicio, el lúcido y veterano clínico de hospital, Don Mauro de la Paolera. No me llamó la atención encontrarlo ya examinando al muchacho. Al verme me miró, como era su costumbre, por arriba de sus anteojos rectangulares. Entonces me preguntó:

- Usted internó a este muchacho con el diagnóstico de varicela complicada?

- Sí - le respondí - pero no creo que se trate de varicela.

- Yo tampoco - me respondió - Estúdielo bien y después lo discutimos...hasta le diría que puede lucirse presentándolo en el "Olimpo del Saber". Con su acostumbrada ironía, se refería nada

menos que al reputado ateneo de tisiología dirigido semanalmente por el Maestro Vaccarezza (2)

Era evidente que el Dr. de la Paolera estaba distanciado de ambas cátedras universitarias – Tisiología y Enfermedades Infecciosas – como así también del intercambio profesional y académico con otros colegas del hospital. Nunca supe las razones pero sí pude comprobar, a través de sus brevísimos comentarios al respecto, un dejo de pesadumbre cuando se refería a esos ámbitos universitarios.

Decidí seguir el consejo de Don Mauro y fui a comunicárselo al Dr. Leston, quien con expresión de real beneplácito se lo transmitió al Profesor Vaccarezza. Llegó el día de la presentación. A pesar de haber finalizado de cursar exitosamente la especialidad pocos meses atrás, era la primera vez que me situaba frente a él para discutir un caso clínico y todavía más, ante el siempre concurrido ateneo de tisiología.

El enfermo, ya en el auditorio fue dispuesto sobre la camilla. El Dr. Vaccarezza y yo, frente a frente. Comenzó a mirarme por sobre sus finos lentes rectangulares. Una costumbre que solía intimidar o por lo menos resultaba un tanto incómoda porque daba la sensación que la pregunta que estaba por venir saltaría, como corcho de espumante, por encima de sus modernas antiparras. Hoy todavía no entiendo por qué mirar de esa manera sobreactúa al protagonista e inhibe al observado.

Luego del saludo formal, con su acostumbrado gesto patriarcal me solicitó :

- Doctor, presente a su enfermo

En pocos minutos sintetice el caso clínico puntualizando los datos más relevantes de la enfermedad que, de acuerdo a mi criterio, me ayudarían a descartar el diagnóstico presuntivo de varicela y postular otras posibilidades etiológicas las cuales, por supuesto, no dejaban de ser temerarias.

Ante la mirada atenta del Dr. Vaccarezza – en el auditorio estaban presentes, entre otros, los doctores Pollitzer, Juan Carlos Rey, José María Leston, Jorge Pilheu, Francisco Dubra y Carlos Urtubey

– continué mi exposición describiendo la radiografía de tórax, apelando a la técnica que con tanta precisión nos enseñara el ilustre y paternal “toscanólogo” Guido Pollitzer (3).

El maestro Vaccarezza siguió de pie observando detenidamente al paciente mientras yo continuaba con la lectura de la radiografía. Minutos después finalicé mi exposición. Recuerdo que estábamos promediando el invierno. Sin embargo mi ambo y mi guardapolvo estaban ya impregnados de un sudor que me subía hasta el cuello. Tanto era mi estrés frente a tamaño auditorio. Tanto era el peso que sentía sobre mis hombros. Porque esa presentación, frente a esa virtual mesa examinadora, significaba para mí otra difícil prueba de vida. Más aún si tomaba en cuenta que no era médico de la Cátedra de Tisiología. Todo lo contrario, yo pertenecía a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas y nosotros, los infectólogos, conocíamos bien los acostumbrados tironeos existentes por ocupar posiciones académicas relevantes entre los dos ámbitos universitarios.

Luego de escucharme, con su habitual omnipresencia y su mirada fuera de borda, indicó a la enfermera a que condujeran al paciente nuevamente a su sala. Luego se dirigió a mi trasudada figura para decirme:

- Y bien joven, cuál es su presunción diagnóstica – preguntó con voz pausada, mientras se reclinaba sobre el borde del escritorio del aula de reuniones.

Hubo silencio...un silencio que parecía apretarme poco a poco como una plancha llena de ojos inquisidores – algunos hasta irónicos - que partía de la calificada audiencia. También percibía en algunas miradas mensajes de compasión. Era sabido que el maestro Vaccarezza, con su característica elegancia dialéctica, solía triturar en los ateneos aquellas opiniones que no alcanzaban en esencia el cenit de los conocimientos exigidos para la época.

Mientras tanto aquella plancha imaginaria seguía apretando cada vez más mis sentidos...Por fin hablé:

- Considero equivocado el diagnóstico presuntivo con el cual ingresó el paciente, y lo fundamento – elevando el tono de mi voz

para darme ánimo – en estos tres hechos: el real comienzo de la enfermedad que a mi juicio data de más de tres semanas, la presencia de fiebre desde esa época acompañada de ganglios patológicos distribuidos por todo el cuerpo. Finalmente, la presencia de un bazo agrandado y aumentado en su consistencia, hallazgos que obligan a pensar en una enfermedad sistémica con franco compromiso del sistema linfático. Pero sobre todo – continué diciendo – si el paciente tuviese una varicela clínica debería estar cursando paralelamente a la erupción cutánea el clásico enantema que caracteriza a toda enfermedad eruptiva (4)

- Y Bien – dijo con su acostumbrada voz pausada - de acuerdo a lo expresado cuál es su orientación diagnóstica y cuáles procedimientos aconsejaría realizar para confirmar el origen de la enfermedad...

Convencido por lo que dije y sintiéndome más seguro respondí:

- Haría un completo examen de la sangre, una biopsia de un ganglio a mi juicio representativo y, si no aclara, una punción esternal con el fin de comprobar...
- Y qué piensa comprobar – al instante me interrumpió con expresión un tanto inquisidora

Ahí no más me di cuenta que conforme a mi respuesta el “round” terminaría allí pero sin saber cómo regresaría a mi rincón...

Finalicé entonces insistiendo en mi presunción diagnóstica. Sin duda apuntaba hacia una enfermedad severa – probablemente una leucemia, o bien un linfoma, habida cuenta que, por mis lecturas, yo entendía que tales entidades mórbidas podían asociar infiltrados pulmonares con una erupción en la piel con características parecidas a las observadas en el paciente (5). Lo que no dije – y al salir del ateneo de pronto me saltó como resorte a la memoria – fue que esa erupción de la piel que presentaba el paciente y que fuera considerada como de etiología varicelosa bien podría corresponder a un herpes simple generalizado en un sujeto con sus defensas disminuidas por una enfermedad de sistema tal como yo, en principio, sospechaba. Fue quizás el subconsciente que me aconsejó enmudecer mi soberbia juvenil.

Quedaba entonces por dilucidar el compromiso respiratorio agudo que había sido motivo del ingreso del muchacho al hospital.

El Dr. Pollitzer tomó la palabra para describir las imágenes observadas en la radiografía del tórax que, según él, eran compatibles con una neumonitis viral o bien con una enfermedad sistémica. Luego hubo opiniones de los colegas presentes que, en líneas generales, no se apartaron de los conceptos vertidos por el Dr. Pollitzer.

Finalizada la presentación el profesor Vaccarezza agradeció mi participación, me extendió su mano – cosa que me alagó – y me solicitó le informara sobre el resultado final de los estudios a los cuales sería sometido el paciente.

Pocos días después el muchacho empeoró y sus padres decidieron solicitar el alta voluntaria entendiendo que, según opinión del mismo jefe de la sala, la enfermedad no impresionaba como una varicela y sí podría tratarse de una enfermedad de la sangre o del sistema linfático. Lo cierto es que nunca supimos cuál fue el destino que le deparó la enfermedad a ese joven.

Así pues dejé impresa mi noble imagen médica en aquel exigente oráculo de prestigiosos médicos tisiólogos. Si bien eran así identificados en el ámbito nosocomial, creo justo destacar que esa inteligente pléyade de profesionales además de tisioneuólogos tenía una sólida formación como clínicos generalistas y hasta como infectólogos. Recordemos una vez más que en los albores de la medicina de urgencia del hospital Muñiz los médicos internos de las guardias eran casi exclusivamente médicos tisiólogos pertenecientes en su mayoría a la escuela del Profesor Vaccarezza.

En la década del 60' ingresar en la Cátedra del Dr. Vaccarezza exigía poseer una sólida base clínica y, además, anatomo y fisiopatológica del Aparato Respiratorio. Debo reconocer que aquellos dos años de intenso estudio como alumno del posgrado en tisioneuología ejercieron una gran influencia en mi formación como internista e infectólogo. Porque poco a poco me sentí integrado a esa férrea disciplina que amalgamaba conocimiento, personalidad, estricta metodología de trabajo y renombre internacional. Pero en

verdad lo más importante era que en ese monasterio de guardapolvos blancos ya existía una clara conciencia hacia un estricto trabajo interdisciplinario.

Hoy todavía recuerdo haber caminado, años después, junto al Profesor Vaccarezza por alguna callejuela del hospital. Sin duda él ya era un gigante. Su andar pausado, con el torso levemente encorvado y sus largos brazos colgando, casi inmóviles. Sus típicos ademanes aristocráticos que solía aplicar en sus imperdibles conferencias. Vaccarezza era además in clínico avezado cuyo saber prefería transmitir junto al lecho del enfermo antes que frente al inanimado negatoscopio.

Necesitaría llenar muchas carillas de este relato para ser ecuánime evocando su relevante figura. Creo, sin embargo, que su personalidad quedó ya aquilatada en el podio de los grandes maestros de la medicina nacional (6). Sí me permitiré apologar brevemente aquel cúmulo humano que acompañó al maestro Vaccarezza y que permitió construir su célebre escuela tisioneumonológica –o neumológica-. Creo justo reiterar que el Dr. Vaccarezza fue un distinguido infectólogo mérito que avaló con una importante producción científica. Por ejemplo su completísima tesis doctoral sobre “Amebiasis intestinal” publicada en 1916, a la cual siguieron otras relevantes publicaciones como “Tétanos cefálico de Rose”, “Tratamiento del carbunco humano”, y su importante y premiada tesis de profesorado sobre “La difteria en el adulto. Sus complicaciones”. Tamaños méritos le valieron el merecido nombramiento como Profesor Suplente de la Cátedra de Clínica de las Enfermedades Infecciosas en 1925, y a partir de 1935 como Profesor Extraordinario.

Pero el hito que jalonaría su grandiosa obra asistencial, docente y de investigación tendría su punto de partida en agosto de 1938, en ocasión de ser nombrado Profesor Titular de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, oportunidad en que pronunció estas memorables palabras que reflejarían el perfil científico que impondría a esa importante institución universitaria. En tal ocasión se expresó así: “*He de despertar y encauzar la actividad científica de mis*

*discípulos y colaboradores, respetando la personalidad de cada uno y a los colegas con aptitud y vocación para investigar, procuraré suministrarles elementos de trabajo y el estímulo de un clima propicio a tan plausible objeto*". El tiempo, con paciente regularidad, fue testigo silencioso de sus veinticinco años de próspera producción científica. Fue así como el maestro cumplió su palabra!

La ejemplar escuela de Raúl Vaccarezza se consolidó en tres importantes áreas operativas: la construcción en el predio del hospital Muñiz de un pabellón destinado a la asistencia de 200 mujeres afectadas de tuberculosis pulmonar, fue la primera. Obra de gran trascendencia histórica y sanitaria debido a que la misma fue precisamente aprobada, en agosto de 1928, por el entonces Presidente Alvear. Tal edificio, tapizado por ventanales azules, quedaría desde entonces identificado con el ilustre nombre de Pabellón "*Roberto Koch*". Fortaleciendo esta importante área asistencial, el mismo año se aprueba la construcción del Dispensario Antituberculoso, destinado a la asistencia de personas adultas y niños con procesos tuberculosos y extendida a otras afecciones agudas y crónicas del aparato respiratorio.

Es en el año 1947 cuando se completa la estructura de la escuela de Vaccarezza con la creación del importante Laboratorio de Bacteriología de la Tuberculosis, el cual sería dirigido por su indiscutido pionero y referente internacional en el estudio del bacilo tuberculoso, el Dr. Abel Cetrángolo.

Fue una larga vida de producción científica y ejemplo de austeridad. "*Un maestro e hidalgo caballero entre los Señores de la Medicina Nacional*"(7)

Por haberlos conocido. Por deberles enseñanzas decisivas y ejemplos de vida inolvidables. Por haber sido de algunas de esas figuras primero su alumno y luego, a través de los años, amigo entrañable. También por habernos apoyado y prodigado fuerzas durante aquellos momentos difíciles del ejercicio profesional dentro de las áreas críticas del hospital. Por todo ello, a modo de imborrable gratitud, los invoco en este podio imaginario. Ellos fueron:

*Profesor Vicente Alberti*, jefe del área cardiocirculatoria, brillante clínico y discípulo de Alfredo Lanari. Inteligente, batallador, profundo en el razonamiento de la fisiopatología cardiorrespiratoria. A su lado colaboraba en la tarea su inteligente discípulo, el Dr. Aldo Romorini (8). Años más tarde, con Aldo trabajaríamos juntos durante el brote de difteria estudiando el complejo mecanismo fisiopatológico de la tan temida miocarditis, una grave complicación cuya letalidad en la década del '60 llegó a cerca del 30% de los casos en nuestro medio, sobre todo en la población infantil.

*Dr. Oscar Croxato*. Patólogo de las Cátedra de Tisiología y jefe de Anatomía patológica del Hospital Muñiz. Bajito él, concentraba en su pipa su gran saber y sus sarcásticos comentarios que, en ocasión de los ateneos anatomoclínicos del hospital, solía largar gozoso e irónico con el humo de su tabaco celebrando así el error de algún médico, para él mediocre, que equivocaba el diagnóstico final. La aviesa política universitaria de la época, al tildarlo de militante comunista, lo privó de un merecido cargo como profesor titular de la materia postergándolo en forma reiterada.

*Profesor. Dr. Juan Carlos Rey*. Profesor Adjunto de la Cátedra de Tisiología. Fue considerado uno de los Médicos Internos más sobresalientes de su época. Se caracterizaba por sus modales distinguidos, su gran cordialidad hacia el colega y también con el estudiante. Tuve el honor de que leyera y comentara mi tesis de doctorado demostrando su sólida formación en microbiología clínica. Un simpático rasgo que lo identificaba era su costumbre de transitar por las calles leyendo el diario. En realidad tuvo suerte de no haber sufrido ningún percance en los tantos años que practicó esta extravagante manía. Fui médico de cabecera de sus hijos y nietos.

*Profesor Oscar Vaccarezza*. Habilísimo cirujano de tórax. Rígido y hasta intolerante en sus posturas diagnósticas, conducta que lo mostraba algo hostil y temerario. Con sus discípulos, Profesores Jorge

Loro Marchese y Rubén Sampietro, deslumbraron con sus increíbles – para la época - resecciones pulmonares, toracoplastias y plomajes extrapleurales, prácticas que indudablemente prestigiaron la ya acreditada escuela de su primo Raúl Vaccarezza. No acostumbraba a detenerse a conversar con los colegas que fortuitamente se cruzaban con él en el hospital. Menos aún con aquellos que no fueran de su grupo de trabajo. Recuerdo que en una sola oportunidad me estrechó la mano en oportunidad de consultarlo por la enfermedad de mi padre (9). Al igual que su primo Raúl fue Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

*Profesor Dr. Jorge Loro Marchese.* Lo conocí durante mi practican-  
tado en la guardia del Hospital Muñiz. Ya era un reconocido médico  
y cirujano de tórax. Llamaba la atención su excelente memoria para  
los diagnósticos diferenciales de las enfermedades infecciosas erup-  
tivas, atributo que, una vez más, ratificaba la excelente formación  
infectológica que poseían los médicos tisiólogos de aquella casa de  
aislamiento. Debido a una afección ocular que le restringió la visión  
severamente, Jorge tuvo que abandonar la práctica quirúrgica, con  
gran pesar suyo porque se perfilaba como un distinguido referente  
de la cirugía torácica de nuestro hospital.

*Profesor Rubén Sampietro.* Alto, calvo y de fornida contextura físi-  
ca. Bastaba con observarlo para descubrir un franco contraste entre  
la mirada franca y bonachona con sus exuberantes y renegridas cejas  
que le daban un aspecto de “diavolo” con guardapolvo. Rubén era  
poco comunicativo. Su voz era sonora y semejava un eco salido de  
su frondosa corporalidad. Sin embargo era tímido y cuando algo le  
parecía gracioso su risa era casi infantil. Su gran sencillez no permi-  
tía vislumbrar su envidiable talento para la medicina y la cirugía. Era  
claro y conciso en sus opiniones. Siempre empleando frases cortas y  
didácticas. Además era un estudioso y entusiasta de los misterios del  
firmamento, y socio activo de la Asociación Argentina Amigos de la  
Astronomía con sede en el parque Centenario. Desde que lo conocí

jamás lo noté veleidoso ni soberbio. Luego de años de alternar con él me di cuenta que prefería dialogar con su interlocutor a través de su penetrante y profunda mirada. Porque Sampietro era un profundo observador del cielo cósmico donde prefería refugiarse con su rica y sensible vida interior.

*Profesor Julio Gonzalez Montaner.* Personalidad disciplinada y organizador sin par. Con una capacidad para el trabajo encomiable. Desde su época de practicante se destacó por su talento para la docencia y su fisonomía de futuro líder. Todo lo dicho se cumplió paso a paso y sin pausas. Porque supo consolidar y extender el prestigio de la escuela de Raúl Vacarezza y honrar a la medicina nacional. Discípulo predilecto del Profesor José María Leston quien fue su tutor y padrino de tesis de doctorado. Fue Profesor Titular de Tisioneumonología, Jefe de División de Tisioneumonología del Hospital Muñiz durante 25 años y Director del Instituto de Tisioneumonología Raúl Vaccarezza dependiente de la UBA. Ocupó la Presidencia de la Asociación Médica Argentina (AMA) - genuino oráculo de la formación interdisciplinaria de posgrado en la Argentina - , y también Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Nos conocimos y mucho. Fui su practicante. Muchos años después tuvimos el honor de compartir un premio de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. No olvido que desde aquellas lejanas épocas de nuestros inicios, y a pesar de que pertenecíamos a distintas escuelas, Julio siempre me apoyó y amparó como colega y amigo, aún en momentos críticos de mi vida profesional y afectiva.

*Dr. Roberto Manzano.* Colega de tantos años de guardia y entrañable amigo. Su inteligencia era estelar, sobre todo para las ciencias exactas vinculadas con la física respiratoria. Ello posibilitó que fuera el jefe del área de Fisiopatología Respiratoria en la Cátedra de Tisiología de la UBA, cargo ganado por concurso y desempeñado hasta que se acogió a la jubilación. Sin embargo Roberto no podía

con su genio y seguía concurriendo al que fuera su servicio para disfrutar con difíciles cálculos que lo llevaban a conocer hasta las mínimas fallas de la función respiratoria. Como además de Tisiólogo Universitario era también Cardiólogo, su difícil tarea era rigurosamente complementaba con el aporte de la descripción cardiológica. A no dudar que Roberto Manzano, con el innegable aporte de su talento, contribuyó a profundizar el conocimiento de la compleja dinámica cardiorespiratoria.

Roberto murió relativamente joven y llevándose a pleno su envidiable creatividad. Confieso que perdí a un genial amigo quien, además, lucía como una humilde persona pero, más todavía, como un hombre de bien (10).

### Notas y citas bibliográficas:

- 1- En enfermedades eruptivas, un hallazgo clínico representativo e infaltable era aceptar que cualquiera fuera la enfermedad (sarampión, rubéola, escarlatina, varicela, etc.) la erupción cutánea debía acompañarse de un compromiso paralelo y similar denominado “*enantema*”, el cual afecta a las mucosas – cavidad oral, ojos y fosas nasales - . Su no existencia debe hacer dudar el diagnóstico
- 2- En el hospital Muñiz era comentario general que el Dr. De la Paolera era un distinguido tisiólogo y, además, un excelente semiólogo de pulmón. Personalmente no recuerdo haberlo visto concurrir al Pabellón Koch ni a los ateneos del Dr. Vaccarezza. Tampoco al Dispensario de Vías Respiratorias ni a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. No ejercía la docencia universitaria ni participaba de los ateneos centrales del hospital. Nunca supe por qué. Su costumbre era entrar al hospital muy temprano, meterse en sus dos salas, trabajar hasta pasado el mediodía y retirarse de sus salas – XVIII y XIX - sin salir de ellas en toda la jornada de trabajo.
- 3- Apodo que con que, personalmente, lo identificaba con mucho respeto y simpatía debido a que el Dr. Guido Pollitzer convivía

- con ese oscuro e impregnante pucho que por lugar donde pasara dejaba el recuerdo de su benemérita persona.
- 4- Como genuina enfermedad eruptiva reconozco haber visto muchas variedades de varicela en el Hospital Muñiz pues en esa época – no existía aún la vacuna preventiva - era habitual de observarla en la primera infancia. Y al igual que sucedía con la historia natural de otras enfermedades eruptivas, siempre se cumplía el aleccionador aforismo del Prof. Dr. Alejandro Giulano que decía: “*en toda enfermedad eruptiva debe existir una cronología enantemo - exantemática*”. Es decir que el padecimiento iniciaba con lesiones en las mucosas – paladar membranoso, faringe (enantema) - y, horas después, la enfermedad se generalizaba “tapizando” la superficie de la piel.
  - 5- En las enfermedades de sistema (autoinmunes, neoplásicas, vasculo-granulomatosas) pueden aparecer diversas manifestaciones dermatológicas durante la evolución de su historia natural. Algunas representan vasculitis, Otras erupciones compatibles con enfermedades herpéticas oportunistas tales como herpes simple, o bien herpes zoster generalizados debido a una deficiencia importante de la inmunidad celular, es decir del tipo “T” dependiente. Cordero A, A y col. Manifestaciones cutáneas de las Enfermedades Sistémicas. Atlas Color y Texto. 1 vol. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 1997; pags. 303-304.
  - 6- En el año 1956 Raúl Vaccarezza fue nombrado Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ocupó el sitial N° 10. Además, entre los años 1970 y 1974 fue su Presidente. Pasaron así los años y el ocurrente destino me llevó a ocupar, a partir del mes de noviembre del año 1991, el mismo sitial académico,. Sin imaginarlo siquiera, tal honorable acontecer en mi vida como médico me llevó a continuar – con lo que supe y pude realizar - el ejemplo doctrinario de su importante escuela científica.
  - 7- Martino Olindo. Discurso de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Boletín de la AN de Medicina; vol. 69 – 2º sem. 1991, pag.230

- 8- Aldo Romorini fue un distinguido cardiólogo, especializado en cardiopatías infecciosas, especialmente en miocarditis diftérica. Con él publicamos trabajos vinculados con este importante y, para la época, poco conocido tema. Aldo era criterioso, humilde pero implacable en sus principios. Preciso en sus razonamientos diagnósticos. Con una cultura filosófica envidiable. Fue el mejor discípulo de Vicente Alberti quien, en mi criterio, fue un pionero en las infectopatías de etiología cardiocirculatoria.
- 9- Siendo todavía joven – recién entrados en los sesenta años – mi querido padre – a quien permanentemente mantengo vívido en mi recuerdo – se hallaba ocupado en sus tareas cotidianas cuando una mañana notó que su acostumbrada expectoración, resultado de su empecinado tabaquismo, venía teñida con estrías de sangre. Recuerdo que muy apesadumbrado llamó a mi consultorio – hacía ya cinco años que yo ejercía como médico y docente en la Cátedra de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Muñiz -. Tras el riguroso estudio endoscópico efectuado por el Dr. Jorge Pilheu, jefe de endoscopía del Hospital Muñiz, resultó ser un cáncer de pulmón, inoperable, que invadía ya una extensa zona del pulmón derecho. Tamaña e inesperada tragedia inició un mes de abril y finalizó, al cabo de nueve meses, con la penosa muerte de papá. Recuerdo que con igual profesionalismo y llamativa afabilidad se preocuparon por su padecimiento tanto el Profesor Dr. Oscar Vaccarezza, el Dr. Leston – en ese entonces mi médico interno – como el Profesor Raúl Vaccarezza y el Dr. Jorge Pilheu –, de quien fui también su practicante menor médico en la guardia del Hospital Muñiz. Todos ellos supieron alentarme en mi profunda congoja personal.
- 10- Roberto Manzano era entrañable amigo y compinche de Vicente “Coco” Mazzáfero. Con ambos me sentí unido a una profunda trilogía de afecto la cual se inició y fortaleció mientras nos desempeñábamos como médicos internos en la guardia de urgencia del Hospital Muñiz. Amistad que estuvo siempre sostenida por un sincero respeto profesional.



Fig.: 9.1. Profesor Dr.Raúl Vaccarezza



Fig.:9.2. Instituto de Tisioneumonología  
«Prof. Dr. Raúl Vaccarezza»



## CAPÍTULO X

# El imponente y silencioso pabellón de vidrios azules

*“La monotonía y el vacío pueden abreviar y acelerar vastas extensiones de tiempo hasta reducirlas a la Nada... El hastío es, pues, en realidad, una representación enfermiza de la brevedad del Tiempo provocada por la monotonía...”;*  
*“...cuando los días son semejantes entre sí, no constituyen más que un solo día, y con una uniformidad perfecta...”;*  
*“...la costumbre es una somnolencia o, al menos, un debilitamiento de la conciencia del tiempo”.*

*“La montaña mágica”*

*Thomas Mann (1875-1955)*

*Premio Nobel de Literatura 1929*

Recuerdo que para llegar a la sede de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas había que circunvalar el imponente predio conocido como Pabellón «Dr. Roberto Koch». Era imposible no reparar en él. Toda vez que lo hacía enfilando hacia el aula magna donde cada miércoles se desarrollaba el ateneo central del hospital, invariablemente me surgía una fuerte impresión de respeto y admiración. Hoy, a pesar de haber sido modernizado, atesora aún historias y anécdotas de largos y penosos padecimientos tuberculosos. Pero también resguarda la gesta de eminentes figuras de la fisiología argentina que supieron prestigiarlo con sus importantes logros científicos.

Luego de más de medio siglo luce más impresionante todavía porque en las últimas décadas fueron demolidos los pabellones reservados para la asistencia de varones tuberculosos cuya disposición edilicia lo rodeaba a modo de escolta. Hoy lo vemos hirguiéndose, imponente como una soberbia pieza arquitectónica que celosamente sigue velando por su rico erario científico.

El pabellón Koch solía congregarse a mujeres afectadas de tuberculosis pulmonar, sobre todo la forma crónica con su acostumbrada y tediosa evolución. Además de las amplias salas de internación, disponía de aula para los ateneos y reuniones científicas, consultorios para la asistencia ambulatoria, un ala para cirugía torácica y, en el piso superior, los amplios comedores para los pacientes y el personal.

La primera vez que me detuve como estudiante a observar aquella imponente estructura cubierta por amplios ventanales que tapiaban prácticamente toda el ala oeste del predio, quedé intrigado por el color azul intenso – casi cobalto – con que estaban revestidos. Por supuesto que la imagen ofrecida por tal fachada no era del todo agradable a la vista. Menos aún en lo anímico, al imaginar cuántos dramas de frustraciones existenciales se hallarían ocultos detrás de aquellos miradores azulinos.

A la vista surgía un evidente contraste entre los multiverdosos matices del amplio parque del hospital, diseñado para un conveniente aislamiento y como solaz para una larga estadía, y esa soberbia mole edilicia reservada para una cura de reposo, como era lo indicado antes del descubrimiento de la estreptomocina.

En aquellas lejanas décadas del '30 y '40, la tuberculosis sobrelevaba tristes letanías de toses, salpicadas por sorprendentes desgarridos escarlata, sudor y fiebre extenuante. Y por detrás, amparada por el silencio, la nostalgia del aislamiento obligado. Entonces había que preguntarse ¿Por qué la presencia de aquella imponente estructura edilicia con amplios ventanales de color azul cobalto? ¿Acaso tamaña mole arquitectónica no predisponía todavía más a un sentimiento melancólico? Quizás este breve aforismo de Hipócrates brinde alguna respuesta. Dice así: *“El ser humano debe armonizar cuerpo con espíritu”*. Es cierto ya que solo puede existir bienestar si este necesario entrelazado asegura el equilibrio. Principio que, además, ensambla con el pensamiento del físico Albert Einstein cuando sostiene que la energía está en estrecha relación con la materia. Entonces, si en términos de energía consideramos, por ejemplo, que la luz representa una forma de impulso distribuido en su extenso abanico espectral,

es atinado preguntarse qué influencia desplegaría la tonalidad azul sobre la materia, precisamente sobre el organismo humano.

Los adeptos a la cromo-terapéutica (1) sostienen que este matiz induce a la relajación y al reposo mientras que su vecino, el violeta, gobierna el sistema nervioso central simbolizando, además, la madurez y un apego hacia la contemplación.

Pero siendo el azul un color frío y relajante para el sistema nervioso central, también se ha comprobado que en ocasiones puede traducir estados de melancolía, aún en sujetos probadamente sanos. En el arte pictórico, por ejemplo, tenemos un interesante ejemplo del uso del color azul cobalto nada menos que por Picasso en sus difíciles comienzos en París donde sus obras, en la mayoría representando a figuras humanas en estado de extrema pobreza, o afectadas por diferentes enfermedades, las expresaba – anímicamente - con el monótono y sombrío azul cobalto. Era su estado de ánimo depresivo que – en forma subconsciente – lo inducía a elegir aquel sufriente aglomerado humano vistiéndolo con su genial pincel surrealista (2)

A partir de las últimas décadas logros científicos importantes vienen acumulando virtudes aprovechables en la utilización del color azul. Veamos:

Las tonalidades intensas del azul protegen de la acción de los rayos ultravioletas. En aquellas lejanas décadas de comienzos del siglo XX las enfermas tuberculosas recibían su balneoterapia solar recostadas en reposeras situadas en las largas y compactas galerías del Pabellón Koch, frente a los amplios ventanales protegidos con vidrios azul cobalto. Una forma segura de recibir las caricias terapéuticas de la luz solar pero asegurando la protección del posible efecto nocivo de los rayos ultravioletas, específicamente de aquellos ubicados en el intenso rango de energía denominada onda corta (UVC)

Mientras cumplía funciones como médico de guardia, varias fueron las oportunidades en las cuales fui llamado al Pabellón Koch por la enfermera de turno. Sus largas y simétricas galerías alineaban, en forma ordenada y con esmerada limpieza, hileras de reposeras donde

descansaban las enfermas con diversas formas de tuberculosis pulmonar. En su mayoría eran, llamativamente, mujeres jóvenes. Recostadas en sus estrechos tumbones, el color blanquecino de sus cubrecamas resaltaba frente al azul intenso de los amplios ventanales que parecían sellar aquellos largos corredores de necesario aislamiento.

En verdad yo era muy joven todavía para comprender que la tuberculosis, a pesar de su indiscutida génesis infecciosa, representaba, además, una enfermedad emblemática. Una suerte de metáfora disimulando, con su lánguida evolución, otros sufrimientos de la persona producto quizás de una sociedad en crisis. Así, desde las lejanas epopeyas, la tuberculosis era reconocida, por antonomasia, como un padecimiento que testimoniaba una escondida dolencia del espíritu. Con su eximia pluma así lo expresaba el escritor germano Thomas Mann en su memorable novela “La montaña mágica” (3). Luego de su lectura y al evocar hoy aquellas mortecinas siestas invernales mientras subía las escaleras del pabellón Koch para asistir a alguna de esas pobrecitas enfermas presas de una crisis tísica, comprendo con mayor claridad el oculto y resignado dolor existencial reflejado en aquellos semblantes melancólicos y encendidos, reposando en la quietud de sus *chaise-longue* y arrinconadas en alguna de las galerías del pabellón de vidrios azules. Llevando su agobiante tisis pero también - como expresa el escritor - soportando “el hastío ... cuando los días son semejantes entre sí...y no constituyen más que un solo día...”; donde la costumbre de un igual existir “...es una somnolencia o, al menos, un debilitamiento de la conciencia del tiempo ...”. Monotonía, vacío, pero también, hoy estoy seguro, cuántos anhelos y sueños frustrados hubiese yo podido escuchar de aquellas pobrecitas que me reclamaban porque la fiebre volvía a consumirlas y la tos, teñida con sangre rutilante, era quizás la pena de un íntimo reclamo.

Casi a fines de la década del '50 estudios realizados en animales de laboratorio demostraron que el azul es el mejor color para restaurar y sincronizar el ritmo circadiano. El haz de luz emitido con esta tonalidad estimula los receptores retinianos de forma tal que un nuevo fotoreceptor, descubierto en 1998 denominado “melanopsina” envía

señales al núcleo supraquiasmático que representa el “reloj” principal del cerebro. De esta forma se asegura la estimulación de la importante vía retinohipotalámica que sincroniza funciones vitales como las circulatorias, endócrinas y neuroconductuales. No es necesario insistir sobre la importancia que se asigna al ritmo circadiano en el mantenimiento de la salud. Cadencia que la imagino como un metrónomo regulando los acordes de la incomparable sinfonía de la vida (4)

No es mi intención analizar en profundidad acerca de la racionalidad que determinó la decisión de revestir aquellos amplios ventanales del pabellón Koch con vidrios azules. Sí admitir que antes del descubrimiento de la estreptomycinina, el objetivo principal era la cura de reposo, el régimen higiénico- dietético, los reconstituyentes a base de sales de calcio y vitamina D y el complemento de la helioterapia, pautas terapéuticas por otra parte ya utilizadas y reconocidas en países como Austria, Alemania , Suiza e Italia.

En el siglo XVIII, fue Christoph Hufeland quien sostuvo que la balneoterapia marina y la helioterapia eran los tratamientos de elección para la tuberculosis, sobre todo la forma osteoarticular. Sabemos que los rayos solares, recibidos en forma graduada, producen efectos beneficiosos tales como: vasodilatación de la piel debido a la transformación de la histidina en histamina. Esta vasodilatación denominada eritema solar, si no se excede en su grado de exposición, estimula las funciones de la piel y es un leve bactericida. También actúa sobre la médula ósea contribuyendo a la regeneración homocitopoyética.

Debido a que el rayo solar emite además radiación ultravioleta contribuye a la síntesis de vitamina D2 y D3, Pero también – como fuera ya mencionado – la luz solar es un estimulante psíquico y un regulador hormonal, razón por la cual, sincroniza el reloj circadiano.

Creo que lo hecho antes del advenimiento de la estreptomycinina fue atinado, coherente, oportuno y coincidente con esa práctica utilizada en Europa. Mientras el color azul ofrecía los beneficios ya mencionados la luz solar, graduada convenientemente por aquellos amplios ventanales protectores, cumplía su parte con el oportuno aporte de sus cualidades heliotrópicas.

En medio de estas consideraciones creo oportuno destacar aquí algunos efectos nocivos que provienen de ciertas formas de emisión de los rayos ultravioletas ( RUV). Estas ondas invisibles para el ojo humano, situadas detrás del extremo violeta del espectro solar, tienen tres diferentes longitudes de onda expresadas en nanómetros (5). Cuanto menor sea su longitud de onda mayor será su energía expresada en fotones (eV). Es por ello que los rayos UV de corta longitud de onda, al contener mucha energía, configuran un riesgo para la salud a pesar que ni bien llegan a la corteza terrestre son absorbidos por la capa de ozono, mitigando así su efecto deletéreo. Al respecto hoy día existe una gran preocupación debido a la fragilidad que está sufriendo esta capa de gas amortiguadora como consecuencia de la disminución de su espesor.

Bien conocidos son los efectos de los rayos UV de longitud de onda corta sobre la piel: pérdida de la elasticidad, perturbación en la respuesta inmunológica, arrugamiento precoz, riesgo de cáncer de la piel. Pero también la posibilidad de provocar, especialmente en mujeres altamente susceptibles a los RUV, el grave lupus eritematoso sistémico. Investigaciones recientes realizadas por la Dra. Rubin Kelley del Lupus Research Institute de New York, demostró que la luz solar estimula la piel para que produzca un Factor Estimulante de Colonias 1 (CSF- 1) a partir del cual se inicia una reacción en cadena que determina la aparición de las lesiones cutáneas características de esta grave inmunopatía sistémica (6)

Que los RUV tienen efectos mutagénicos ya no es novedad. Actúan sobre el componente del ADN distorsionando los enlaces de su cadena. Ello explica que posean efectos bactericidas, destruyendo hasta el mismo bacilo tuberculoso. Hoy día es un conocimiento muy aprovechable para combatir su transmisión en lugares muy concurridos como hospitales, prisiones, refugios para gente sin hogar. También para vehículos de transporte sanitario como las ambulancias. Se estima que la luz UV mata al bacilo tuberculoso y a sus formas de resistencia. En consecuencia la luz UV es también activa en la lucha contra la tuberculosis. Una invisible y generosa contribu-

ción de la Naturaleza para paliar esta penosa y antigua enfermedad, aladaña con la pobreza.

Con el afán de preguntarme por qué suceden ciertas cosas, a modo de addenda formulo esta reflexión: ¿Si distinguimos los colores del espectro solar, por qué al igual que la mayoría de los mamíferos, no logramos identificar el color ultravioleta? Al parecer la respuesta gira alrededor de una frustración ecológica-evolutiva. Y el hilo interpretativo se remontaría al período geológico del Cretáceo (entre 145 y 4 millones de años) época en que la superficie terrestre se hallaba dominada por depredadores y ciclópeos dinosaurios. Por supuesto un ambiente hostil para la convivencia de los primitivos mamíferos que tuvieron que adoptar hábitos noctámbulos para esquivar y no ser arrasados por aquellos descomunales saurópsidos vertebrados. Y dado que el vigente axioma "...la función hace al órgano" aquel sacrificado y huidizo patrón de vida "...hizo perder a nuestros antepasados los fotoreceptores para el ultravioleta ..." (7). Como nada es eterno, los dinosaurios desaparecieron, se cree debido a grandes cataclismos ecológicos...y ayudados, quizás, por multitudinarias maldiciones de los más pequeños! Lo cierto es que los mamíferos comenzaron a tomar posesión de la superficie terrestre. Comenzaron a colonizar el planeta y a adaptarse a sus nuevos ecosistemas. Al tornarse en especies diurnas tuvieron que incorporar sus necesarios receptores. "... Algunos primates recuperaron el receptor rojo necesario para reconocer los frutos maduros..." "...otros carnívoros recuperaron el receptor ultravioleta, de vital importancia para marcar el territorio a través de las heces y la orina que son una importante fuente de radiación ultravioleta" ¿Y el humano? Al parecer la faltó tiempo porque hasta la fecha no logra distinguir el color ultravioleta.

...quien sostenga que la criatura humana es divina y perfecta, le contestaría que por lo visto no tanto.

## **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- La cromoterapia representa una terapia alternativa energética mediante la utilización de los colores del espectro solar. Ayuda

a restablecer el flujo de nuestra energía interior facilitando así la curación de ciertas enfermedades. Esta técnica milenaria fue utilizada por las culturas de China, India, Grecia y Egipto, donde la aplicación del color estaba más relacionada con la mitología y la astrología. En la actualidad ha sido “encasillada en la medicina cuántica la cual “utiliza las radiaciones del espectro electromagnético” como efecto terapéutico para el organismo”.  
<http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/4160/1/CD-0950.pdf>

- 2- Martino Olindo. “*Pablo Ruiz Picasso y su concepción estética (pictórica) de la pobreza y de la enfermedad*” Bol. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 2005; 83 (2): 359 -369
- 3- a) Thomas Mann (1875 - 1955). Novelista y ensayista alemán, seguidor de Nietzsche. Ganador del Premio Nobel de Literatura en 1929 y del premio Goethe en 1949. Una de sus obras más famosas fue “La montaña mágica”. Adoptó la ciudadanía americana en 1944 junto a su mujer Katia. Tuvo seis hijos. Fue profesor y conferencista en la Universidad de Princeton. Combatió abiertamente el nazismo y la persecución judía, actitud que le valió el exilio de su patria. Murió a los 80 años en Zurich, Suiza.  
 b) El Dr. Luis Montiel Lorente, Profesor Titular de Historia de la Ciencia en la Facultad de Medicina UCM, publicó un pormenorizado ensayo sobre la novela de Thomas Mann intitulado: “La cura climática en La montaña mágica”. En su ensayo se refiere específicamente al tema de la enfermedad tuberculosa, considerándola una figura emblemática donde la cura climática desempeña en ella el papel central. Pero “del mismo modo que en la novela, la tuberculosis es una metáfora de otros malestares del individuo y de la sociedad ...”
- 4- Melanopsin-Descubrimiento-Función-Mecanismo-Significado Clínico-Efectos sobre el arrastre de la luz-Distribución de las especies.  
[http://centrodeartigos.com/articulos-de-todos-los-temas/articulo\\_31723.html](http://centrodeartigos.com/articulos-de-todos-los-temas/articulo_31723.html)

- 5- Conforme a la longitud de onda se reconocen los siguientes subtipos de rayos ultravioleta: el ultravioleta cercano que agrupa la onda larga (400-320 nm), la onda media (320-280 nm) y la onda corta, la más importante desde el punto de vista médico (283-200 nm). Más allá existen los rayos ultravioleta lejanos (200-10 nm) y los rayos ultravioletas extremos (91,2- 1 nm). Cada longitud de onda se halla representada por su capacidad energética medida en fotones (eV). Justamente el rayo ultravioleta de longitud de onda corta es, entre los rayos UV cercanos, el que emite mayor energía en fotones y por ello el de mayor el riesgo potencial para la salud.
- 6- Kelley R. How sunlight triggers lupus.  
<http://lupusresearchinstitute.org/discoveris/090128/kelly>
- 7- [http://es.wikipedia.org/wiki/Radiaci%C3%B3n\\_ultravioleta](http://es.wikipedia.org/wiki/Radiaci%C3%B3n_ultravioleta)  
 Pickrell, John. «Urine Vision? How Rodents Communicate With UV Light», *National Geographic News*, 8 de julio de 2003.  
 Mundy, Alison K.; Osorio, Daniel (2003). «Evolution and selection of trichromatic vision in primates» *Trends in Ecology and Evolution* **18** (4). doi:10.1016/S0169-5347(03)00012-0



Fig.: 10.1. El 12 de Junio de 1928, el ex Presidente de la Nación, Torcuato de Alvear aprueba la construcción de un Pabellón destinado a la internación de 200 mujeres afectadas de tuberculosis pulmonar en el Hospital Muñiz, con dependencia de la Universidad de Buenos Aires el que, en ese entonces, recibió el nombre de Pabellón «Dr. Roberto Koch»

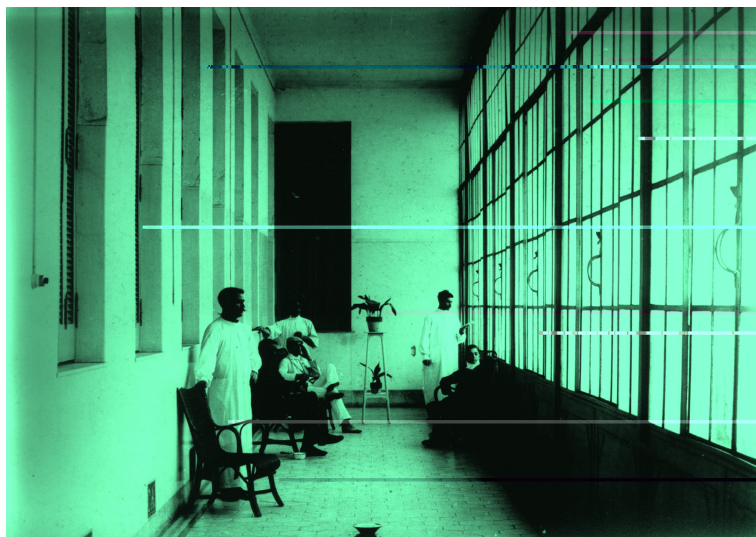


Fig.:10.2. Antigua galería de vidrios azules

## CAPÍTULO XI

### Una propuesta inesperada

*«El pensar bien consiste, o en conocer la verdad  
o en dirigir el entendimiento por el camino que conduce a ella.*

*La verdad es la realidad de las cosas.*

*Cuando las conocemos como son en sí, alcanzamos la verdad,  
de otra suerte, caemos en el error»*

*J. Balmes (1810 – 1848)*

De pronto un hecho fortuito iluminó mi horizonte vocacional. Nunca imaginé que poco a poco se transformaría en un candil cada día más luminoso pero que, también, significaría un pedregoso y empinado camino. Todo comenzó a fines del año 1958. Pocos meses después se iniciaría una larga, esforzada y de severo aprendizaje en la difícil y profunda disciplina de la medicina tropical.

Finalizado el examen para Médico Tisiólogo, me disponía a salir del pabellón Koch. Me dirigí entonces a los profesores de la mesa examinadora para saludarlos. Fue entonces cuando al estrechar la mano del Profesor Alfredo Lanari éste me dijo:

- Martino, días pasados estuve hablando con Rugiero – se refería al Dr. Humberto Rugiero, Profesor Titular de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas quien acababa de regresar de un viaje de observación a universidades extranjeras, además Instituciones Científicas Internacionales en Estados Unidos, Centro América, Brasil y Chile. Confidencialmente, me expresó que la Oficina Panamericana de la Salud, con sede en Washington, le había ofrecido dos becas de capacitación, una en la Universidad de Sao Paulo, Brasil, la otra en Santiago de Chile (1). Al respecto, me dijo que tenía in mente dos candidatos, uno de ellos era Usted. Coincidió con él y hoy, luego de su excelente examen, apoyo tal propuesta.

Frente a ese sinceramiento, procedente nada menos que de Lanari, quedé estatuado por la sorpresa. Tampoco imaginé que el Dr. Ruggiero detuviese su vista sobre mi hombro.

- Piénselo bien Martino. Piénselo porque oportunidades como estas existen pocas y cuando surgen basta una indecisión para dejar trunca una posibilidad que, a la postre, resulta ser única en la vida.

En verdad hay palabras que pesan y, poco a poco, con el correr del tiempo, acrecientan su significado y vaticinan horizontes. Mientras somos jóvenes es necesario aquietar el remolino de tantos afanes e ilusiones. Es preciso que así sea para aquietar ansiedades y permitir enraizar ideas y proyectos. Sin embargo, las palabras existen, pesan, motivan y con el tiempo se asientan construyendo el mundo imaginario que tanto, tanto, venimos deseando. Cuánto de cierta es la reflexión de Antonio Machado cuando dice: “*Si es bueno vivir, todavía es mejor soñar y, lo mejor de todo, despertar...*”

Con ese guiño revelador titilando en mi mente me fui bastante preocupado por cierto a mi casa para pensar...y mucho. Necesitaba refugiarme en el silencio, única forma de escuchar el susurro consejero y protector de mi conciencia. Necesitaba más que nunca sumergirme en la quietud, única forma de tranquilizar mi ser ante tamaño desafío, y obrar con criterio ¡Criterio...! “*Insustituible disposición crítica del espíritu que predispone hacia una actitud lógica*”(2). Porque esgrimirlo otorga un genuino juicio de valor para alcanzar un objetivo o satisfacer una necesidad. ¿Acaso ello no permite conocer una verdad que, al fin de cuentas, no representa otra cosa que una realidad ineludible? (3)

Confieso que mi ebullición mental se concentró también en la figura del Dr. Humberto Ruggiero. Absorto en esa cuestión comencé a recorrer el perfil humano de quien era, desde hacía dos años, mi nuevo jefe de cátedra. El Profesor Titular de la materia remplazando al bondadoso y recordado Profesor Hernán Gonzalez hacia quien mantengo vívido mi profundo reconocimiento.

El Doctor Humberto Ruggiero era de mediana estatura y robusta contextura. Era clara su ascendencia meridional. Una elegante figura

humana que contrastaba con la rudeza en su carácter. Su mirada penetrante, resaltando el intenso verdor de sus pupilas que no pocas veces lanzaban oleadas desafiantes. Lejos de poseer un carácter apacible era su costumbre oponerse, por momentos en forma irrefutable, a otras opiniones vertidas por sus subordinados y relacionadas con criterios diagnósticos o conductas terapéuticas. Por ello no era gentil con su palabra aunque sí educado, manteniéndose fiel a la ética a punto tal que, consciente de alguno de sus excesos verbales, solía pedir disculpas aunque siempre en forma privada.

Procedía de la prestigiosa escuela tisiológica del hospital Muñiz, destacándose como tal en la consulta privada. Desde el punto de vista infectológico impresionaba su vasta experiencia en poliomielitis y en el manejo del paciente diftérico, por lo general niños de corta edad. Debo confesar que mi sólido entrenamiento en el manejo clínico y terapéutico de la entonces grave enfermedad producida por el bacilo diftérico (*Corynebacterium diphtheriae*) se lo debo a él y a otro brillante clínico que era el Dr. José Cohen. En ocasión del grave brote epidémico acaecido en la ciudad de Buenos Aires entre los años 1963 y '64, el Profesor Rugiero me llevó a una dura prueba nombrándome coordinador en el manejo clínico de los enfermos internados en las salas XX y XXI, ambas pertenecientes a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

Era generoso cuando comprobaba que un médico joven se esforzaba por progresar. Era así como lo estimulaba proponiéndolo para becas de especialización o incorporándolo a proyectos de desarrollo en investigación clínica y en trabajos epidemiológicos de terreno. Hoy pienso que mi dedicación, intensa desde mi iniciación en la cátedra universitaria, fue por él tomada en cuenta al proponerme finalmente como candidato a una beca de posgrado en el exterior. Tal como fuera ya mencionado así se lo expresó al Profesor Alfredo Lanari.

Al poco tiempo de conocernos, el Dr. Rugiero y yo comenzamos a chocar. Seguramente empujados por nuestra exaltada ascendencia italiana. En las recorridas de sala, en los ateneos, durante la elaboración de trabajos científicos, frente al enfermo o cuando solicitaba opinión

acerca de un diagnóstico, de pronto saltaba la abrupta chispa del disenso. Pero con actitudes por momentos paradójicas. Y digo paradójicas ya que por un lado era el maestro orientador y generoso propulsor hacia el crecimiento de jóvenes médicos, mientras que por el otro crispaba el ánimo estar a su lado en los momentos en que se ofuscaba. Desde que lo conocí presentía que parte del meollo de sus embates hacia mi persona tenían el valor agregado por haber sido yo alumno predilecto del Profesor Hernán Gonzalez, su enconado enemigo en el ámbito de la política universitaria. Lo sostengo porque en los años que seguí a su lado, luego de mis varias capacitaciones en el exterior, el Dr. Ruggiero no perdía oportunidad de comportarse conmigo de manera paradójica. Hubo épocas que distinguía mi trabajo como docente y médico asistencial enviándome en varias ocasiones como veedor y coordinador de alguna de sus salas donde percibía que había caído el nivel científico. Pero por el otro no faltaron momentos de duros enfrentamientos y actitudes injustas de su parte hasta culminar con la suspensión, en una ocasión, de mi nombramiento como jefe de trabajos prácticos de su cátedra, situación que más allá de provocar una caída en mis ingresos, sacudió fuerte mi amor propio. A punto tal que recuerdo un duro enfrentamiento que estuvo a punto de epilogar con mi renuncia como médico de su servicio y que, finalmente, después de un mano a mano en su despacho, finalizó en una tregua que me hizo desistir de tal propósito. Sin embargo, no faltaron las oportunidades en que nos estrechamos las manos con afectiva sinceridad. Hoy, luego de tantos años transcurridos, estoy convencido de que muchos de sus celos y comportamientos intempestivos no eran otra cosa que raptos y protestas de un solitario malhumorado.

Una grave e invalidante enfermedad que lo afectó mientras se desempeñaba como jefe de cátedra me tuvo como protagonista y, sin pretenderlo, logró estrechar nuestros vínculos personales ya que, insisto, nuestra relación fue siempre bastante ríspida. Lo cierto es que una mañana mientras salía de su despacho para cumplir con su tarea matutina de recorrer las salas de internación pertenecientes a su cátedra, de pronto sufrió un desvanecimiento acompañado de transitoria pér-

didia del habla y una parálisis del hemicuerpo derecho. Rápidamente fue asistido por el grupo de neurólogos del hospital y depositado en una camilla en su propio despacho. Ni bien recobró el conocimiento y se decidía dejarlo internado en una habitación dependiente de una de las salas de internación para continuar su asistencia, el Dr. Rugiero con evidente disartria y notoria dificultad en hacerse comprender logró decir, repitiendo en forma reiterada y casi balbuceante: “déjenme en mi despacho...déjenme en mi despacho...por favor no me lleven a otro hospital...déjenme aquí...déjenme aquí...”.

En razón de que no quiso bajo ningún concepto moverse de su lugar de trabajo, tal voluntad fue cumplida. Un grupo de sus colaboradores decidimos el plan de acción con el propósito de brindarle los mejores cuidados profesionales. Personalmente me presté para alternar turnos con otros colegas y acompañarlo en el difícil trance de su enfermedad. Pasaron así semanas durante las cuales cumplimos guardias diariamente, y hasta en horas de la madrugada, junto a otros colegas del servicio.

Lenta fue su recuperación aunque jamás lo abandonaría la pesada carga de una severa hemiparesia. Cabe imaginar a un duro meridional con un hemicuerpo casi inerte! Finalmente, debido a insistentes ruegos de su mujer, el Dr. Rugiero aceptó cumplir una larga rehabilitación quinésica en su domicilio, donde un selecto grupo de profesionales del hospital Muñiz concurría a saludarlo periódicamente para apoyarlo en su lenta rehabilitación motriz. También para alentarle en su recuperación psíquica, hacia la cual contribuí olvidando los vericuetos ríspidos de nuestra relación personal. En una ocasión, mientras el kinesiólogo de nuestro hospital le realizaba la enérgica y rehabilitadora masoterapia, un tanto emocionado me dijo:

- Martino, le agradezco cuánto estuvo a mi lado para que pudiera salir vivo de esta desgraciada enfermedad...

Hasta su muerte, acaecida años después, mantuvimos un vínculo de mutuo respeto si bien no faltaron los imprevistos relámpagos desencadenados por nuestras acostumbradas ventiscas meridionales.

Tal como lo expresara al comienzo, de pronto me encontré como uno de los candidatos para realizar una importante especialización en el área de la salud pública, y preparatoria para una formación más

completa en medicina tropical. La soñada disciplina de mi objetivo final! Y todo ello, seguramente, se desarrollaría en una prestigiosa universidad latinoamericana. Faltaba saber dónde se iniciaría la dura faena de una segura y emocionante historia.

Los hechos se sucedieron con rapidez. Con el Dr. Vicente "Coco" Mazzafero, infectólogo brillante, entrañable amigo y compañero de guardia, fuimos propuestos por el Dr. Rugiero como becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS). Una propuesta que, por cierto, nos enorgullecía tomando en cuenta que la OPS representaba para toda América la filial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En todo el mundo sus becas eran muy cotizadas.

El crucial instante de la propuesta estuvo rodeado por una larga y distendida charla. Mientras lo escuchábamos me llamó la atención el tono afable con que lo hacía. Confesó que había depositado su confianza en nosotros. En el Dr. Mazzáfero había observado una clara inclinación hacia la disciplina epidemiológica, mientras que en mi persona percibía un evidente interés por el estudio de las patologías regionales, sobre todo aquellas oriundas del norte argentino. También había tomado nota sobre ciertos comentarios que yo hiciera en los ateneos de la Cátedra donde consideraba la necesidad de que los infectólogos de carrera, sobre todo aquellos radicados en las grandes ciudades, se sintieran más estimulados hacia los trabajos en terreno. En realidad yo había quedado atraído con la lectura y los resultados obtenidos en una importante campaña sanitaria organizada por el Profesor Carlos Fonso Gandolfo con un grupo de colaboradores de su cátedra, allá por el año 1943.

El otorgamiento de aquella, mi primera beca internacional, significó el prólogo de mi sendero vocacional: la apasionante órbita de las patologías regionales, lejanas, muchas inexploradas y alentadas otras por un penoso contexto social. Estaba claro que tan importante experiencia inicial me facilitaría acceder, tiempo después, a la tan compleja medicina tropical. Confieso que a partir de mi graduación no abandoné la idea de visitar alguna vez aquellos vastos e imponentes continentes tropicales como Brasil, Centroamérica, África y hasta la India. No podía olvidar la impresión que me causara leer la biografía de aquel

gran teólogo y médico alemán Albert Schweitzer quien rechazando la fama y la opulencia decidió radicarse en Lambarené (África) - en plena selva del Congo francés - hasta su muerte, sitio donde fundó la histórica y trascendente colonia para la asistencia de enfermos leproso(4). Schweitzer fue, a partir de los sólidos pilares filosóficos asentados por Sócrates, Séneca, Kant y Hegel, un vehemente practicante de la ética en el camino de la vida. Su concepción del respeto por la existencia humana, frente a la enfermedad y a la inexorable muerte, lo motivó a considerar al mundo tal cual era. Sus duras vivencias frente a enfermedades tristemente discapacitantes para el ser humano como la lepra le hizo decir alguna vez: "...por el sombrío valle de la resignación, el respeto a la vida nos lleva, estimulados por el imperativo interior, a las cumbres luminosas de la afirmación ética de la vida".

Tras la aceptación de tan preciada beca de capacitación, quedó fijado nuestro destino. "Coco" Mazzáfero haría su maestría en la prestigiosa Escuela de Salud Pública de Santiago de Chile. Allí, se especializaría en Epidemiología y Salud Pública. Yo, completaría la mía, en una primera etapa en la Escuela de Salud Pública dependiente de la Universidad de Sao Pablo, Brasil Más tarde, en la escuela de Medicina Tropical con asiento en el flamante "Instituto de Medicina Tropical", también perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Previa a mi capacitación en clínica de las enfermedades tropicales, debía realizar un curso preliminar en la disciplina Salud Pública en la mencionada Escuela de Salud Pública, dependiente de la universidad mencionada.

Quedó así impreso el prólogo de lo que sería, tiempo después, el segundo escalón de mi definitiva formación académica, la de médico tropicalista argentino. A partir de ese futuro, tan ansiado por cierto, quedarían firmes mis pisadas sobre la tierra colorada de tantas regiones calientes.

Teníamos apenas tres semanas para organizarnos, cumplir con los trámites en los respectivos consulados, obtener los permisos de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires - hoy Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - y además todo lo que seguía, enredado por cierto, ya que tocaba al aspecto administrativo.

Personalmente me enfrentaba con el delicado tema afectivo. Mi familia. Mi esposa y mi hija, Claudia Eleonora, que apenas había cumplido los seis meses de edad. Además, otra circunstancia inesperada me enfrentó con una penosa realidad. No se trataba solamente del desafío que implicaba ausentarme del país, cumplir eficientemente como becario de la OPS, dejar también a mi tierra, es decir lo mío y a los míos. Había algo más. Algo que venía preocupándome desde hacía ya meses y me hacía depositario de una ineludible carga de responsabilidad: la amenazante enfermedad que venía atravesando mi padre. Meses atrás los Profesores Raúl Vacarezza, Oscar Vaccarezza y José María Leston, le habían diagnosticado un cáncer de pulmón, que luego fue confirmado tras una endoscopia pulmonar realizada por quien fuera mi Jefe de Guardia, el Dr. Jorge Pilheu. Debido a que el tumor había invadido sectores vitales del pulmón derecho, precisamente el hilio pulmonar y parte del mediastino, la chance de éxito tras una eventual resección pulmonar era escasa. Sin embargo la propuesta se mantuvo en pie. Era la única posibilidad de alargarle la vida apoyando el pos-operatorio con radioterapia. Papá se negó rotundamente a la intervención. A partir de entonces comenzó una penosa letanía de sufrimientos que lo acompañó hasta el final de sus días. Murió un 19 de enero de 1959. Tenía 63 años. Desde entonces existen momentos que volviendo a mis recuerdos me pregunto cuántos diálogos e instantes no supe compartir con él, como hijo y también como amigo. Así lo perdí. Consciente de que no habría retorno, una incontenible nostalgia comenzó a impregnar mi espíritu. Aún mantengo su imagen como disipada en la penumbra del tiempo, esperando ese diálogo que ya no habrá. Una melancólica asignatura pendiente frente al profundo vacío que me ha dejado el eterno silencio de mi querido ausente (5)

Una semana después de sepultar a papá partía hacia Brasil, a ese gran país tropical que tanto me deslumbraría y también me exigiría en mi formación profesional y, sin duda, incidiría crucialmente en mi formación humanista. Estaba claro que tales objetivos debían lograrse porque en ese momento yo poseía un espíritu joven y deseoso de impregnarme de clásicos aunque también modernos conocimientos que, a mi entender, eran indispensables para comprender y aportar soluciones

a las graves tragedias sanitarias que asolaban, desde siempre, a vastas regiones de nuestro techo norteño, y cuya realidad alcancé a interpretar a partir de la lectura de los pioneros trabajos publicados – allá por la década del `30 – por la prestigiosa escuela de Salvador Mazza.

Todo transcurrió rápidamente. Como la breve siesta de una increíble quimera: una propuesta inesperada, una beca otorgada y una decisión irrevocable...y, luego, despertar con el corazón latiendo, tumultuoso, aunque melancólico y solitario.

El motor de mi juventud estaba presto y a punto. Fue así como por primera vez en mi vida me tiré virtualmente de la rígida avenida General Paz y empalmé hacia la larga senda de la aventura. Con la imaginación intenté, entonces, divisar a mi ilusión volando como un papelito de esperanza en busca de un nuevo puerto del saber. Y mientras caminaba ya por el amplio hall del aeropuerto de Ezeiza empecé a recordar esas bellas estrofas del poema “*No te detengas*” de Walt Whitman que dicen:

*“...No dejes que termine el día sin haber crecido un poco...” “No te dejes vencer por el desaliento”... “La vida es desierto y oasis. Nos derriba, nos lastima, nos enseña, nos convierte en protagonistas de nuestra propia historia...”...Tú puedes aportar una estrofa. No dejes nunca de soñar, porque en sueños es libre el hombre.”*

...y pensar que todo comenzó así!

Mi capacitación en Medicina Tropical se inició en el año 1959 y cumplió en cinco etapas: Capacitación en área de la Salud Pública que incluían las disciplinas siguientes: Saneamiento ambiental, Bioestadística, Parasitología y Microbiología médicas, Epidemiología; Área Medicina Tropical, con prácticas hospitalaria, de laboratorio de parasitología, microbiología y micología, museología tropical, ateneos clínicos, seminarios, trabajos de terrenos; Área de Patología Tropical; Área de Zoonosis; Área de Inmunopatología (Escuela de salud Pública e Instituto de Medicina Tropical dependientes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil); Área de Zoopatología Médica con Residencia en el

Instituto Butantan de Sao Paulo; Área de Dermatología Tropical; Residencia médica en Consultorios Externos y Emergencias infecciosas realizadas en el Hospital das Clínicas, Hospital Emilio Ribas, Hospital das Clínicas de Salvador Bahía, Fundación Gonzalo Moniz e Instituto de Medicina Tropical de la Universidad de Brasilia; Curso Teórico Práctico (con salidas a terreno) en regiones silvestres de Jacobina y Caatinga de Moura, pertenecientes al Estado de Bahía. Mis profesores, orientadores docentes y consejeros fueron: Profesores Dres. Carlos da Silva Lacaz, Joao Alves Meira, Dacio de Amaral, Leónidas Deane, María Deane, Gildo del Negro, Sebastian Sampaio, Raymundo Castro, Thales de Brito, Mario Camargo, Rodolfo Trabulsi, Joao Luis Cardoso, Rodolfo Texeira, Mario Binna, Aluizio Prata. En el año 1971 finalicé mi capacitación junto a mi querido y ejemplar maestro Prata (6)

Finalizada mi Maestría en Medicina Tropical, el Consejo Directivo del “Instituto de Medicina Tropical” de Sao Paulo me honró con la medalla de oro el mejor becario latinoamericano.

## Notas y referencias bibliográficas:

- 1- Hacía ya tiempo que en conversaciones mantenidas por el Dr. Ruggiero con alguno de sus colaboradores había manifestado su intención de formar médicos jóvenes de su cátedra en dos disciplinas : Salud Pública y Medicina Tropical. Al retornar de su viaje tuvo de la Oficina Sanitaria Panamericana, filial Buenos Aires, la promesa formal de conceder dos becas para realizar una maestría en las disciplinas mencionadas pero con especial prioridad y dedicación hacia el sanitarismo.
- 2- [www.google.com.ar/#q=el+criterio+definiciones+y+significado](http://www.google.com.ar/#q=el+criterio+definiciones+y+significado)  
 La **crítica** (del griego -krínô-, «juicio o discernimiento», y de -krínein- «analizar, separar») de las que deriva -kritikē-, -kritikós-, «crítico» o fig. juzgar con discernimiento. Una interpretación, usada por Balmes, que principia por proponer una definición de la verdad que

dice así: «*El pensar bien consiste, o en conocer la verdad o en dirigir el entendimiento por el camino que conduce a ella. La verdad es la realidad de las cosas. Cuando las conocemos como son en sí, alcanzamos la verdad, de otra suerte, caemos en el error*».

- 3- Balmes, J. El Criterio. pags.: 200-215. Biblioteca Clásica Sopena. Barcelona. 1976
- 4- Albert Schweitzer (Kaysersberg, 1875 - Lambaréné, 1965) Teólogo, filósofo y musicólogo de origen alemán ( luego ciudadano francés). Hijo de un pastor protestante, su actividad se extiende a los estudios teológicos, filosóficos, a la música y a la medicina. Como joven teólogo protestante, su primer trabajo importante, por el cual ganó una gran reputación, fue la obra *En búsqueda del Jesús histórico* (1906). La «veneración de la vida» constituye el principio de la religión de Schweitzer y la inspiración de su actividad al servicio del hombre. Él representaba a Jesús como alguien que, literalmente, creía que el fin del mundo estaba llegando en su propia vida y se creía a sí mismo como un salvador. El poner en práctica en su propia vida su filosofía de «Reverencia por la vida», fue lo que le valió un Premio Nobel y el reconocimiento mundial; una actitud que expresó de variadas maneras, siendo la más famosa el haber fundado y mantenido el Hospital Albert Schweitzer en Lambaréné, ahora Gabón, al oeste de África central, para ese tiempo todavía África ecuatorial francesa. Con respecto al pesimismo que embarga a la sociedad ecuménica llegó a decir: «Nunca por un momento dejamos de lado nuestra desconfianza por los ideales establecidos por la sociedad y de las convicciones que son guardadas por ella. Sabemos siempre que la sociedad está llena de locura y que nos engañará en lo que respecta a la consideración del significado de la humanidad [...] la humanidad significa consideración por la existencia y por la felicidad de cada uno de los seres humanos». En 1952 recibió el Premio Nobel de la Paz. También fue acreedor de la Orden de Mérito, una distinción que otorga el Reino

Unido y la Commonwealth y es concedida por el monarca británico. Fue establecida en 1902 por el rey Eduardo VII  
<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/s/schweitzer.htm>  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Albert\\_Schweitzer](http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Schweitzer)

- 5- Papá era oriundo del Sur de Italia, en la pintoresca y ribereña región calabresa de Palme, justo en el mismo pie de la península mediterránea. Desde pequeño fue un cristiano devoto y su ya talentosa voz de tenor le valió el puesto de monaguillo en el coro de su pueblo durante las infaltables misas sabatinas. Además de un virtuoso de la voz papá fue un distinguido alumno en la facultad de economía, donde cursó el primer año para luego abandonar sus estudios y lanzarse a la aventura, con sus juveniles ojos puestos en la entonces codiciada América del Sur. Llegado a Buenos Aires tuvo que trabajar hasta de zapatero para poder subsistir, alternando su azarosa vida de bohemio cantando serenatas en las ventanas de las jovencitas casaderas –en aquella época del novecientos era común este tipo de expresión juvenil– junto a sus compinches también calabreses que acompañaban sus dulces melodías con guitarras y mandolinas. En realidad estaba cantando, creo no equivocarme, a su añorada tierra natal. A la que nunca retornaría...

Papá era una persona educada, ordenada, minuciosa y hasta excesivamente formal. Su autodidacta cultura era envidiable. Con llamativa fluidez dominaba el idioma castellano y lo escribía con una depurada caligrafía que sabía usar en seis estilos de rasgos diferentes. Era un excelente bailarín y recuerdo precisamente que al danzar con mamá conformaban una pareja elegante. Fino en los ademanes, quien estrechaba su diestra parecía sentir el apretón de una mano aterciopelada por una cordialidad espontánea y sincera. Tantas veces he pensado en cuánto más lo hubiese disfrutado si me hubiera acercado más a él.

- 6- Desde aquella fecha transcurrieron quince años. En 1996 recibí una invitación de los profesores Aluizio Prata y Edison Reis Lopez, reponsables del Curso Internacional sobre Medicina

Tropical (con idénticos contenidos curriculares que el desarrollado en Salvador Bahía en la década del '70) con sede en la ciudad de Uberaba y dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Minas Gerais. Una de las grandes escuelas de medicina tropical donde se desempeñaba el Profesor Luis Bogliolo, prestigioso médico de origen italiano y creador de la Cátedra de Patología Tropical de Belo Horizonte en el Estado de Minas Gerais (Triángulo Mineiro). Allí me desempeñé como «*Profesor Convidado*» para dictar conferencias sobre diversos temas de patología infecciosa en el Curso Internacional que anualmente se dictaba la mencionada facultad. Cumplí con tan honrosa tarea hasta el año 2008.



Fig.: 11.1. Prof. Dr. Alfredo Lanari. Fui su alumno de posgrado en el Curso Superior de Tisioneumonología. Me orientó y apoyó vivamente para que realizara en el exterior la Residencia Médica en Infectología.



Fig.: 11.2. Vicente Martino, mi querido padre.



Fig.:11.3. Rumbo a Brasil. Comienza el largo camino.



Fig 11.4. Frente al Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, junto a su Director, Profesor Dr. Carlos da Silva Lacaz . Fue el día en que finalizó la cursada de la Maestría en Medicina Tropical, posando al lado de mis colegas latinoamericanos. A la derecha del Prof. Lacaz.



Fig.:11.5. Emotivo instante durante el cual recibo de manos del Profesor Lacaz la medalla de oro al mejor becario latinoamericano de la maestría en Medicina Tropical.



Fig.: 11.6. En el centro de la fotografía el Maestro Profesor Dr. Aluizio Prata, Director del Curso de Medicina Tropical (año 1998), dictado en la Facultad de Medicina de Uberaba. Allí participé como Profesor Extranjero «convitado». (segunda fila primero de la izquierda)



Fig.: 11.7. Con mis alumnos y Ex Residentes Dres. Carlos Saul y Favio Crudo, durante el Curso Internacional de Medicina Tropical realizado en el año 1998 en la Facultad de Medicina de Uberaba. Universidad de Minas Gerais.



Fig.:11.8. Junto a Becarios del Curso de Medicina Tropical (año 1998). Facultad de Medicina de Uberaba. Universidad de Mina Gerais. Brasil.



## CAPÍTULO XII

### **Explorando la naturaleza. Mis trabajos de campo**

*“Cuando un médico llega a un pueblo por él desconocido, observará la situación y las relaciones con los vientos y con la salida del Sol; porque los mismos efectos no son producidos por una exposición al norte que al sur, al este que al oeste; él requerirá nociones precisas sobre la naturaleza de las aguas que utilizan los habitantes, estudiará los distintos estado del sol, etc.*

*Generalmente vosotros hallaréis que a la naturaleza del país corresponde la forma del cuerpo y la disposición del alma...*

*Todo lo que la tierra produce es conforme a la tierra misma”*  
(Hipócrates de Cos ( 460 aC - 370 aC)

*“Si junto a la biblioteca tienes un jardín, ya no te faltará nada”*

*Cicerón (106 aC - 43 aC)*

Luego de haber recorrido mi empobrecida tierra, como otros lugares similares fuera de mi patria, no tenía aún claro los motivos reales que me impulsaron a escudriñar tantos montes y picadas de las provincias norteñas. Sin duda, la influencia de mi intensa capacitación en Brasil tuvo mucho que ver ya que había recorrido escenarios donde las tragedias sanitarias - sostenidas por la miseria, el analfabetismo y la marginación social - realmente me habían sensibilizado. Todas esas duras e inocultables vivencias templaron mi espíritu como también mi conducta profesional. Fue así como de pronto me vi vestido de fajina y calzando borceguíes. Ya liberado del virtual uniforme de soldado de infantería de aquellos inicios en la guardia de urgencia del Muñiz, comencé entonces una nueva etapa de mi vida como médico itinerante.

En verdad no tenía una idea cabal de cuánta tarea vendría por delante, aunque percibía que todo aquello, con lo que seguramente me enfrentaría, lo asumiría pues estaba ya impreso como sello de mi

destino. Hoy, tras el largo camino recorrido, agradezco a esa brújula imaginaria de mi ineludible vocación me haya permitido transitar tantos rumbos desconocidos en la práctica de una medicina poco enseñada, escasamente aprendida y practicada apenas por visionarios que nos dejaron una tremenda labor sanitaria y humanística todavía hoy no concluida. Por sendas y picadas, poco a poco, comencé así a grabar trechos inolvidables de mi vida como médico de campo.

A medida que la arcilla iba quedando impregnada en mis decididas botas, me di cuenta que la necesidad de aplicar mis conocimientos médicos no radicaba apenas en reconocer y tratar las enfermedades prevalentes en aquellas poblaciones rurales alejadas de centros societarios. Si bien no tenía claro el pleno sentido de mi labor en terreno, percibía, sin embargo, un nuevo propósito estaba corporizándose en mi afanosa búsqueda. La idea “*princeps*” comenzó poco a poco a fluir en mi visión sanitaria y ello me ayudó a reconocer más allá de lo visible. Frente a tales escenarios vivientes y no pocas veces dramáticos, me di cuenta que lo que realmente buscaba era desentrañar casi siempre soslayada “*historia natural*” de las enfermedades regionales, enraizadas sobre todo en el norte de la Argentina, allí donde las condiciones se tornaban óptimas para su desarrollo y persistencia.

Pronto me di cuenta que la importante y compleja tarea “*rastreadora*” de aquellas enfermedades regionales endemo-epidémicas, no alcanzaba apenas con ser ejecutada por un médico generalista o infectólogo. Desentrañar, interpretar y decidir acciones frente a la “*historia natural de un padecimiento en pleno terreno*”, significaba reconocer una compleja constelación de hechos: un escenario natural (clima, fito y zoogeografía); un reservorio apto para sostener un agente infeccioso (animal de sangre caliente o persona infectada); el agente infeccioso propiamente dicho, con una virulencia determinada; la presencia de eventuales vectores biológicos (insectos con capacidad de transmitir un microorganismo). Finalmente, el o los recipientes de tal cadena de transmisión. Me refiero a la población animal o humana susceptible de infectarse. Además, como

hecho imprevisto, la fortuita ocurrencia de desastres naturales que habitualmente desequilibran al originario ecosistema donde se desarrolla la mentada historia natural. En consecuencia, si aceptamos la existencia de un complejo soporte eco-epidemiológico que mantiene una noxa infecciosa en determinado escenario natural, debemos concluir que la tarea de identificarla, combatirla y vigilarla no puede ser tarea de un solo responsable sino producto de la labor mancomunada de un equipo interdisciplinario en salud constituido por: médico generalista, con orientación en infectología y patologías regionales, epidemiólogo, entomólogo sanitario, veterinario, ingeniero agrónomo, agente sanitario, asistente social, estadígrafo, sociólogo.

Observamos a diario situaciones sanitarias comunes a esta problemática, pretendidamente resueltas por el esfuerzo de una sola persona, cuántas veces analfabeta que grita a los cuatro vientos que acudan en su ayuda. Me adelanto a decir que en muchas regiones marginadas de nuestra patria esos lamentos de ayuda parten de un abnegado operario de la salud. Me refero al *agente sanitario*. Un desapercibido y abnegado ser, creado por la visionaria inspiración de Don Carlos de Alvarado. El agente sanitario representa una figura meritoria para la práctica de la medicina rural en regiones inhóspitas y de difícil acceso radicadas en el NOA, NEA y resto del techo del norte argentino.

Fue al regreso de mi primera incursión al norte de mi país cuando me conscienticé que era menester aplicar el recurso de la inteligencia compartida – una suerte de actividad interdisciplinaria y benemérita – única forma de lograr un diagnóstico de situación que tradujera, con la máxima certeza, la situación sanitaria imperante en las áreas donde desarrollaría mis trabajos en terreno. El propósito era claro: combatir a la enfermedad y mejorar la calidad de vida (1)

Desde el momento que acepté esta forma de expresarme en la difícil labor de terreno, procuré transmitir a quienes decidieran acompañarme todo lo que sabía, sin esconder conocimiento alguno. Siempre me pareció poco decoroso ocultar información como argumento para mantener distancia intelectual. He conocido docentes

que solían ladrar para disfrazar su mediocridad. En última instancia hubiera sido preferible que esos mentecatos mordieran a sus seguidores para así alejarlos de una falsa escuela.

A medida que, año tras año, jóvenes voluntades fueron incorporándose a mis planificaciones comunitarias, comencé a percibir una clara y leal predisposición de cada miembro del equipo; hecho que a ojos vista no pasaba apenas por la línea directriz de mi autoría. Más allá de construir la figura de un comprometido bracero comunitario, se erguía el necesario y encomiable “espíritu de colmena” entre los miembros del equipo interdisciplinario. Fue así como, junto a la labor sanitaria, poco a poco comenzó a florecer – en ese imaginario jardín de mis ilusiones - una vigorosa doctrina humanista (2)

## Primera experiencia de campo

### *La pequeña y lejana comunidad “wichi”, en la provincia de Formosa*

*“Con la naturaleza crecemos en la fe, confiando en que  
la diminuta semilla que sembramos brotará, crecerá y florecerá”  
Ted O’ Neal (escritor, humanista y profesor de la Universidad de  
Chicago)*

Para fines de 1964 había completado mi formación como médico tropicalista. Además, finalizada mi residencia médica en el Hospital das Clínicas, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Pablo.

Mi contacto con la realidad sanitaria del norte argentino comenzó un invierno de 1968. Desde entonces cuántas cosas viví... y sentí!

Nos esperaban años cargados de emoción y expectativas frente a escenarios, situaciones desconocidas y hasta inesperadas, pero casi siempre sobrellevadas por nuestra vocación de servicio que, a decir verdad, no pocas veces se entremezclaba con temerarios impulsos de aventura.

Nuestros viajes de reconocimiento sanitario se extendieron, desde el año 1968 hasta el año 1983 y abarcaron las provincias de Salta, Formosa, Chaco y Misiones, con incursiones esporádicas a Bolivia y Paraguay. Nuestro propósito era efectuar rastreos epidemiológicos de las poblaciones autóctonas. Tuvimos así la oportunidad de incluir a comunidades indígenas wichi -denominada también mataca-, toba y tiempo después guaraní, hasta ese entonces sin contacto con el sistema de salud y, la mayoría de ellas, tampoco con el hombre blanco.

En relación con la población wichi, radicada en la provincia de Formosa, sintetizaré los hechos más destacados para facilitar la comprensión del relato. Nuestro primer trabajo de campo, interdisciplinario, fue realizado en el mes de julio de 1968 en la localidad denominada “El Yacaré”, situada en el departamento de Bermejo, perteneciente a la citada provincia. Dicha localidad se halla recostada sobre la orilla de la laguna del mismo nombre y alimentada por un brazo del río Bermejo identificado como “Teuquito”. El medio ambiente, asiento de estas comunidades, ofrecía una imagen poco generosa para el desarrollo agropecuario. A pesar de la exuberancia del paisaje fito y zoogeográfico era notorio el triste espectáculo del aislamiento poblacional donde el suelo yermo, consecuencia de la intensa erosión eólica e hidráulica – avalanchas de agua pluvial, desbordamiento de ríos, tala de bosques, quema de campos, y pastoreo predominante caprino- desanimaba toda propuesta de explotación. No debía extrañar entonces que esas tribus, nómades en su mayoría, sobrevivieran gracias a la caza y a la pesca. Se hacía comprensible así la tendencia de radicar sus precarias viviendas –denominadas enramadas(3)- en lugares vecinos a un brazo de agua.

Nuestro grupo de trabajo estaba constituido por un médico pediatra (Dr. Alberto Dall’Bo), un médico neuropsiquiatra (Dr. Demóstenes Adolfo Melimán) – además pastor evangelista -, un médico veterinario especializado en enfermedades infecciosas y salud pública (Dr. Alberto de Diego), un médico cirujano (Eric Klausen), dos mujeres criollas de la zona que se ofrecieron como

voluntarias , la Sra. Blanca -esposa del pastor-, encargada de las actividades administrativas de la misión. Finalmente, mi participación como coordinador del grupo y especializado en patologías regionales y tropicales.

Permanecimos en el “Yacaré” alrededor de seis semanas. Además del reconocimiento ecológico – fito y zoogeográfico - del área en cuestión, nuestro objetivo principal era realizar un rastreo epidemiológico de la población indígena estable, estimada en 800 individuos. Utilizando el método aleatorio la muestra poblacional quedó constituida por 102 personas, 61 hombres y 41 mujeres.

Además de someter al examen físico y de laboratorio a cada individuo integrante de la muestra estadística, se procuró establecer en cada encuestado el impacto que cada factor del medio ambiente (contacto con insectos, agua contaminada, contacto con familiares enfermos, tipo de labor, hábitos alimentarios, etc.) ejerció sobre él durante su cotidiano vivir. Debido a la imposibilidad de traslado, resultó imposible efectuar radioscopia y radiografía de tórax. Tampoco registros electrocardiográficos. Adoptamos entonces el criterio de interrogar – valiéndonos de un intérprete en algunas ocasiones – y examinar con la mayor minuciosidad y, por supuesto, con mucha paciencia dada la dificultad idiomática y cierto rechazo – diría más bien timidez - por parte de algunos miembros de la tribu, sobre todo niños y adolescentes del sexo femenino (4). Más que emotivo resultó para mí observar a algunos niños wichi estremecerse como si estuvieran escalofríos febriles cuando arrimaba mi estetoscopio a sus pechitos para auscultarles el tórax. Sin duda era la primera vez que se acercaba a ellos un operario sanitario!

Aquel lapso de permanencia en el intrincado monte formoseño nos impregnó de emotivas vivencias y ricas enseñanzas, pero también nos sumió en impostergables reflexiones. Fueron largas horas de charlas bajo la mortecina luz de un lánguido farol iluminando el penumbroso rincón de alguna enramada wichi. Tertulias que, a modo de fogón anecdótico, nos demostraron hechos, modos de vida, carencias, folclore, creencias, reclamos tribales, sufrimientos, marginación... Hoy las evoco resumiéndolas así:

La región, motivo de estudio, representaba una comunidad aislada, sin comunicaciones, con escasos recursos forestales, precisamente en la región de “El Yacaré” debido a esteparias presencias de manchones de peladares y vinales (5) que ofrecían el penoso espectáculo de un suelo irrecuperable. Sin embargo la notoria aridez de la región era ocasionalmente salpicada por pintorescos bosquecillos con especies arborícolas genuinas del paisaje formoseño, tales como el palo santo (*Bulnesia sarmientoi*) venerado por los pobladores y cuyo aroma agradable era habitual percibirlo saliendo – durante las noches – de troncos que a modo de brasas encendidas calentaban el interior de las chozas. Para los campesinos del lugar tal fragancia se hallaba estrechamente arraigada al sentimiento vital de su tierra. Un tenue vaho que endulzaba la caída de la tarde haciendo más tolerable ese vacío existencial.

Otras especies nativas se intercalaban al paisaje predominante del palo santo: el algarrobo blanco (*Prosopis alba*), el quebracho colorado (*Schinopsis balansae*), las palmas, el itín (*Prosopis kuntzei harms*) y el ya mencionado vinal (*Prosopis ruscifolia griseb*).

La comunidad wichi vivía preferentemente de lo que le brindaba la caza y la pesca. Desde pequeños los “mataquitos” ya eran diestros en el manejo del arco y la flecha con los cuales solían capturar a sus presas. Los adultos, en su mayoría sin fuentes de trabajo, para sobrevivir y mantener sus núcleos familiares cumplían las mismas tareas, salvo aquellos que conseguían trabajo como “hacheros” obteniendo mengues jornales que para mantenerlos debían ausentarse de sus hogares durante largos períodos. Estos miserables mendrugos, que en forma de bonos eran expedidos por jornaleros usureros, eran administrados en su mayoría por criollos que ejercían el liderazgo local gracias a influencias políticas. Los jornales, representados por vales grasientos y arrugados, eran entregados al final de cada semana. Así eran canjeados por alimentos y sobre todo alcohol – generalmente de quemar! – con el cual esa pobre gente se emborrachaba sin saber a los peligros que se exponían. Agrego que el coqueo era también habitual en la comunidad mataca de “El Yacaré” Sin embargo, am-

bos hábitos fueron disminuyendo con el tiempo gracias a la benemérita labor de un matrimonio de maestros puntanos, evangelistas, que estuvieron varios años radicados en dicha comunidad, educando y convirtiendo a ese pobre retazo de humanidad, ingratamente marginado por la sociedad criolla y también blanca, bravucona y usurpadora de aquellas tierras. Qué otra cosa cabría frente a esos seres, sin tierra y poco menos que descartables.

Agrego a este relato un triste episodio vivido durante mi permanencia en la comunidad wichi. Una mañana de aquel invierno del '68 nos encontrábamos con el Dr. de Diego a orillas de la laguna Yacaré tomando muestras de agua para luego someterlas a análisis físico, químico y bacteriológico, con el propósito de conocer su aptitud para el consumo y el posible grado de contaminación con materia orgánica (6), hecho que de confirmarse aseguraría la presencia de flora microbiana de origen entérico en ese espejo de agua.

En la orilla opuesta se encontraba un grupo de hacheros talando árboles de algarrobo y palo santo. De pronto alcanzamos a divisar una súbita aglomeración de obreros alrededor de un grueso tronco a medio talar. Al pie del mismo yacía exánime un hachero, mataco él y habitante de la comunidad. Lo cierto era que el pobre estaba muerto. Como si un “... *refucilo lo hubiese volteao...*”, exclamó un labrador criollo que componía la cuadrilla de monte. Se trataba de un mataco de apenas unos treinta años (7), que experimentó una muerte súbita que bien podía vincularse con un síncope chagásico. Posteriormente la serología para la enfermedad de Chagas – Mazza realizada con una muestra de su sangre – previa a su muerte - había dado positiva.

Y,9-0.025 Tw 0 -1.2[ commars(ció)5(n de ob conec10(opgs a )0at10(e)-10(via)ost

ocupante era que la sepultura no tenía la profundidad necesaria, exponiendo al cuerpo a remoción por la acción de animales sabuesos. Cuando se le planteó al cacique la necesidad de sepultar a sus muertos dentro de un encofrado de madera y a una profundidad no menor a un metro sesenta, respondió – con aire supersticioso – que el lugar para sus muertos debía ser pequeño para evitar el regreso de los difuntos. Luego de una convincente perorata por parte del Dr. Melimán – como pastor de la comunidad – el cacique accedió a que se construyera un féretro de madera confeccionado con madera de algarrobo el cual – con el fin de evitar la rápida descomposición del cadáver – pudo terminarse en, aproximadamente, día y medio.

Luego de depositar al difunto en el féretro improvisado y cubrirlo con una adecuada capa de tierra, el cacique y su hermano – mensajero e intérprete – cumplieron con el rito de pedir a los espíritus que su alma se corporizara en la figura de algún perro que formaba parte del folclore animológico de aquella tribu. Al momento y como salido del recóndito monte formoseño se escuchó un lánguido cántico indígena envuelto en la etérea fragancia del palo santo. Mientras escuchaba aquel lamento indígena recordé algo trascendente que la filosofía budista le otorga al sentido de la muerte. El gran escritor, filósofo y maestro budista Sogyal Rimpoché consideraba a la muerte como “...*un cambio de ropa*” cuando la usada en vida ya se hallaba vieja y gastada pero “...*no como un final definitivo*”(8). Salvando la distancia milenaria entre Oriente y Occidente, asocié ese concepto budista de trasiego incorpóreo del espíritu con el traspaso del alma indígena a la figura del perro faldero.

No cabía asombrarse por descubrir las más variadas patologías en los miembros de aquella comunidad indígena y vincularlas, sobre todo las más relevantes, con el nivel de precariedad socio-económica, cultural y sanitaria (9). El resultado del examen físico realizado trasuntaba fielmente lo expresado. Así, llamativa fue la incidencia de afecciones en la cavidad oral, debido a la falta de higiene bucodentaria, la alimentación no equilibrada y además, como hecho hasta el momento no registrado, la carencia de fluor en el agua de consumo procedente de la

laguna o de alguna fuente natural existente en el paisaje de la región. Con la apertura de sus bocas, más del 60% de la población infantil y adulta mostraba el negligente estado de sus piezas dentarias, las cuales semejaban cráteres halitosos debido a la presencia de caries de cuarto grado, asociadas con diferentes grados de gingivitis y avanzadas paradentosis. Imagino los quejidos de aquellos mataquitos que a falta de caramelos que justificaran esos boquetes malolientes, se distraían escarbándolos con ramitas del bosque.

Siempre tuve la preocupación de examinar prolijamente la piel de las poblaciones rurales, sobre todo de aquellas pobres y marginadas. Conducta que asumí porque en el diario vivir esta importante vestimenta que nos cubre durante la vida puede, debido a variados factores y circunstancias (radiación solar, padecimientos específicos, cambios climáticos, nutrición deficiente, estrés social, etc.), revelar un significativo cambio en su lectura dermatológica. Permítaseme la licencia comparativa. Me refiero puntualmente a cambiar su aspecto como lo hace un camaleón bajo la influencia de interacciones sociales (10). Por ejemplo se encuentre en calma o excitado! De igual forma el ser humano en sus interacciones vitales y con el medio ambiente, sean éstas agradables, desagradables, evocadoras de un contagio, estresantes, etc. puede, en ocasiones, expresar en su piel un estado placentero, hostil o bien consecuencia de una deficiente educación sanitaria. Cuánta información puede brindarnos una medulosa lectura de la piel... y una buena dosis de paciencia!

En más de una ocasión, durante mis travesías, me pregunté si era posible establecer diferencias entre una franca desigualdad social y la lectura de la piel. Con el tiempo comprobé que las había. Más aún, era posible reconocer padecimientos de la piel que expresaban a las claras la existencia de una “pobreza estructural”. Así, en “El Yacaré” pude comprobar dermatosis que fortalecían tal vínculo entre ese Yo sufriente - y miserable - con la cruda desigualdad social: la escabiosis - ¡la sarna, a veces compañera inseparable de una buena dosis de indolencia personal! -; la pediculosis - hoy día también inquilina de barrio norte!; piodermitis - producto del rascado y la falta de higiene; las frecuentes boqueras

– “comisuritis” debido a hipovitaminosis o a variadas infecciones –; el tracoma endémico – frecuente en regiones con clima cálido –; la triste pelagra – pigmentación sombría de la piel debida fundamentalmente a una grave carencia del complejo vitamínico B, conocida también como dermatosis de las tres D “diarrea, dermatosis, demencia”–; el dertos volante – pequeñas decoloraciones de la piel de la cara frecuentes en los niños, producto del rascado y hasta vinculadas con parasitosis intestinales –; una piel seca e ictiósica – pequeñas escamas en miembros inferiores que, al asociarse con visión crepuscular dificultosa (hemeralopía) o ceguera nocturna (nictalopía) y a una lengua depapilada, testimonian una clara hipovitaminosis A. Todo lo expresado lo pude comprobar, en mayor o menor grado, en comunidades wichi y tobas y, años después, en poblaciones guaraní de la provincia Misiones.

Con frecuencias algo menores a los trastornos comprobados en la cavidad oral y en el tegumento fueron evidenciados en el aparato respiratorio donde la tos fue síntoma predominante. Si bien pudo confirmarse la tuberculosis en apenas dos indígenas, la imposibilidad de someter a dicha población al método abreugráfico – técnica rápida y módica de obtener pequeñas fotografías del tórax (11). Tampoco contábamos con radioscopio ambulatorio circunstancias que nos privó de precisar mejor las patologías respiratorias. Sin embargo resultó llamativa la reactividad cutánea a la PPD que resultó significativamente positiva en el 84.8% de aquella población wichi que asociaba algún padecimiento respiratorio (tos, expectoración, dolor torácico, anomalías auscultatorias, adelgazamiento, sudoraciones nocturnas). La respuesta a la tuberculina purificada (PPD) –eritema e infiltración mayor a 10 mm– observada en la población indígena fue significativamente mayor que la verificada en la criolla.

La auscultación cardíaca reveló la presencia de soplos con características patológicas que bien podían asociarse a la elevada prevalencia serológica de infección chagásica – 83.7% positiva - Cabe agregar que de los 39 niños incluidos en la muestra estadística inicial – sobre 102 individuos encuestados – el 71,8% mostró positividad serológica a la reacción de inmunofluorescencia para la enfermedad de Chagas. Sin

embargo, en la población infantil los soplos podían estar también relacionados a la infección estreptocócica, habida cuenta de la elevada incidencia de focos sépticos dentarios y al hecho de haber comprobado niños con eritema nodoso y dolores articulares. Por motivos técnicos fue imposible efectuar dosaje de antiestrptolisinas O (ASTO), e hisopado faucial para descartar la portación de *Streptococcus beta hemolítico*.

En el aparato digestivo llamó la atención la prevalencia de hepato esplenomegalia, aunque leve, sobre todo en la población infantil donde el 60% de los niños menores de 10 años estaban parasitados indistintamente por las especies siguientes: *Entamoeba histolitica*, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis*, *Dientamoeba fragilis*, *Iodamoeba büschlii*, *Hymenolepis nana*, *Trichuris trichiura*. En todos los chicos parasitados llamó la atención el abdomen globuloso y la protrusión del ombligo. Cuando palpaba sus barriguitas era común que presentaran un pequeño dolor alrededor del ombligo y, en algunos niños, el colon sigmoideo algo espástico y sensible a la palpación profunda. Pero quizás lo más llamativo - no aprendido en los textos de parasitología - fue comprobar la presencia de un signo - sobre el cual no tengo aún valedera explicación - presente primordialmente en aquellos intensamente parasitados con giardias, quienes manifestaban dificultad para acomodar la vista en objetos diversos y, en circunstancias extremas visión doble. Este signo denominado "astenopia" podría deberse a un defecto en la acomodación de la vista vinculado probablemente con deficiencia en la absorción del ión potasio, toda vez que el intestino delgado está intensamente parasitado originando un síndrome de mala absorción de nutrientes.

Por otra parte no existían dudas sobre la presencia de contaminación microbiana en la laguna Yacaré, ocasionada por el declive del suelo que a través de los surcos naturales creados por el lavado de las lluvias. En coincidencia con esta realidad ecológica fue elocuente la presencia de leptospiras - cuyos reservorios son los perros y los roedores de diferentes especies quienes eliminan tales bacterias a través de la orina - con una prevalencia serología del 24,2% de la muestra estadística; además comprobamos la presencia de salmonelas y shi-

gelas, procedentes del intestino humano, con una serología positiva en el 23,4 % y del 20,7%, respectivamente.

Debido a la elevada prevalencia de serología para enfermedad de Chagas, se procedió a la captura de todas las posibles especies de insectos asentados dentro de las viviendas, en los resquicios de las paredes y en los aledaños de las viviendas. Fueron así identificados ejemplares de *Triatoma infestans*. Se procedió entonces a comprimir el abdomen de las vinchucas capturadas –con especial atención aquellas apresadas dentro de las mismas – y pudo visualizarse en su contenido formas “infestantes” de *Trypanosoma cruzi*, variedad humana. Pero además se logró capturar en la naturaleza, pero en menor cuantía, ejemplares de *Triatoma barciabesi* vectores potenciales de infección chagásica.

Finalmente pudo establecerse que la tasa de crecimiento de los niños menores de 15 años era menor a la de los criollos. Una de las causas postuladas por el pediatra del grupo de trabajo fue el déficit nutricional a que se encontraban expuestos los pequeños indígenas.

Dado el riesgo potencial para la época, se procedió a la vacunación antivariólica en 202 individuos pertenecientes a la población mataca y criolla, obteniéndose una franca respuesta – primoinfección vaccinal – en el 89,1% de los individuos y en el 40,0% de los revacunados. Ello testimoniaba la casi total falta de inmunidad para la viruela – alastrim - en aquella población. Tiempo después logramos sensibilizar a las autoridades de turno para completar el calendario de vacunación vigente según la demanda epidemiológica del momento.

Si bien la encuesta epidemiológica demostró evidentes deficiencias sanitarias, algunas graves – caso particular de la prevalencia de infección chagásica, el poliparasitismo y la desnutrición proteíno-calórica – fuimos conscientes sobre la necesidad de mejorar la “cualidad de vida”, objetivo que no se lograría con resolver apenas la penosa quiebra de la salud y su herrumbroso grillo acompañante: la pobreza estructural. Porque como señalaba Silvana Ribotta (12) al referirse a esa lamentable realidad antropológica: “*esta privación de la capacidades básicas para alcanzar determinados niveles mínimamente aceptables, debido a carencias o falta de ingresos y demás factores relacionados con el*

*contexto cultural y familiar y con la situación social y personal*” se hallaba claramente inscripta en la flagrante y continua frustración de aquellas etnias con derecho para crecer, desarrollarse y lograr el mínimo bienestar que exige una vida digna. A través de los años, a partir de aquel lejano y casi final de la década del `60, observamos cómo, poco a poco, vienen diezmándose con regularidad inexorable estas poblaciones. Marchitándose como suele hacerlo un jardín viviente despojado del generoso riego para transformarlo en un gran jardín societario. Lo peor del caso es que se olvida que esas comunidades indígenas son, por simiente natural, los legítimos dueños de su “*Pacha Mama*”.

Conscientes de lo rescatado en aquella provechosa, realista y emotiva aventura sanitaria pero, quizás mejor decir antropológica, consideramos necesario proponer para aquella época histórico-sanitaria, una serie de medidas tendientes a remediar la situación sanitaria y consecutivamente elevar la calidad de vida de tales poblaciones. Dichas recomendaciones fueron oportunamente remitidas a las autoridades provinciales y nacionales. Y, sin dudar, a modo de documento sanitario e histórico, giramos esa experiencia inédita a la Oficina Sanitaria Panamericana, filial latinoamericana del máximo organismo sanitario ecuménico: la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra, Suiza

Las medidas aconsejadas fueron las siguientes:

- a) Recuperar las pasturas de la región mediante la ejecución de un desmonte controlado
- b) Implantar una zona de riego para el desarrollo forestal y ganadero
- c) Las medidas aconsejadas en (a) y (b) tenían por objetivo favorecer la creación de nuevas fuentes de trabajo
- d) Crear un sistema de transporte con adecuados caminos y forma de comunicarse con el objetivo de romper el aislamiento de aquellas poblaciones
- e) La vigencia de diversas patologías regionales, con elevada morbilidad, obligaba a la inmediata creación de un centro primario de medicina asistencial y preventiva. Con una apropiada

educación para la salud orientada principalmente al uso correcto del agua, letrinas sanitarias, higiene materno infantil y bucodentaria. Para la época era necesario asegurar la vacunación masiva contra la salmonelosis y shigelosis, además de las clásicas: triple(difteria, tétanos, coqueluche), antivariólica (ya iniciada por nosotros y suspendida años después debido a la erradicación de esta virosis), y BCG.

- f) Mejoramiento de la vivienda, especialmente orientada a la protección contra insectos(vinchucas)
- g) Modificación de los hábitos alimentarios y práctica de conductas higiénicas adecuadas
- h) Contar con el asesoramiento de ingenieros agrónomos especializados en cultivos por sistema de regadío y por ingenieros viales para lo concerniente a las comunicaciones
- i) Financiamiento por parte del gobierno de la provincia de Formosa de un proyecto para la recuperación del ecosistema correspondiente a la región de “El Yacaré” .

Y, así, transcurrieron casi cinco décadas. La tarea en su momento fue cumplida. Los resultados obtenidos estuvieron a la vista. Las proposiciones hacia una recuperación de la región a nivel ecológico y antropológico, con el primordial objetivo de elevar la calidad de vida de aquellas poblaciones, fueron emitidas oportunamente a nivel provincial, nacional e internacional. Mientras tanto, esas etnias siguen marchitándose por la desidia de la indiferencia de quienes ostentan el poder de decisión.

...y el jardín de esperanzas sigue marchitándose!

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- En mi calidad de coordinador de la XXI Reunión de las Academias Nacionales de Medicina del Plata, donde se desarrolló el Tema: “*Calidad de Vida en dos países de la Cuenca del Plata: Argentina y Uruguay*”, emití el concepto siguiente: “*La calidad*

*de vida representa un magno atributo que pretende calificar, con fundamento holístico, el bienestar integral del hombre. Valorizando principalmente la salud, la educación, la expectativa de vida y el ingreso per cápita. En consecuencia, una condición de vida aceptable ambiciona comodidad física, equilibrio psíquico y afectivo, nutrición adecuada, vivienda comfortable y sanitariamente inobjetable, e ingreso digno”.*

- 2- Una doctrina hacia la nueva generación – médica, paramédica y hacia otras disciplinas sociales - que, más allá de apuntar al manejo adecuado y honesto de una situación sanitaria objetable, representara un cónclave humano solidario en sus funciones, deberes y derechos. Un credo dirigido al individuo despojado, a su grupo familiar y a la comunidad misma. Un compromiso de operar en el escenario mismo de la tragedia sanitaria con fortaleza, conocimiento y sentimiento filantrópico.
- 3- Denominadas así porque eran construidas con ramas entrelazadas y revocadas parcialmente con barro.
- 4- El estudio, considerado referencial por la Oficina Panamericana de la Salud -sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-, fue publicado como: “*Estudio epidemiológico efectuado en el Yacaré, provincia de Formosa (Argentina)*” Dres. Olindo A L Martino, Alberto I de Diego, Demóstenes Adolfo Melimán, Alberto Dall’Bó y Eric Klausen. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, noviembre de 1970; pags. 417- 435
- 5- Como consecuencia de las crecidas periódicas del río “*Teuquito*”, las erosiones hídricas – lavado de la capas superficiales – conformaron suelos arcillosos y áridos tornándolos yermos e improductivos, salvo esforzados mini emprendimientos a nivel familiar. Por su parte los vinales, frecuentes en el paisaje ecológico de la región, representaban arbustivas provistas de espinas robustas y alargadas, peligrosas si no eran percibidas especialmente en incursiones nocturnas. Conozco el caso de un gendarme que, al pretender apartar un arbusto para despejar un camino durante

- un procedimiento, se le incrustó en la órbita una espina del vegetal ocasionándole la pérdida del globo ocular.
- 6- La materia orgánica a la que me refiero comprende las deyecciones humanas y animales volcadas a la laguna por efecto de la erosión. Los indígenas acostumbraban a defecar a ras del suelo ubicando su virtual letrina detrás de la vivienda o bien se trasladaban a pequeños manchones de bosque vecinos a sus viviendas.
  - 7- Me llamó siempre la atención la expresión de envejecimiento precoz en las facciones de ciertas poblaciones indígenas, con marcada presencia de arrugas que no concordaban con la edad real de la persona.
  - 8- Sogyal Ranchipore, escritor y maestro de la filosofía budista, nació en el Tíbet en el año 1947. A los seis meses ingresó en el monasterio del que sería su maestro Jamyang Khyentse Chökyi Lodrö. En 1971 fue a Inglaterra donde recibió una educación oriental estudiando Religión Comparada en la Universidad de Cambridge. Como maestro forjó un hábil estilo personal de adaptar las enseñanzas de la vida moderna a través de su inmortal obra *“El Libro Tibetano de la Vida y de la Muerte”*. Rimponché es fundador y director espiritual de Rigpa, palabra tibetana que significa *“la naturaleza más profunda de la mente”*. En el Tíbet existe la tradición de reconocer las reencarnaciones de los grandes maestros que han muerto. Sogyal fue así reconocido como la reencarnación de Tertön Sogyal.
  - 9- Como era de suponer el resultado del estudio epidemiológico demostró que ninguna de las Necesidades Básicas para el logro de una vida digna estaban satisfechas. Vivienda miserable, ausencia de letrina, carencia de agua potable, analfabetismo en la mayoría de los pobladores indígenas, expectativa de vida que promediaba los 35 años, inexistencia de fuentes de trabajo con relación de dependencia, hecho que tornaba imposible valorar el ingreso per cápita. Adversidades agravadas todavía por la ausencia del jefe de familia de su vivienda por lapsos prolongados, quien procuraba – con indisimulable rechazo del criollo o

del poblador blanco por su condición étnica - incorporarse a un obraje como hachero o a exiguas cosechas de maíz, tabaco y frutos cítricos.

- 10- Científicos de las secciones de Biología y Física de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Ginebra (UNIGE), en Suiza, han descubierto los mecanismos que regulan la capacidad de muchos camaleones de exhibir cambios de color complejos y rápidos durante las “interacciones sociales”. Cuando el camaleón está en calma, se organiza en una red densa y refleja las longitudes de onda azul. Cuando se excita, se afloja su enrejado de nanocristales, lo que facilita la aparición de reflejos amarillos o rojos. En un estudio publicado en Nature Communications, el equipo dirigido por los profesores Michel Milinkovitch y Dirk van der Marel demostraron que los cambios se producen a través de la puesta a punto y activación de un entramado de nanocristales presentes en una capa superficial de células dérmicas llamados iridóforos.

<http://www.20minutos.es/noticia/2403361/0/camaleon/cambia-color/explicacion-cientifica/#xtor=AD-15&xts=467263>

- 11- Método económico y rápido para despistar patologías pulmonares en gran escala descubierto en el año 1936 por el médico brasileño Manuel de Abreu.

- 12- Silvina Ribotta: La injusticia de la pobreza y el hambre: a 10 años de comenzado el próspero y convulsionado siglo XXI. Artículo tomado de:

*“Pobreza, hambre y justicia en América Latina y el Caribe. Debatiendo sobre la justicia mientras 53 millones de latinoamericanos sufren hambre”*. Revista Electrónica Iberoamericana (REIB), Vol. 4 N° 1, 2010,

<http://www.urje.es/ceib/investigacion/reib.html>.



Fig.:12.1. El largo sendero que conducía a la «Laguna Yacaré»,  
asiento de la comunidad «wichi»



Fig.: 12.2. Difícil resultaba transitar por los  
senderos de tierra arcillosa en días de lluvia



Fig.:12.3. Rancho toba.



Fig.: 12.4. Agente sanitario. Al fondo viviendas de la etnia «wichi»

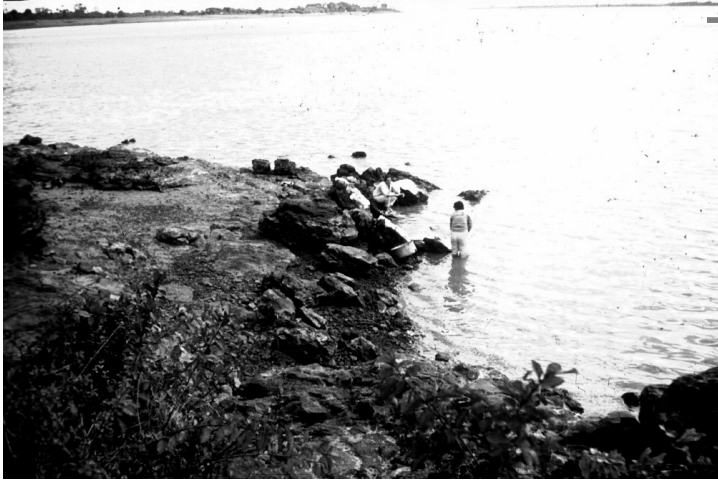


Fig.: 12.5. Laguna Yacaré. El análisis bacteriológico demostró la presencia de bacterias y parásitos de origen intestinal.



Fig.:12.6. Grupo familiar «wichi»



Fig.:12.7. Anciana de la etnia «wichi» transportada a la misión «El Yacaré» para ser asistida por la misión médica.



Fig.: 12. 8. Mujer «wichi». Aunque no podía precisarse la edad, era frecuente observar el envejecimiento precoz, sobre todo de la mujer .



Fig.: 12.9. Mujer «wichi»



Fig.:12. 10.Niña con infección chagásica.  
Complejo oftalmoganglionar de Romaña  
(«ojo en compota»)

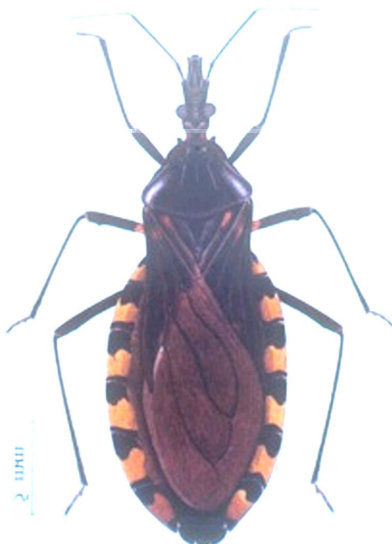


Fig.: 12.11. Vinchuca. *Triatoma infestans*



Fig.12.12. Ejemplar de vinchuca.  
Gentileza del Dr. Favio Crudo.



Fig.:12.13. Modelo de la historia natural de una enfermedad infecciosa en terreno



Fig.: 12.14. Niño «Wichi» carente y poliparasitado. Se alcanza a observar el vientre abultado y el edema en cara y ambas piernas



Fig.:12.15. Forma precaria usada por las comunidades indígenas para la cocción de alimentos.



Fig.:12.16. Joven «Wichi» pescando

## CAPÍTULO XIII

### En la selva misionera con la histórica etnia guaraní

*“La mitad de la belleza depende del paisaje y la otra mitad del  
hombre que la mira”*

*Lin Yutang ( 1895 - 1976).*

A partir del último trimestre de 1975 – hasta diciembre de 1979 - otra importante labor de campo fue realizada con poblaciones indígenas del norte argentino, pertenecientes a la etnia “guaraní” y asentadas en diferentes regiones de la selva misionera. La motivación que nos impulsó a emprender esa labor surgió de viajes preliminares que nos permitió contactar, efímeramente, con dichas poblaciones pero que fueron suficientemente elocuentes como para percibir la situación angustiosa por la cual atravesaban estos grupos humanos quienes, desde el punto de vista socioeconómico y cultural, se mantenían marginados de la vida nacional.

De acuerdo con el Censo Indígena Nacional del bienio 1967- 1968 para la provincia Misiones, la etnia guaraní ascendía a 503 individuos. Sin embargo, la estimación poblacional para la década del '70 realizada por la entidad privada “Alter”, la misma era de 2000 indígenas.

Debo decir que la experiencia recogida tras varios años de visitas a dichas comunidades nos permitió comprender, aún más, los profundos arraigos folclóricos de esta raza con cultura amazónica. De hecho también sus carencias sanitarias y socioculturales experimentadas luego de los injustos avatares sufridos como consecuencia de la expulsión de la Compañía de Jesús del territorio argentino.

Desde el año 1609 la Compañía de Jesús se hizo cargo de la conquista, colonización y defensa de las tierras del territorio de Misiones, a fin de convertir a los aborígenes y terminar con el poco menos que esclavizador sistema de las «encomiendas» (1)

La obra misionera fue integral. Además de la educación escolar, la enseñanza de oficios y la práctica artesanal ocuparon un lugar preponderante entre las actividades de las misiones. Como dato de interés sanitario, éstas contaban, además, con médicos y cirujanos, ninguno de ellos de profesión. Además enfermeros guaraní, boticas e innumerables tratados sobre temas de interés médico. Infelizmente en el año 1767, a través de la Sanción Pragmática firmada por Carlos III los jesuitas fueron expulsados de todos sus dominios. Esta medida arbitraria fue tomada a causa de una insidiosa campaña realizada por aviesos intereses de aniquilar esas humanizadoras tareas jesuíticas. Entre los años 1767-1768, luego de expulsados los jesuitas, se planteó el complejo dilema sobre quién los reemplazaría (2). En tal situación, ni civiles ni religiosos tenían conocimiento de las costumbres de los indígenas, tampoco del idioma ni de su estructura como organización social. Se cometió entonces el grave error de pretender «civilizar» a esos indígenas al «modo europeo». El caos sociocultural fue el resultado de aquel ignorante e insensible empecinamiento a tal punto que los sucesivos contactos sufridos por los guaraní con grupos étnicos de procedencia europea y neoamericana - con injertos compulsivos de nuevas pautas culturales - desmembraron, poco a poco, la legítima identidad histórica, folclórica y cultural de estos pueblos.

Al iniciar nuestro estudio comprobamos que existían comunidades abiertas, es decir en libre contacto con el hombre blanco, mientras que había otros asentamientos denominados «paraderos», representados por comunidades «semicerradas» - grupos de familias indígenas habitando en pleno monte - y sin contacto con el hombre blanco o, si lo había, éste era casual.

A partir de estudios antropológicos realizados por J. Imbelloni (3) la etnia guaraní, radicada en la provincia de Misiones, pertenecía al «mongoloidismo» es decir al tipo racial brasíldo, representando así la rama meridional de la gran familia lingüística tupí- guaraní. Su cultura en Sudamérica es denominada «amazónica». Como tal su economía reposaba esencialmente en el cultivo complementado

por la caza, la pesca y la cría de animales. Durante nuestras travesías a diferentes comunidades como las aldeas de Perutí, Santo Pipó y Yacutinga, pudimos apreciar las industrias más destacables de esta etnia, basadas en la versátil cestería, el tallado de la madera y la alfarería.

En la comunidad abierta de Perutí – en contacto regular con la población blanca – fue donde se apreció la influencia de la aculturación ya que la mayoría de sus miembros vestían prendas obtenidas de los blancos. De igual modo – como lo referiré más adelante – quedaron impregnados con costumbres y hasta con enfermedades prevalentes en la población caucásica (blanca o europea).

Las viviendas eran de base rectangular con estructura de troncos o cañas de tacuaras y cubiertas, desde el techo hasta el suelo por hojas de palmas.

Cada comunidad estaba bajo la autoridad y la protección del cacique porque en esencia era considerado como «shamán» o hechicero (4) Dentro de este arquetipo de sociedad indígena sobresalía la presencia de dos figuras míticas que respondían a la clásica tradición guaraní: «Tupá» y «Añá» estrechamente vinculadas con el concepto teofánico, es decir la veneración de deidades con apariencia humana. Así *Tupá* era considerado un Alto Dios con actitudes positivas hacia la humanidad, curaba las enfermedades, cuidaba los caminos y también aconsejaba. *Añá*, en cambio, representaba el diablo que se complacía en hacer el mal a los hombres (5)

Además de pronunciar sermones y arengar a su gente todos los días al caer la tarde el «shamán», a modo de ceremonia religiosa, también consagraba los casamientos entre miembros de su tribu. Para tal oportunidad la pareja debía presentarse ante el cacique y éste, en nombre de «Tupá», realizaba una arenga explicando las obligaciones de los esposos y las formas en que debían ser cuidados los hijos. Recuerdo que Perumí, el cacique de la aldea de Santo Pipó, engastada en plena selva misionera y distante cerca de 90 km de Posadas, al interrogarlo sobre este tema me expresó: «El

hombre se debe a una sola mujer y la mujer a un solo hombre...» Una contundente reflexión que expresaba la fidelidad conyugal mantenida por aquellas etnias.

Durante cerca de cuatro años tuvimos la oportunidad de visitar periódicamente tres aldeas, la primera llamada "Peruti" distante 174 Km de la ciudad de Posadas y en contacto regular con el criollo y el blanco. Las dos aldeas restantes estaban situadas a 95 y 91 km de Posadas, ("Santo Pipó" y "Yacutinga"), respectivamente. Éstas, en cambio, bastante alejadas de centros poblados y casi sin contacto con el hombre blanco o el criollo.

Nuestro grupo de tareas estaba constituido por tres médicos infectólogos, un médico parasitólogo, uno virólogo, una estudiante de antropología de la UBA, dos médicos cardiólogos, un especializado en análisis clínicos y serológicos, dependiente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UBA, un ingeniero agrónomo y un médico veterinario, ambos profesionales misioneros con amplia experiencia en la fauna y la flora de la región.

Con igual metodología operativa a la utilizada en la provincia de Formosa se inició el rastreo epidemiológico a partir del reconocimiento bioclimático de los suelos donde se situaban las aldeas aludidas. Tales datos fueron proporcionados por dos estaciones meteorológicas cercanas a ellas.

Las tres aldeas se hallaban influenciadas por variables meteorológicas bastante homogéneas, destacándose la elevada precipitación media anual en los meses de verano. A la vez, se comprobó una considerable erosión hidráulica debido a las intensas lluvias estivales. Consecuencia de este lavado del suelo fue la desmineralización de la superficie y el arrastre con dispersión de microorganismos patógenos, especialmente parásitos intestinales.

La intensa caída pluvial asociada a la temperatura media anual y humedad relativa elevadas, representaban variables ecológicas propicias para el desarrollo de ciclos biológicos de la fauna insectil, potencialmente vectora de agentes infecciosos transmisibles.

Numerosas especies vegetales vestían la selva misionera. Sin duda, con indudable utilidad para la construcción, artesanía, farmacopea, combustible, etcétera. Sin embargo, la devastación de ecosistemas naturales privaron, poco a poco, de importantes fuentes naturales de alimento, sobre todo de proteínas animales proveniente de la fauna silvestre y vinculada, primordialmente, con la caza y la pesca.

De acuerdo con estudios realizados por entomólogos de la talla de Del Ponte, Roveda y Pirán (6), el mapa artropodológico de la provincia de Misiones reveló la presencia de una variada cantidad de especies de importancia sanitaria. Ellas representaban potenciales vectores biológicos de las siguientes zoonosis: Tripanosomiasis cruzi humana (Géneros *Triatoma* y *Panstrongylus*); leishmaniasis cutaneomucosa (Género *Flebotomus* – hoy *Lutzomyia*); paludismo (Género *Anopheles*); fiebre amarilla selvática (Géneros *Aedes* y *Haemagogus*) (6-a), (6-b).

Tal como lo habíamos comprobado en el estudio realizado en “El Yacaré”, pero con una prevalencia mucho mayor, fue evidente la presencia de clásicas dermatosis, algunas de curso agudo, debido a la presencia de variadas especies de insectos: simúlidos -jejenes-, ácaros, pulgas y piojos y diferentes especies de moscas. Fue así llamativa la incidencia de urticaria, sarna, pediculosis, miasis y piodermitis. En todos los procesos mencionados existía una lógica confluencia de factores tales como: clima cálido y húmedo, la abundante población de insectos picadores y habitantes parásitos de la piel, el rascado por hipersensibilidad cutánea, la falta de higiene y la presencia de piodermitis complicando el frecuente rascado.

Los resultados obtenidos a partir de los muestreos físico-químico y microbiológicos del suelo realizados en las aldeas mencionadas fueron, desde el punto de vista sanitario, realmente importantes. Se comprobó que:

- a) Los contenidos de materia orgánica, fósforo y potasio obtenidos de parcelas de suelo - primordialmente de la aldea Perutí - por expertos en edafología agrícola del Instituto Nacional Técnico Agropecuario (INTA)), fueron considerados suficien-

tes para asegurar una adecuada provisión de eventuales cultivos. Un hallazgo optimista que alentaba la ejecución de, por lo menos, mini emprendimientos a nivel familiar (Pro-Huertas) para mejorar la calidad de vida.

- b) El grado de humedad de la tierra (temperatura media anual de 20° C y temperaturas extremas entre 13,6 y 27,5 ° C) asociado a bajos contenidos en cloruros y sulfatos ofrecían condiciones ecológicas favorables para la evolución de huevos y larvas del parásito intestinal *Necator americanus* (Niño, F.) (7). Desde el punto de vista de la transmisión humana esta comprobación resultó ser importante debido al conocido doble fenómeno de “tigmotropismo” positivo y “geotropismo” negativo que poseen las larvas de este nematode. Insólita e inteligente facultad que poseen las larvas infestantes cuando contactan con una superficie de mayor temperatura – como la piel humana – motivándolas a desprenderse del suelo para penetrar activamente el tegumento - tigma y termotropismo positivo – (Pessoa, S.) (8). Este fenómeno es ampliamente favorecido por el hábito de deambular descalzo.
- c) Desde el punto de vista de la ecología médica otro hallazgo trascendente fue haber comprobado que los suelos protegidos del sol, pobres en contenido orgánico, con pH ácido y baja permeabilidad, creaban condiciones favorables para la proliferación de hongos patógenos tales como *Histoplasma capsulatum* (Lacaz, C.) (9). Sin embargo debo mencionar que el estudio micológico de las muestras de suelo realizado por el Profesor Pablo Negroni en el laboratorio de Micología Médica e Industrial dependiente del Departamento de Epizootiología de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata, no evidenció la presencia de agentes etiológicos de micosis profundas.

Los estudios cualicuantitativos de muestras de agua provenientes de colecciones o cursos de agua utilizados por estas poblaciones para el consumo diario eran de mala calidad, ácidas, blandas – en los ríos

Macaco y Yacutinga los tenores de carbonato de calcio estaban por debajo de los límites aconsejados -, pero con presencia de nitratos y nitritos, carentes de flúor y conteniendo enterobacterias del grupo coliforme –*Escherichia coli*– en cantidades superiores a las admisibles. Este perfil ecológico hablaba a las claras de contaminación fecal de los espejos de agua analizados.

Un hábito difundido entre los pobladores criollos y blancos afincados en la aldea Perutí y aledaños, era el consumo de alcohol de baja calidad mezclado con agua proveniente de una acequia! Esta costumbre fue, poco a poco, difundida a los propios indígenas en ocasión de incursiones que el criollo y el blanco acostumbraban a realizar durante los fines de semana o bien por acontecimientos festivos. La mayoría de las veces la ebriedad de los intrusos desembocaba en un comportamiento agresivo, cruel y hasta violatorio sobre la población aborigen. Hubo evidencia de abusos sexuales por parte del hombre blanco.

El examen médico de los pobladores indígenas mostró una elevada frecuencia de padecimientos por individuo, siendo los niños procedentes de las comunidades semi-cerradas – Santo Pipó y Yacutinga – los más afectados. Resumo a continuación los principales hallazgos clínicos y de laboratorio que reflejaban claramente el prolongado contacto de aquel agreste ecosistema misionero – de encendida tierra colorada - con el hombre; pero donde también se hallaba impresa la sombría estrofa de la pobreza, la marginación nativa y el inadmisibles analfabetismo.

Las siempre esperadas enfermedades de la piel, producto del rudo impacto del clima, de las propias carencias y de la falta de higiene individual, resultaron casi habituales de observar, cualquiera fuese el grupo de edades considerado. Se destacaron: la escabiosis - como la ectoparasitosis por excelencia -, las piodermis de distinto grado y las dermatitis por déficit nutricional en los niños de primera infancia, debido a la hipovitaminosis A – en algunos casos con xeroftalmía - y al déficit de nutrientes del complejo B (dermatitis pelagrosa).

Las alteraciones del aparato circulatorio estuvieron representadas por soplos, desdoblamientos de los ruidos cardíacos y alteraciones del pulso radial (arritmias). Desde el punto de vista electrocardiográfico los hallazgos más significativos se centralizaron en los trastornos de conducción – (bloqueos de primer grado), alteraciones en la repolarización cardíaca y signos de isquemia (irrigación deficiente del miocardio). Por carecer de unidad móvil no pudo realizarse sistemáticamente radioscopia ni radiografía panorámica de tórax.

Cabe agregar que se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre la serología positiva para infección chagásica - verificada en el 47.1% del total de pobladores encuestados - y las alteraciones electrocardiográficas. Merece destacarse que el 52.9% de serologías negativas con trazados electrocardiográficos anormales - y en consecuencia no asociados a infección chagásica - podría estar señalando la existencia de otros factores condicionantes de cardiopatías tales como las parasitosis intestinales y las carencias nutritivas. Garin, Ch y Garín, J.P. (10) -; Hill y Andrews (citados por Manson Bahr, F.) (11) ; Gonzalez, H.D. y Floriani, C.(12).

Con frecuencia casi similar a la encontrada en los niños de la etnia wichi en la provincia de Formosa, fue notoria la presencia del abdomen globuloso con saliencia del ombligo - “botón umbilical”- de las criaturas de estas comunidades, anomalía que contrastaba con el tórax poco desarrollado. Tal asimetría impresionaba y me remontaba a similares comprobaciones – años atrás – realizadas durante mi residencia como médico tropicalista en regiones pobrísimas de Brasil. La historia se repetía y desde entonces siempre busqué explicarme las causas – seguramente más de una – que desembocaban en tal contraste corpóreo (13). Era como si al observarlo me introducía en un teatro de arraigada pobreza, donde los protagonistas nacían y seguían subsistiendo entre bastidores de harapos, barro, insectos, mendrugos, padecimientos, soledad y cuántas veces persecución!

En las tres aldeas el grado de poliparasitismo fue elevado – oscilando entre 25.0% (aldea Santo Pipó), 27.7% (aldea Yacutinga) y 51.8% (aldea Perutí). Los parásitos más aislados fueron: *Necator*

*americanus*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Trichuris trichiura*. Varios autores asocian el poliparasitismo con el denominado síndrome de mala absorción, sobre todo para nutrientes tales como proteínas, grasas, vitaminas del complejo A-B-C y hierro. Pero, francamente, de qué nutrientes estamos hablando si la mayoría de las ocasiones la mísera oferta del alimento procedía de la fortuita caza, pesca o mendrugos dispensados por paisanos blancos y criollos.

Casi era costumbre escuchar, a cualquier hora de día, una tos ruda que provenía de los debiluchos indiecitos. Había que verlos y sentirlos, mientras corrían entre el verde y apretado paisaje de la selva misionera. Parecía un lamento monótono aullando en el silencio del tupido monte. La mayoría de las veces simulaba una retumbante tos perruna acompañando un moco espeso que burbujeaba por sus naricitas. Seguramente producto de las reiteradas bronquitis adquiridas durante las crudas heladas de los inviernos misioneros. En tal época del año era habitual dormir – nosotros y no ellos! dentro de las carpas de lona - con frazada y experimentar frío durante las primeras horas de la mañana y, pocas horas después, sentir ya la influencia del sol subtropical.

La infección por bacilo tuberculoso fue detectada, en principio, a través del test de pepedización – PPD 2 UI - La reacción positiva – comprobación de pápula eritematosa de diámetro mayor a 10mm – fue detectada entre el 28.5% (aldea Perutí) y 57.4% (aldea Santo Pipó). Se confirmaron cuatro casos de tuberculosis activa que fueron derivados al hospital de la ciudad de Posadas, uno de ellos era el pequeño hijo del cacique Perumí de esta última aldea quién, infortunadamente, falleció víctima de una meningitis tuberculosa (14)

Recuerdo que cuando le preguntamos al cacique, shaman Perumí, con quien existía una espontánea empatía y por nuestra parte un trato respetuoso hacia sus prácticas míticas, religiosas y curativas, cuáles eran a su criterio las causas de los males existentes entre los miembros de su tribu, nos brindó este interesante relato:

–”... el daño es causado por uno de nosotros” - comenzó a decir con voz pausada - “...él, él posee una potencia maligna capaz de

ocasionar daño...” “...dentro del tapuí (choza ) elige al más débil de la familia...”

- “...y hacer fuerte daño...” - continuó diciendo - mientras su semblante se endurecía, y

- Continuó hablando - “...hay males que los médicos no pueden curar y yo sé bien quien los hace...”

De pronto señaló un tapuí algo lejos de la aldea mientras decía - « ...y yo sé bien quien los hace, es un hombre que vive aquí y el mes pasado quiso matarme pero como yo soy fuerte ...no pudo y entonces lo mató a mi hijo de cuatro años...». Mientras hablaba su mirada parecía alejarse hacia el silencioso monte, como queriendo acompañar aquel triste recuerdo o, quizás, encontrar en la frondosa arboleda el revoloteo de su ángel caído.

Su noticia me conmovió. En medio de aquella agreste inmensidad sentí mucha pena. Pensé que aquel alegre indiecito, a quien yo había enseñado a patear una pelota de trapo pudo haberse salvado. También pensé en todos aquellos meses en que había trabajado con ese entusiasta grupo de profesionales que me acompañaba en forma incondicional. Un vacío me hundió en la frustrante pregunta ¿valió la pena?.

Mientras observaba al cacique Perumí tornando por la estrecha senda en dirección a su choza, me recosté sobre un avejentado eucaliptus. Me sentía cansado. Pero más aún, abatido por tamaña realidad. Tanto de triste y repetida porque otro derecho a la vida se había malogrado

Seguí recostado sobre el viejo eucalipto. Pocas ganas tenía para retomar el sendero hacia las otras aldeas y continuar la larga tarea empeñada desde hacía ya años. La luz del atardecer comenzaba a reclinarse sobre el purpúreo horizonte. Seguí así, casi inerte, mientras la noche comenzaba a cubrirme como queriendo ocultar la profunda tristeza que envolvía mi espíritu.

Llegó por fin la noche. Más cerrada que nunca. Algún lejano trino de ave desvelada anunciaba que la vida seguía y que tras esa profunda oscuridad llegaría siempre un nuevo y esperanzado día...

Finalizados aquellos años de labor en terreno y con similares objetivos a los postulados durante el estudio epidemiológico realizado

en «El Yacaré», se procedió a formular las bases para el desarrollo de un programa que permitiese la integración de estos grupos étnicos a la comunidad criolla y blanca. Pero también decididos a defender este invaluable principio: respeto y tolerancia hacia las pautas culturales mantenidas por esta etnia. Porque estaba claro que pretender incorporar cambios directrices hacia una cualidad de vida decorosa, con aspiración hacia una equitativa integración con la sociedad blanca, y por extensión a la criolla, no podría lograrse vulnerando tiránicamente la ancestral tradición indígena.

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- La gobernación del Río de La Plata y Paraguay - como periferia del virreinato del Perú – mostraron su presencia como futuro control hispano a partir de la instauración del régimen de encomiendas por el gobernador Martínez de Irala en el año 1556. La encomienda era un derecho otorgado por el Rey desde 1523 a favor de un súbdito español – encomendero – con el fin de que el soberano recibiera los tributos que los indígenas debían pagar a la corona.- en trabajo, especies y dinero – en calidad de súbditos de la corona. Por su parte el encomendero debía proteger, adoctrinar espiritualmente al indígena en forma obligatoria y asegurar su bienestar. Los tributos indígenas eran recogidos por el cacique de la comunidad y entregados al encomendero quien residía en la ciudad. Por supuesto se registraron muchos abusos e incumplimiento de las leyes de Burgos protectoras del indígena, circunstancia que derivó en enfermedades y el paulatino exterminio de la población indígena de América (Emilio Rodríguez Demorizi. Los Dominicos y las encomiendas de Indios de la Isla Española. Santo Domingo. Academia Dominicana de la Historia, 1971, pp. 25-26)
- 2- Al momento de la expulsión de las misiones jesuíticas, la población guaraní era estimada en 88.864 indígenas. En 1814 la población no excedía de 21.000. Desde el tiempo de la conquista la expulsión de estas misiones religiosas fue el mayor golpe asestado contra los

- indios. Guillermo Furlong, en su trabajo “Misiones y sus pueblos de guaraníes. 1610- 1813” publicado en 1962 por la Imprenta Balmes de Buenos Aires, expresaba lo siguiente: “...apenas un puñado de misioneros – dos en cada una de las reducciones – enviados por la Iglesia fueron capaces de transformar las condiciones vitales de miles de aborígenes, facilitándoles todo lo necesario para vivir una vida verdaderamente humana y crear una cultura original, que ha sido y sigue siendo admiración y ejemplo para el mundo entero...”
- 3- Imbelloni, J Gli Amazzonici. Biasutti, R., et al. *Le razee e i Popoli della Terra*. IV, 609-48. Torino, 1959.  
[http://pueblosoriginarios.com/primeros/razas/imagenes/imbelloni\\_1.jpg](http://pueblosoriginarios.com/primeros/razas/imagenes/imbelloni_1.jpg)
  - 4- El shaman identificaba a la figura de un hechicero con amplios poderes que incluyen el contacto con los espíritus, los dioses. Además de concederle el poder de adivinar – muy usado en las comunidades indígenas para vaticinar la influencia de los cambios meteorológicos sobre los cultivos – y curar enfermedades.
  - 5- Cuenta la leyenda que por los tantos daños producidos a los hombres, Aña fue amonestado en una ocasión por *Tupá*. A raíz de esta recriminación *Aña* abandonó su residencia terrestre para ascender al ámbito uránico. Desde entonces *Aña* adopta un aspecto indefinido tornándose insensible frente a la humanidad.
  - 6- Del Ponte, E. “Manual de Entomología Médica y Veterinaria”. Lobería del Colegio. Buenos Aires.1958 ;
  - 6-a Roveda, R. R. “Bibliografía Zooparasitológica Veterinaria Argentina” Universidad nacional de Bs. As. Boletín N°32. 1954
  - 6-b Piran, A. “Bibliografía Entomológica Argentina” (1854- 1952). Fascículos IX (1954) y X (1957). Museo Argentino de Ciencias Naturales Bernardino Rivadavia. Editorial Coni. Buenos Aires.
  - 7- Niño, F.L., Alurralde, P.y Gazzolo, P. “Guía de Trabajos Prácticos de Parasitología”. 2da. edic. Edit. Lopez Libreros. 1967
  - 8- Pessoa, S.B. “Parasitología Médica” 5ª. Edic. Editorial Guanabara. Koogan S.A. Río de Janeiro. Pag.709. 1958.
  - 9- Lacaz. da Silva, C. , Amato Neto, V. “Temas de molestias Infecciosas e Tropicais”. Sao Pablo. Brasil, pag. 122. 1963

- 10- Garin, P. y Garin, P.H. "L' Ankylostomose. Encyclopédie Médico- Chirurgicale. Maladies Infectieuses. Maladies Parasitaires. 8114 A 10, pag.7, 1965
- 11- Hill y Andrews. Citados por Manson Bahr, F.H. Enfermedades Tropicales. 14<sup>a</sup> edic., pag. 783. Editorial Salvat. Barcelona. 1944.
- 12- González, H.D. y Floriani, C. Tratado de Enfermedades Infecciosas. 2da.edic. Editorial Bibliográfica Argentina. Tomo III, pag. 225. Buenos Aires, 1951
- 13- Con llamativa frecuencia observé en niños – preferentemente de la primera infancia – el abdomen globuloso asociado a enteroparasitosis y debidas con frecuencia a giardias, áscaris, necátor y strongyloides. Variadas causas fueron postuladas para explicar este importante signo semiológico. Lo cierto es que los parásitos mencionados, habitualmente alojados en el intestino delgado, provocan una constelación de fenómenos locales: tapizado parasitario sobre la mucosa del intestino delgado, situación que obstaculiza la absorción de nutrientes. A ello pueden agregarse la sub obstrucción - y hasta obstrucción intestinal aguda (ascaridiasis), la anemia severa (necatoriasis); la dificultad en la absorción de glucosa y electrolitos –sodio, potasio, cloro, – con alteración de la motilidad y de la dinámica absorptiva del intestino delgado con acumulación de gases, grasas y contenido líquido). El examen físico del abdomen era elocuente: existía meteorismo, dolor periumbilical , gorgoteo cecal, distensión de las asas intestinales, episodios de diarrea con materias fecales blandas, decoloradas, con detritus grasoso en suspensión y, en ocasiones, con fuerte olor rancio. La atenta observación macroscópica permitió, en ocasiones, descubrir la presencia de ejemplares de áscaris!
- 14- El cacique Perumí me confesó que, en vida de su hijito, semanalmente concurría -trasladándose 90 km a pie?! o llevado por algún conductor generoso- al hospital regional de la ciudad de Posadas donde le entregaban gratuitamente la medicación antituberculosa. Pero el tratamiento era interrumpido con frecuencia ya que no alcanzaba a ir regularmente a dicho hospital debido a que ese

tiempo lo utilizaba para realizar ocasionales changas como hachero, único ingreso económico al cual tenía acceso.



Fig.: 13.1. Choza guaraní. Aldea «Peruti». Misiones.  
Considerada como «aldea abierta» debido a su  
contacto habitual con el hombre blanco.



Fig.: 13.2. Misiones. Choza guaraní correspondiente a la «Aldea  
Yacutinga», asentada en un área deforestada de la selva misionera.  
Aldea cerrada con escaso contacto con el hombre blanco.



Fig.:13.3. «Aldea Yacutinga» Precaria choza guaraní.  
Un brasa de palo santo quemado y el perro arrinconado  
representan imágenes típicas del folclore indígena.



Fig.: 13. 4. Choza guaraní destruida en forma deliberada  
por el intruso blanco.



Fig.:13.5. Tomando una muestra de agua para su estudio microbiológico.



Fig.: 13.6. Examinando a un cachorro de perro en la «Aldea Peruti»



Fig.: 13.7. Extracción de muestra de sangre a un perro de la comunidad guaraní para descartar zoonosis regionales.



Fig.: 13. 8. Examen físico a una niña guaraní. Momento en el cual efectuó una intradermorreacción de PPD



Fig.: 13.9. Grupo de familias guaraní.



Fig.: 13.10. «Aldea Peruti».  
Examen físico a un niño guaraní.



Fig.: 13.11. Mostrando el contraste entre el abdomen abultado y el tórax raquíto.



Fig.: 13.12. Niño guaraní con su abdomen abultado. Coincidentemente parasitado.



Fig.: 13.13. Biopsia de una lesión cutánea.



Fig.: 13.14. «Aldea Peruti». Cura dermatológica en niño guaraní afectado de sarna sobreinfectada. Niño desnutrido y con enteroparasitosis.



Fig.: 13.15. Cacique de la «Aldea de Santo Pipó». Comunidad guaraní «semicerrada» con poco contacto con el hombre blanco.



CAPÍTULO XIV

**Pobreza y enfermedad...**  
**desde la lejana anécdota**

acceso parecía una sorda letanía que se perdía en el rumor del milenarío bosque. Un tísico lamento que llenaba aquel solitario atardecer... y seguiría en la noche, y acaso más allá en el tiempo anunciando, indiferente, la impiadosa extinción de una noble raza.

Recuerdo que al acercarme a él percibí, en sus castaños y tristes ojos, el miedo ancestral. Con la mirada brillante e inquisidora recorrió mi persona como cachorro desconfiado pero seguramente ávido de caricias. Al percibir mi maletín de urgencias se estremeció y en actitud defensiva, pero más aún protectora, abrazó con su demacrada figura un pequeño bulto fingido por el retazo ajado de una arpillera. Tal actitud, inesperada por cierto, me obligó a inclinarme sobre el pequeño quien, contraído y tembloroso, no dejaba de cobijar a su disfrazado secreto.

Emocionado y no menos intrigado acaricié su retinta y lacia cabellera que caía como negro telón sobre su pálida y afebrada carita. A pesar de su expresión desconfiada logré rescatarle una leve sonrisa que, a poco, se transformó en pícara complicidad. Fue en el preciso instante en que el enigmático montículo comenzó a moverse bajo el gastado y sucio trapo. Apoyé mi mano sobre la suya y con gesto fraternal, al ignorar su idioma, lo incité a levantar ese deshilachado cortinado. Ante mis ojos fascinados apareció una figura grácilmente vestida de color ocre y tierra y revestida por un vello aterciopelado. Con delicado garbo la impresionante araña comenzó a mover su esbelto y geométrico cuerpo. Parecía emerger del profundo y lejano silúrico. Millones de años marcaban su historia geológica con interminables leyendas surgidas en torno a esa temida imagen. Pero allí estaba, con su majestuoso y pausado andar, sin prisa y quizás un poco fatigada por tanto tiempo vivido.

El inesperado episodio me dejó inmóvil. Al instante, el pequeño “Curumí”, con gangosa vos indígena entrecortada por roncós silbidos pulmonares, comenzó a balbucear: Andui!... Andui!..., mientras que con elegancia casi felina inició su danza aborígen alrededor de la tarántula.

¡Impresionaba verlo! El pequeño semejaba un duende cobrizo saltando en el penumbroso e improvisado circo «*tapuí*». Mientras tanto, como único espectador, seguí observándolo extasiado en medio de aquel magnificante teatro de selva misionera.

Jamás olvidaré ese íntimo momento. Éramos dos seres unidos por un diálogo fraterno, un rito imperceptible que desde su origen divino nos transportaba a milenios de tiempo.

Gallardo, el bello ejemplar se erguía buscando entrelazar sus armónicas patas alrededor de los diminutos y terrosos dedos del pequeño “Curumí”. Aquel acrobático juego entre el niño y su “partenaire” era enterecedor. Mientras tanto, el alegre indiecito seguía con risa agitada burbujeando un hilo de moco que caía sobre su carnoso labio.

Aquel espectáculo se tornó más alucinante todavía. “Anduí”, la grácil octópoda, inició de pronto un acompasado paseo por el brazo de su valiente domador. Buscaba quizás una recompensa por su dócil comportamiento o, tal vez, compartir el noble sentimiento de quien, en aquel instante, la protegía como entrañable amiga. Con asombrosa destreza “Curumí” posó su mano sobre el negro y aterciopelado lomo de la mascota quien al sentir la tibieza del hueso humano se encogió en señal de obediencia. Mientras la acariciaba dulcemente le susurraba en su entrecortado idioma “tupí”(2). Ella, inmóvil, seguía bajo aquel cálido lecho de piel y afecto. Así, dueño y cautiva, en mágica actitud, quedaron detenidos en un místico instante.

Perplejo por el indescriptible espectáculo, me senté sobre el piso del “*tapuí*” y absorbo me quedé mirando aquel emotivo lienzo viviente que, así, quedaría atesorado para siempre en el íntimo museo de mis vivencias.

Llegó la noche cubriendo con su encaje vaporoso la pequeña choza. La función había concluido. En el umbroso rincón el pequeño indiecito dormía. Vencido por un agitado y afebrado sueño. A su lado yacía también su fiel compañera, protegida bajo el sucio harapo.

Con aquel recuerdo imborrable, al día siguiente partí hacia otras comunidades indígenas para continuar con la campaña sanitaria.

Pasaron varias semanas y de regreso a la aldea de Santo Pipó (3), fui presuroso a la choza en busca de mi pequeño amigo “Curumí”. Por boca del cura misionero me enteré que el niño había empeorado su dolencia respiratoria e internado en el hospital regional de la ciudad de Posadas. Su estado era grave. Semanas después moría como consecuencia de una enfermedad tuberculosa generalizada. Una vez más los medicamentos no habían llegado a tiempo...

La noticia me conmovió. En medio de esa agreste e imponente inmensidad, aquella repentina ausencia me provocó un vacío incontenible. Durante un largo rato me quedé mirando la choza vacía. El tiempo me parecía detenido. Hasta la mañana se mostraba gris y el sol alumbraba mortecino. Cubierto por sudor y tristeza me recosté sobre un añejo eucalipto. Me sentía agobiado e impotente frente a algo ya irremediable. Apenas restaba pensar que el pequeño “Curumí” podía haberse salvado. Recordé entonces la profunda sentencia de mi recordado maestro de la escuela primaria cuando nos decía: *“Desidia, esa mala palabra que nos va alejando de una vida digna y un destino venturoso...”*.

Me acerqué a la choza de “Curumí”. Estaba vacía. El aroma a palo santo había huido, refugiándose en el espeso bosque. En un rincón del “*tapui*” la fiel compañera del indiecito había dejado el recuerdo arrogante de su delicada muda y, sin motivo para quedarse, retornó, silenciosa, al horizonte mítico de su primitiva morada: la selva misionera.

Fatigado y con pocos deseos para continuar me detuve a mirar el cielo, lugar infinito donde tantas veces el espíritu desconsolado busca una sensata explicación. Mientras tanto continuaba recostado sobre el viejo eucalipto. Me quedé así largo rato mientras, lentamente, caía la noche queriéndolo borrar todo...

“Curumí” ya no volvería. Tampoco su milenaria “Anduí”. Acaso porque no tendría ya sentido danzar solitaria en aquel vacío que dejó su amigo, el indiecito ausente.

## Notas y citas bibliográficas:

- 1- “ARIYU”. Acrónimo de tres enseñas: AR: argentina; I: italiana; YU; yugoeslava. Representan las tres banderas bajo cuyas doctrinas de vida crecí junto a mis progenitores. Mi padre de origen italiano y mi madre nacida en el ancestral imperio austro-húngaro, liderado por el entonces Francisco José I, Emperador de Austria, rey de Hungría, Bohemia, Croacia, Eslavonia, Dalmacia, Galicia y Lodomeria e LLiria, nacido el 18 de agosto de 1830 y falleció el 21 de noviembre de 1916.
- 2- La lengua tupí-guaraní representa una subfamilia de 53 lenguas de la familia macro-tupí. Idiomas que se practicaban - todavía se practican en algunas regiones - en la Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa, Paraguay, Perú, y Venezuela.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Lenguas\\_tup%C3%AD-guaran%C3%AD](https://es.wikipedia.org/wiki/Lenguas_tup%C3%AD-guaran%C3%AD)  
 El guaraní (en guaraní: avañe´ ) es una lengua de la familia “tupí-guaraní” hablada por aproximadamente ocho millones de personas en el Cono Sur de América. Es uno de los dos idiomas oficiales en Paraguay a partir de la Constitución de 1992. Países vecinos lo hablan minoritariamente en parte de su territorio, como el noreste de Argentina (Corrientes, Misiones, Formosa, partes del Este de la Provincia del Chaco, y en puntos aislados de Entre Ríos). En la provincia de Corrientes es lengua oficial (junto con el español). Es también idioma oficial en Bolivia.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Idioma\\_guaran%C3%AD](http://es.wikipedia.org/wiki/Idioma_guaran%C3%AD)
- 3- Como recordatorio, la aldea “Santo Pipó” junto a la aldea “Yacutinga” representaban dos comunidades consideradas como semi-cerradas, es decir que sus miembros tenían poco contacto con el blanco o con el criollo.



Fig.:14.1. En la Aldea «Santo Pipo» con dos niños guaraní.  
El de la izquierda es mi recordado «Curumi»

## CAPÍTULO XV

### **El temerario mundo de los animales peligrosos**

*...temerario es el hombre quien en forma irrespetuosa se introduce en el hábitat de los animales, atrapándolos, sacrificándolos, interrumpiendo sus ciclos de vida e impidiendo su derecho a existir y a multiplicarse. ...porque muchos accidentes graves y hasta mortales son irreflexivos y la incredulidad, la negligencia o la impericia transforman al hombre en injusto enemigo de muchas especies que animan, con su presencia, la inacabable naturaleza.*  
*Olindo Martino*

Nosotros, primates humanos, alejados desde hace muchísimo tiempo de las elevadas copas de los árboles, somos muy susceptibles a las agresiones producidas por picaduras, mordeduras y hasta por el simple contacto con diferentes especies de animales consideradas peligrosas. Es cierto que ese mundo que las alberga, protege y asegura su subsistencia ha motivado fantásticas historias de terror surgidas como consecuencia de sus impresionantes formas corporales, sus sigilosos y amenazantes movimientos o, de pronto, ante la idea de un sorpresivo o paralizante ataque. Sin embargo, a pesar que estas vivencias reafirmen tales creencias, lo cierto es que pocos se han detenido a escudriñar sus maravillosas existencias, los intrincados escondrijos que las protegen y, sobre todo, sus particulares conductas.

Muchas de las agresiones que sufre el hombre constituyen accidentes casi siempre desencadenados por la actitud irracional y hasta provocativa del mismo individuo, toda vez que pretende introducirse intempestivamente dentro del hábitat de una especie considerada peligrosa. No obstante es oportuno recordar que en más de una oca-

sión el accidente surge como consecuencia de la naturaleza ultrajada. Caso de imprevistos desastres naturales donde, por ejemplo, una grave inundación desencadena un aumento inesperado de ataques de diversas especies aunque no necesariamente peligrosas. Ello, en parte, debido a la pérdida de sus nichos de abrigo y sus fuentes de alimento. Al quedar a la deriva pueden acercarse a la vivienda humana y provocar una repentina agresión.

Además, el incremento de las áreas agrícola-ganaderas, industriales, construcción de caminos, puentes, represas hidroeléctricas, vías férreas, etc., representan riesgos potenciales donde el hombre se ve expuesto a la agresión de variados factores del medio ambiente incluyendo la accidentalidad surgida por la presencia de fauna doméstica y silvestre. Agréguese a lo dicho las prácticas recreativas, el crecimiento turístico hacia regiones con imperante clima cálido, la mutación de especies que se transforman en más agresivas a partir de la producción de venenos más poderosos, o a partir de una mayor tendencia “antropofílica”. En estas situaciones particulares es interesante observar cómo en nuevos asentamientos humanos, poco a poco, se van acercando especies de artrópodos, ofidios y otros animales silvestres cuyo instinto de conservación los lleva a elegir, como hábitat, la vivienda del hombre o sus alrededores.

Pero quizás más preocupante para el ser humano sea la persistente oferta al riesgo que exhiben las grandes ciudades con el anacrónico deambular de animales vagabundos, sobre todo canes. Hartos estamos los habitantes de las grandes – y hoy también de las pequeñas – urbes de monótonos argumentos ocultando la inoperancia burocrática que no decide – mejor sería decir que no quiere – dar fin a tan lamentable y prolongada desidia sanitaria. Pero conviene ser claro y meridiano en esta lamentable conducta. La presencia de perros a la deriva en la vía pública no se debe exclusivamente a la inoperancia de los funcionarios de turno. Resulta fácil señalar culpables y endilgar responsabilidades. Pero ¿qué decir de aquellos propietarios que un día cualquiera “tiran” cual residuos – según ellos con mucha pena – a la calle a sus mascotas porque no tienen ya

cabida en su ámbito familiar o les resulta imposible alimentarlos? Simplemente creo que tal actitud testimonia un claro menosprecio hacia estos animales pero todavía más, una carente educación ciudadana y una franca ignorancia acerca de los riesgos que conlleva este perdurable vicio en la sociedad.

Veamos por qué un animal - caso del perro, supuesto “amigo del hombre” - puede transformarse en peligroso: un animal que de pronto pierde el cuidado y el afecto de su dueño se siente a la deriva. Deambula así por las calles donde debe procurarse alimento para sobrevivir. Se torna agresivo, convive con otros animales vagabundos, se parasita, se aparta del calendario de vacunaciones preventivas, contra la rabia y otras zoonosis. Hambriento, destroza las bolsas de residuos cuyos desperdicios se diseminan por las calles atrayendo a roedores y a insectos basurófilos. Y, lo peor, es que sigue procreándose sin control, acrecentando paulatinamente la población vagabunda. Finalmente muere, muere porque no confía ya en falsas caricias. Muere porque está famélico y ávido de caricias y protección, dádivas que su dueño le ha privado hasta con actitud abrupta!. Deplorable conducta que torna por igual responsables a inconscientes ciudadanos como a malos funcionarios (1)

El cúmulo de situaciones que sin duda acrecientan la exposición al riesgo explican el paulatino incremento de accidentes provocados por la agresión de diferentes especies animales que, en determinadas circunstancias, pueden hasta hacer peligrar la vida. En consecuencia, la magnitud del daño dependerá:

- Del acto traumático propiamente dicho: picadura, aguijonamiento, mordedura o simple contacto,
- de la posible inoculación de una ponzoña específica; es decir un veneno biológico,
- de la transmisión eventual de agentes infecciosos: rabia, tularemia, pasteurelisis, enfermedad por arañazo de gato, micosis profundas, etcétera,
- de las complicaciones sépticas vinculadas con la inoculación de microorganismos llevados por arrastre durante la agresión, o bien

como consecuencia del rascado en el sitio de la agresión. Por ejemplo tras la picadura de una hormiga o del aguijonamiento de una abeja.

En la práctica médica cotidiana no es habitual enfrentarse a un accidente ocasionado por un artrópodo, insecto, reptil venenoso u otra especie de animal terrestre o marino. Sin embargo, la práctica de terreno realizada como médico rural, donde momento a momento me enfrenté a impensadas sorpresas, agradables algunas, azarosas y hasta peligrosas otras, tuve la oportunidad de entrenarme conscientemente para hacer frente a estas emergencias sanitarias a veces de difícil manejo. Como médico itinerante mi vida representó así un extenso celuloide de vivencias, matizadas con situaciones tensas, cuántas veces indecisiones, no pocas veces temor y siempre, de ser posible, obligado a extremar la prudencia.

Con el tiempo y la paciente observación – procurando siempre interpretar el inconmensurable lenguaje de la naturaleza - aprendí que existen claras circunstancias que anuncian o pueden explicar una mayor exposición a sufrir un inesperado accidente de origen animal, al cual me permito identificar como “zoopatía”. Reconocerla mediante un preciso diagnóstico exige una minuciosa anamnesis y una atenta observación clínica de la víctima. Entonces la reconstrucción del accidente que permite identificarlo, reposa en la demostración de los hechos siguientes:

- El lugar geográfico donde ocurrió la agresión. Dato de de capital importancia pues disponemos en nuestro país de un mapa distributivo del hábitat de las diferentes especies sobre todo ponzoñosas. Esta suerte de “*geografía médica*” (2) debería ser conocida por lo menos entre veterinarios, toxicólogos y, más aún, por los médicos que ejercen en zonas rurales.
- El momento estacional en que ocurre el accidente (3). Es sabido que la incidencia aumenta en épocas de calor donde el turismo es más intenso y los contactos bucólicos más frecuentes. Por supuesto, fugarse de los conglomerados edilicios opresores para liberar

tensiones del cuerpo y del espíritu se torna necesario y, además, robustece la unión con los afectos. Pero, también, cabe esperar una posible agresión animal.

Durante la difícil tarea que casi siempre demandaba llegar a un diagnóstico de “zoopatía”, ensayamos con bastante buen resultado la técnica que apodé “*dramatización del accidente*” ¿Qué significaba esto? Nos dirigíamos al paciente y le indicábamos:

- Haga un esfuerzo y memorice paso a paso cuándo y cómo se sintió agredido. - Y continuábamos preguntando -
- ¿Dormía?, ¿caminaba, o estaba inmerso en un espejo de agua de río o mar? Metió las manos dentro de objetos viejos o abandonados?; ¿transitaba por algún sendero?; pisó algo sospechoso?; estuvo tirado sobre el césped?; ¿sintió algo que le caminaba por la piel y sin mirar lo aplastó?; ¿experimentó un dolor punzante pero no vio lo que lo produjo?; ¿fue a colocarse alguna prenda de vestir, o calzado...y allí sintió algo que lo picaba o mordía?; etc, etc. En realidad cabían más preguntas pero bastaba con formular esta andanada frente a la difícil situación de reconocer al animal agresor, sobre todo si el accidente se producía por la noche o el animal agresor no podía ser capturado o reconocido (4).

Bajo esta forma casi detectivesca de interrogar al paciente, pudimos comprobar ¡hasta el asombro!, que algunos accidentados comenzaban a rescatar del asustado rincón de su sub-consciente fragmentos de situaciones increíbles que más de una vez permitían escenificar el episodio y dar nombre y apellido al protagonista – animal agresor – del accidente.

Como consecuencia de un ataque animal, la respuesta del organismo podrá circunscribirse al sitio de la agresión – piel y mucosas – o bien afectar al resto del mismo, con riesgo de una complicación y hasta perder la vida.

Existen ocasiones donde puede confundirse una genuina “zoo-  
patía” con otras padecimientos, sobre todo cuando afectan la piel.  
Recuerdo un caso más que elocuente. A mediados de la década del  
’70 me encontraba en la provincia del Chaco invitado por el ta-  
lentoso dermatólogo y leprólogo de origen paraguayo, Dr. Manolo  
Jiménez, para estudiar un brote familiar de leishmaniosis tegumen-  
taria ocurrido en las afueras de la ciudad de Resistencia. Al cabo de  
una semana de tarea en terreno pudimos comprobar fehacientemen-  
te que el perro doméstico que convivía en estrecho contacto con los  
miembros de la familia presentaba lesiones en el hocico compatibles  
con la enfermedad. Por lo tanto este animal debía ser considerado el  
reservorio del parásito y éste transmitido por la picadura de un zan-  
cudo – insecto peludo y jorobado parecido al mosquito – endémico  
de la región y bien conocido por los chaqueños. Lo importante era  
que la fuente de infección canina había posibilitado la infección a  
todos los miembros de esa familia. En este caso no hubo dudas en el  
diagnóstico. Desde ya que no se trataba de una zoonosis transmitida por la picadura de un insecto  
hematófago perteneciente, en América, al género *Lutzomya*.

Días después, aprovechando mi estadía en la provincia, visité el  
importante hospital regional “Dr. Ramón Carrillo” de la localidad  
de Roque Sáenz Peña, reconocido por sus buenos profesionales y  
la fluida concurrencia de enfermos procedentes de otros puntos del  
Chaco. Fue así como uno de los colegas me presentó el caso de un  
jornalero, dedicado a la cosecha de cereales, quién había ingresado  
con un cuadro clínico que llamó la atención por el dramatismo de su  
comienzo y además por haber enfermado, aparentemente, mientras  
reposaba bajo la sombra de un pequeño arbusto en uno de esas inso-  
portables tardes que caracterizan a los veranos chaqueños.

El paciente refirió haberse quedado dormido y de pronto des-  
pertó aterrorizado, como alucinado pero sin saber por qué. Notó  
en seguida que su cuerpo comenzaba a sacudirse mientras se cubría  
de un sudor abundante. Empezó a correr y a gritar como invadido  
por algún maleficio. Notó que le dolía la mano y el brazo izquierdo

a pesar que no logró ver nada. Comenzó a “retumbarle” la cabeza y los músculos de ambas piernas empezaron a ponerse duros mientras que sentía su brazo izquierdo atravesado por descargas de dolor. Siguió corriendo por un sendero sin saber hacia dónde iba, ni por qué lo hacía, hasta que sin darse cuenta se topó con un tractorista que pasaba por el lugar. El paisano al verlo tan mal y encima vomitando lo llevó al hospital más cercano. A su ingreso los médicos comprobaron que el sujeto – un fogueado hombre de campo - estaba inexplicablemente excitado y asustado, además cubierto de sudor – aceptable por la temperatura de la época estival – pero con la “piel de gallina” a pesar que su temperatura corporal estaba apenas elevada. Mientras era examinado se comprobó que se había orinado en la cama e insinuaba un leve erección – algo dolorosa! - de su pene. Llamaba la atención la presencia de un pulso radial muy acelerado, hipertensión arterial, sistólica y diastólica, y signos de sufrimiento cardíaco revelado por un trazado electrocardiográfico anormal. En principio y con lógico razonamiento se atribuyó el dolor en la mano y brazo izquierdos, cada vez más intensos, al clásico dolor irradiado de origen cardíaco.

A pesar del melodramático cuadro clínico que presentaba el pobre jornalero, ¡nada...nada! estaba claro que orientara a un diagnóstico. La confusión era total y el listado de enfermedades probables comenzó a deambular por la mente de los médicos asistentes. Los minutos corrían y la gravedad del hombre se iba profundizando por un estado alarmante de excitación psicomotriz con sostenida elevación de la presión de su sangre. Sin duda el paciente estaba bajo el dominio de un síndrome de pánico. En aquella época no era aún familiar este tan mentado cuadro clínico, Aún así, en este curtido hombre de campo no existían motivos valederos para sustentar tal hipótesis. Sobre todo, en sus antecedentes personales, no se vislumbraba una personalidad neurótica. Sí parecía claro que su persistente excitabilidad se acompañaba de un conjunto de síntomas compatibles con un escape del sistema simpático: gran excitabilidad nerviosa, sacudidas musculares, sudoración, hipertensión arterial, taquicardia, erección

pilosa y un esbozo de erección peneana. A todo ello se agregaba un dolor intenso en su brazo izquierdo, interpretado equivocadamente como de origen cardíaco

A pesar del estado lúcido del sujeto, la persistente excitabilidad hacía difícil solicitarle que recordara un poco más y permitiera a los médicos salir de ese oscuro mare magnum diagnóstico. Siempre he sostenido que la práctica de la medicina representa una virtuosa artesanía practicada por algunos profesionales más sensibles y observadores, más intuitivos y hasta más temerarios que otros. Pero en este caso parecía que todo el podio del saber y la imaginación se agitaba en un hervidero de conjeturas

Entre los perplejos colegas había sin embargo uno, ya entrado en años, quien hasta ese momento se mantuvo callado pero, al parecer, sus sentidos ya largo rato hacía que estaban husmeando aquel difícil caso. El encorvado y canoso médico se acercó al enfermo y le levantó apenas la mano. Una mano sostenida por un musculoso brazo que con solo mirarla alejaba la idea de que pudiese estar enferma o injuriada. Sin embargo, de pronto, surgió la meridiana óptica del perceptivo médico de monte – fiel conocedor de sus secretos murmullos – quien señaló una casi indeleble y pequeña roncha centrada por un puntito oscuro que, apenas visible, asentaba sobre la cara dorsal de aquel fuerte brazo surcado por gruesas venas que, vaya a saber, cuánta sangre habrán empujado para acopiar el generoso sustento en los abrazadores días de cosecha.

El viejo galeno, con voz casi inocente, apenas acertó a decir :

- ¿No lo habrá picado algún bicho venenoso?, invitando a sus colegas a acercarse y observar aquel minúsculo hallazgo.

Silencio y asombro! Comenzaron las conjeturas. En aquel clima norteño era lógico sospechar una picadura de insecto venenoso como responsable de aquel genuino drama clínico. La época estival, la zona de campo donde se supone sucedió el acontecimiento, el sitio de la agresión - dorso de la mano -, las circunstancias en que sucedió el hecho (recostado sobre un arbusto), el despertar brusco con el dolor local irradiado hacia la raíz del miembro que hizo su-

poner un dolor de origen cardíaco, las manifestaciones clínicas de un innegable síndrome “simpaticotónico”, la perfecta lucidez expresando el terror psicomotriz, la pequeña roncha sobre el dorso de una mano que tanto dolía y su progresiva irradiación hacia la axila. ¡El sugestivo signo de la erección del pene! Todo, todo lo dicho hacía pensar en dos posibles causas: que el padecimiento era debido a un latroductismo o bien a una picadura de escorpión (alacranismo). Es decir una picadura por la araña *Latrodectus mactans* (viuda negra), o bien por *Tityus trivittatus* *vr. trivittatus*.

En casos como los sospechados era lógico apelar a la conocida práctica deductiva consistente en llegar a la verdad por el opuesto. Es decir aplicando el conocido axioma: “un signo negativo – que no se halla presente – en ocasiones resulta de importancia positiva para arribar a la verdad diagnóstica”. Por ejemplo en el caso que estoy refiriendo no se observaron signos patognomónicos de escorpionismo: epifora (lagrimeo), sialorrea (secreción salivar aumentada), rinorrea (secreción nasal aumentada) y signos de parálisis de los músculos respiratorios, los cuales suelen acompañar al escorpionismo de carácter grave. La ausencia de ellos representan signos negativos que permiten orientar el diagnóstico hacia otra patología. En este caso era bastante razonable orientar el diagnóstico hacia un latroductismo. Pero, por qué un emponzoñamiento por una araña perteneciente al género *Latrodectus*? Por estas cuatro simples razones:

- a) El accidente se produjo casi con seguridad durante el reposo, debajo de un arbusto y en plena naturaleza. Creo importante asociar la presencia de un arbusto, sitio – nicho ecológico potencial de esta especie de araña – donde se produjo la picadura
- b) La elevada temperatura ambiental
- c) Los síntomas generales e intensos que identifican la acción específica del veneno de la araña y,
- d) la rápida mejoría clínica luego de la administración del suero -específico- neutralizante del veneno. Representa una de las pruebas “*ex juvantibus*” más fehacientes de especificidad entre

veneno y antídoto que, en patología humana, ofrece este emponzoñamiento (5).

Se ha demostrado que el veneno de esta temida viuda negra, denominado *alfa-latrotóxina* (6) afecta específicamente al sistema nervioso central provocando persistente excitación psicomotriz, acción que se prolonga al sistema nervioso simpático dando lugar a la aparición de los signos y síntomas ya comentados. Por otra parte dicho veneno es responsable de la erección del pene que puede ser o no dolorosa. En mi opinión este hallazgo resulta muy elocuente de latroductismo. El diagnóstico resultó indiscutible las veces que lo comprobé. De igual forma la respuesta terapéutica – hay que verlo para creerlo! – donde en apenas horas la aplicación del antivieno específico disipa todo el cuadro clínico como por arte de magia. ¡Ah!, por si hubiese dudas, también se desvanece en poco tiempo la erección. ¡Inexcusable prueba del fenómeno *ex juvantibus*!

Con la timidez de un verdadero erudito, luego de sugerir el diagnóstico y confirmado con la simple administración de dos ampollas del suero específico, el anciano y humilde médico de pueblo se retiró en silencio. Nunca más lo vi. Pero su profunda mirada de baqueano me dejó la impresión de haber conocido a un espíritu sereno, acostumbrado a largos andares por sendas y picadas, disfrutando de las susurrantes enseñanzas que, a veces, solo puede dar la erudita naturaleza.

Tampoco puedo olvidar el dramático caso de un niño mordido por una serpiente yarará en pleno cuello que, como era de esperar, le ocasionó la muerte por asfixia compresiva. Si bien no alcancé a asistirlo pues el trágico episodio ocurrió horas más tarde a mi llegada al lugar del hecho, creo importante relatar algunos detalles que siempre dejan enseñanzas, especialmente en áreas endémicas de ofidismo donde el médico rural debe cumplir su tarea cotidiana. En sabido que en épocas estivales, o luego de precipitaciones, se produce el desplazamiento de los ofidios, habitualmente en busca de presas para alimentarse. Es costumbre que aniden en lugares oscuros

al abrigo del sol. Por ello se guarecen debajo de troncos o piedras o en galerías subterráneas como también en huecos de árboles. Es costumbre de los niños subirse a los árboles y meter las manos en los nidos para hacerse de huevos o pichones de aves. Pero, más de una vez, esos nidos están habitados por ofidios y es allí donde se produce la agresión en manos, antebrazos y hasta en la cabeza y cuello.

Otro hecho – lo he observado más de una vez – que identifica a las travesuras bucólicas es el juego peligroso mediante el cual niños al divisar a una serpiente arrinconada empiezan a azuzarla excitándola de tal forma que el animal, en impulsivos raptos de defensa o, vaya a saber también de ira, comienza a dar saltos que pueden superar el metro de altura. En consecuencia, la diablura infantil provoca el salto del animal que alcanza el cuello o la extremidad cefálica de la criatura. La muerte por asfixia se produce porque el veneno ocasiona un edema de rápida instalación que comprime los vasos del cuello y la traquea ocluyendo la vía respiratoria. En estos casos una medida heroica es la inmediata traqueotomía para liberar la vía aérea. Pero debe quedar claro este concepto: el único medicamento que puede neutralizar el veneno y salvar una vida, es el antiveneno específico, administrado en dosis generosas, en forma rápida y de una sola vez!

¿Cómo se inició mi interés por desarrollar en el Hospital Muñiz - para ser más preciso en el área de la patología regional y medicina tropical – la fascinante y poca difundida disciplina identificada como Zoopatología Médica? (7). Fue a partir del importante entrenamiento que adquirí en el renombrado “Instituto Butantan” de Sao Paulo, al lado del Profesor Dr. Joao Luiz Cardoso y de la Profesora Dra. Linda Naha. Allí completé una importante etapa de mi formación como médico tropicalista. Tuve el honor de ser médico residente del Hospital “*Vital Brazil*” que funcionaba dentro del afamado predio (8). Diariamente se asistían numerosos accidentes producidos por variadas especies de animales ponzoñosos y, con igual intensidad y frecuencia, a lo largo de todo el año. No creo equivocarme al considerarlo como el más prestigioso de los centros de producción de antivenenos del mundo. Sin duda fue una magnífica

experiencia que me fogueó en esa tarea siempre desafiante porque exigía suficientes conocimientos de la fauna, hábitat y costumbres de las especies peligrosas, además de pericia y firmeza en las decisiones a la hora de proponer el correcto tratamiento.

Enriquecido con mis lecturas sobre el historial del hospital Muñiz, donde figuraban los nombres de célebres figuras que pasaron por sus salas, laboratorios y aulas, pude enterarme con cierta sorpresa, que durante sus inicios como microbiólogo Salvador Mazza realizó investigaciones relevantes para la época vinculadas con los emponzoñamientos provocados por arañas peligrosas. Dichas investigaciones culminaron con una importante y quizás pionera tesis de doctorado sobre “*aracnoidismo*” - o “*araneismo*” humano que presentó en el año 1911 y que intituló “*Formas cutáneas y nerviosas del aracnoidismo*”. Sin duda fue una importante contribución hacia el conocimiento de esta patología, poco conocida para la época y quizás orientada más hacia el médico rural. Creo que el Dr. Mazza era un ávido lector que gustaba de hurguetear en los intrincados laberintos de la historia natural de las enfermedades regionales. No olvidemos que aún no se había radicado en la provincia de Jujuy donde años después fundaría la “*Misión de Estudios de Patología Regional Argentina*” (M.E.P.R.A.), la pionera escuela de patología y medicina tropical de la Argentina!

A partir de ese dato histórico, para mí hasta revelador, recapacité si debía tomar a ese antecedente como una simple casualidad o bien considerarlo como una movida de mi brújula vocacional extendiéndola hacia otros rumbos aunque estrechamente vinculados con las patologías regionales y la medicina tropical. Fue entonces que decidí incorporar a mi labor asistencial la apasionante y reveladora ciencia vinculada con la bio-patología animal. Comenzar, poco a poco, a introducirme en el complejo mundo de la zoología médica. A pesar de los conocimientos adquiridos durante mi residencia en el Instituto Butantan no dejaba de presentir que el camino sería largo y difícil. Incorporar esa nueva disciplina en el quehacer diario del hospital Muñiz. Enseñarla, motivarla, difundirla y, finalmente, con la pretendida idea de crear un centro de referencia nacional en nuestro hospi-

tal escuela de enfermedades infecciosas. Por cierto un nuevo desafío, pero la idea era inamovible ...y todo era cuestión de empezar.

Inicié la nueva tarea apoyado y asesorado por el prestigioso Instituto de Microbiología “*Carlos Malbrán*”, en cuyo predio desarrollaba sus tareas el importante “*Serpentario*” dedicado al estudio zoo-toxicológico y a la producción de antivenenos de especies de arañas, alacranes y serpientes peligrosas oriundas de Argentina.

Así comenzó a crecer la idea que, a decir verdad, fue sostenida por el apoyo incondicional y eficiente trabajo de mis calificados discípulos Dr. Tomás Orduna, Mario Massana Wilson y Dra. María Cristina Peña. Junto a ellos comenzó la pequeña salita de “*Zoopatología Médica*” que en un principio – como todo aquello que resulta novedoso y quita terreno a lo vano e inoperante – fue resistido y nosotros, sus braceros y defensores, tiznados con el burlón apodo de “bichólogos”. Pero todavía nadie imaginaba que de esos bichos canastos surgirían lozanas mariposas que ofrecerían a la sociedad el multicolor de un necesario beneficio sanitario!

A partir del año 1979, con poca credibilidad por parte de las autoridades de la entonces Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, comenzamos a asistir los primeros casos de accidentes provocados por animales. Aprovechamos la ocasión para comunicar a los centros de Toxicología del Hospital de Niños y al importante Centro Toxicológico Nacional ubicado en el Hospital Nacional “*Alejandro Posadas*” de la localidad del Palomar, la creación del Consultorio Externo de Zoología Médica en el Hospital “*Francisco J. Muñiz*”, con apoyo de nuestra guardia de urgencia, de forma tal que las consultas eran evacuadas durante las 24 horas.

Las consultas empezaron a hacerse cada vez más frecuentes. Así también surgieron relatos inesperados y hasta emotivos toda vez que un paciente, víctima de una agresión animal, acudía casi siempre asustado llevando consigo el ejemplar o parte de lo que quedaba de su machucado cuerpo. Sin embargo, difícil se tornaba llegar al diag-

nóstico cuando no traía el animal completo o restos identificables del mismo, situación que se tornaba comprensible. Así, imaginemos a una persona mientras duerme y de pronto siente un pinchazo en algún lugar del cuerpo. Despierta, prende el velador y comienza a buscar y a buscar... y ahí nomás, vecina a su adormilada y tibia carne se enfrenta, por ejemplo, con el paralizante espectáculo de una araña trasladando su geométrica y atemorizante figura entre los pliegues del tibio lecho. Lo primero que desata su instinto de conservación es destruir el ejemplar. Al ser aplastado llega al observador irreconocible siendo imposible determinar la especie a la cual pertenece. Sólo el microscopio entomológico alcanza a recomponer su exo esqueleto permitiendo identificar al animal sospechoso.

La consulta se iniciaba, por parte de la víctima, con alguna de estas habituales descripciones:

- ¡Mire Doctor!, traje esta araña – celosamente encarcelada en alguna cajita o frasquito de vidrio - que me picó en la espalda mientras me estaba colocando la camisa; o bien escuchar a una dama decir:
- Doctor... mientras dormía algo me picó pero busqué y busqué y no encontré nada. ¡Mire lo que me salió Doctor! Estoy muy asustada...mientras marcaba el sitio de la piel donde se produjo la agresión del animal.

O, también, frente a una mordedura de serpiente cuyo episodio era relatado por un baqueano, quien no necesitaba reconocer al animal para asegurar el origen del accidente. Creo importante destacar que un baqueano – siempre dispuesto y experimentado - representaba para nosotros un genuino orientador y, además, un palmario conocedor de los escondrijos de muchas alimañas que pueblan la naturaleza.

Debo reconocer que el lugar destinado para la asistencia de nuestros pacientes - Consultorio Externo de Zoopatología Médica - no era adecuado y menos aún confortable. Un rincón oscuro, húmedo; en verdad una covacha olvidada que, años atrás, fuera destinada como consultorio de oftalmología. La única ventaja que ofrecía era

que se hallaba contigua a la sala de guardia. Reconozco que en aquel comienzo me sentí poco menos que ignorado con ese nuevo propósito de asistencia médica, además de considerarlo más que imprescindible que, su lugar de consulta, asentara en nuestro hospital. Defraudado por tal situación comuniqué mi disconformidad al entonces director del hospital, obteniendo como respuesta que "... me armara de paciencia" ya que esa nueva especialidad aún no se hallaba reconocida y menos aún insertada en el organigrama hospitalario. Evidentemente nuestro enfoque integral no insinuaba un porvenir alentador. Más aún si tomábamos en cuenta que para la época los accidentes producidos por diversas especies animales eran absorbidos por los diferentes centros toxicológicos de cada región, y además centralizados en la Cátedra de Toxicología de la UBA, en el Instituto Nacional de Microbiología "Carlos Malbrán" y en el Ministerio de Salud de la Nación. En aquella época la tarea se circunscribía a notificar el accidente, reconocer al animal agresor, proponer el tratamiento y, en ocasiones, a fumigar el domicilio del damnificado. Asunto concluido. Salvo excepciones no se había constituido un grupo de trabajo interdisciplinario a nivel asistencial, docente, y de investigación, tanto de gabinete como de terreno, que enfocara los emponzoñamientos humanos con criterio holístico (9).

Como era de esperar, en los corrillos de los diferentes hospitales de la capital y de la provincia de Buenos Aires ya circulaba el rumor de la creación de un nuevo consultorio para las emergencias toxicológicas de origen animal. Aquel primitivo y oscuro rincón, vecino a la sala de guardia, fue así la casa paterna de lo que sería, tiempo después, el concurrido Centro Municipal de Zoología Médica, dependiente de la Unidad de Internación "*Patología Regional*", - Pabellón XXX, sala 9 - del Hospital Francisco J. Muñiz. Un oscuro y abandonado rincón donde comenzamos, con el mote de bichólogos, a construir nuestro mangrullo, un firme bastión de asistencia, vigilancia, producción científica y docencia universitaria.

A partir de aquel lejano inicio el equipo de infectólogos, hoy merecidamente liderado por la comprometida y eficiente jefa de la Sección

Zoopatología Médica, Dra. Susana Lloveras, viene asistiendo a pacientes procedentes de diversos lugares del área metropolitana, Gran Buenos Aires y diferentes puntos del interior del país y del exterior. Desde entonces pasaron largos treinta años; ayer soportando la penumbra de aquel recoveco húmedo y casi olvidado que a regañadientes fue cedido a un grupo entusiasta de irrelevantes bichólogos. Fue necesario paciencia, tenacidad, superación, trabajo sin descanso y la fe puesta siempre en el principio de la inteligencia compartida.

Comenzamos entonces a dictar cursos de apoyo a los médicos de guardia de nuestro hospital. Luego a organismos como la Cruz Roja, Fuerzas de Seguridad, Fuerzas Armadas, Colegios y diversas instituciones de enseñanza; empresas de transporte; centros de toxicología radicados en hospitales de referencia. Organizamos simposios sobre toxicología médica con otros centros similares del Gran Buenos Aires y del interior del país (Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Córdoba, Corrientes, Misiones). Larga sería todavía la lista para mencionar las vinculaciones profesionales y científicas que logramos con el tiempo gracias a este apasionante disciplina de la práctica médica. Una disciplina que desarrollada desde su ya lejano inicio conlleva un mensaje quizás un tanto soslayado pero que, a partir del reconocimiento, cura y prevención de una agresión animal, apunta siempre al magno respeto por el hábitat de los animales que pueblan nuestro bello planeta.

Con el correr de los años empezamos a sentirnos gratificados por el apoyo, la solidaridad y la cálida recepción a nuestras opiniones y propuestas terapéuticas recibida desde otros centros toxicológicos del país. Se inició así una mancomunada correspondencia asistencial, científica y afectiva que aún se mantiene, sostenida por un respeto científico y una gratificante amistad. Hoy, sólidamente mantenida por prestigiosos médicos que merecidamente conducen el destino asistencial y científico de la Unidad CEMPRA – MT con sede en la Unidad 9, Pabellón XXX, del Hospital Muñiz.

El primer caso severo de emponzoñamiento humano que diagnosticamos en nuestro servicio de la sala 9, fue el provocado por

la denominada “araña homicida” - *Loxosceles laeta* – en una mujer procedente del Gran Buenos Aires y que, dada su gravedad, obligó a su internación. Un caso por demás llamativo que permitió seguir, paso a paso, las etapas evolutivas de la lesión, la cual asentaba en la cara interna de uno de sus muslos. Digo llamativo porque a través de la observación de otros pacientes con “loxoscelismo cutáneo”, aprendimos que los sitios más frecuentes de ubicación de la picadura se situaban en las caras internas de los miembros; o bien en nalgas y espalda, justamente en los sitios donde el animal ocasionalmente se siente apretujado. Concretamente el animal pica porque se siente agredido (10).

Con el correr de los días y cerca ya de las dos semanas, una extensa placa negruzca de tejido muerto fue cubriendo gran parte del lado interno de la pierna. El tejido desvitalizado permitía visualizar, todavía, pequeños retazos de piel mostrando un particular reticulado –como si fuera un trozo de mármol tornasolado–, signo descrito en Chile por el Profesor Hugo Schenone y considerado por este autor como patognomónico de loxoscelismo cutáneo. Posteriores casos documentados en nuestro servicio permitieron ratificar la veracidad de este importante signo dermo-toxicológico (11).

Larga, tediosa e ingrata fue para esta mujer la evolución de extensa escara la cual, para nosotros como hecho desconocido, comenzó a desprenderse a partir de su irregular borde. Se decidió, entonces, a su remoción conducta largamente meditada y fundamentada por los motivos siguientes:

El despegamiento espontáneo del borde desvitalizado insinuaba –aclaro que aún no teníamos experiencia al respecto y obrábamos más por intuición que por conocimiento– un desprendimiento lento y torturante ya que el dolor quemante no abandonaba a la paciente.

La porción de tejido muerto y desprendido dejaba resquicios de lecho ulceroso con riesgo de infectarse.

El descolado quirúrgico de la escara permitiría acelerar el proceso de eliminación de tejido muerto y, a la vez, nos enfrentaría con una realidad poco conocida: ¿qué panorama ofrecía la úlcera producida

por el potente veneno? Y, sobre todo, cómo surgiría el tejido de granulación para rellenar el profundo lecho ulceroso como etapa previa a la epitelización completa.

Desprendido el extenso despojo de piel muerta – simulaba un espeluznante islote de carbón petrificado! – por primera vez se abrió a nuestros ojos una impresionante y profunda úlcera que, insisto, ocasionaba a la mujer un constante dolor el cual, por momentos, se tornaba lacerante. Como era de esperar varios episodios de infección sobreagregada se produjeron a partir de entonces. El grotesco espectáculo de un cráter inerte surcado por sinuosos laberintos de secreción purulenta...por momentos hasta mal oliente. Se hacía difícil imaginar hasta dónde podía causar tanto daño algo tan perfecto y viviente creado por la inagotable “*Natura*”.

Fueron necesarias semanas para que la profunda úlcera cicatrizara. En su lugar se constituyó una cicatriz retráctil, deformante e invalidante que desfiguró el modelado anatómico de la pierna de aquella joven. Injusto precio tras un acontecimiento insólito que, bien a la vista, nos comenzaba a enfrentar en nuestra práctica como infectólogos. Pero también estaba claro que el diagnóstico certero y el tratamiento precoz eran las únicas alternativas eficaces para evitar una prolongada letanía de sufrimiento como la sufrida por nuestro primer caso grave de loxocelismo humano.

Más allá de esta novedosa experiencia, no nos habíamos enfrentado todavía con una forma mucho más grave de emponzoñamiento originado por esta especie de araña. Me refiero al compromiso sistémico conocido como “*loxoscelismo cutáneo y viscero-hemolítico*”. Esta modalidad clínica de emponzoñamiento representa siempre un riesgo de vida y obliga al diagnóstico precoz para no perder al enfermo. Aquí se produce una electiva fijación del veneno en los glóbulos rojos de aquellas personas que genéticamente presentan deficiencias en la síntesis de la enzima lactodehidrogenasa eritrocitaria. La masiva destrucción de hematíes – fenómeno conocido como hemólisis – trae aparejada una grave anemia que priva masivamente de oxígeno a los tejidos y, para peor, los cadáveres de estos

glóbulos rojos destruidos obstruyen amplios sectores de la red vascular del organismo. Hemos tenido ocasión de estudiar detenidamente esta forma de loxoscelismo sistémico con el entonces jefe del área de Anatomía Patológica dependiente del Instituto Nacional de Microbiología “*Carlos Malbrán*”, Dr. Julian M Prado. Las lesiones se situaban en diferentes órganos – piel, tejido graso, pulmón, riñón, hígado, glándula suprarrenal -- con predominio de focos de necrosis celular, hemorragia e infiltrados inflamatorios difusos. (12) .

Hemos aprendido que existe un emponzoñamiento que puede pasar desapercibido, evolucionar además gravemente y si la víctima es una criatura menor de tres o cuatro años llevarla a la muerte. Me refiero al ocasionado por un alacrán. Frente a esta preocupante zoonosis médica los siguientes hallazgos pueden ser orientadores para el diagnóstico:

- a) Es habitual que la marca que deja el agujijón sobre la piel no sea perceptible a simple vista. Más aún si el tegumento es de color pardo o negro, circunstancia que torna indistinguible la eventual y minúscula mácula o pápula congestiva. Por ello es esencial examinar minuciosamente la piel, sobre todo los lugares descubiertos, y si se trata de un lactante desnudarlo ya que el agujijonamiento puede producirse en cualquier sector de la piel debido a que el pequeño habitualmente permanece acostado o gatear por el piso.
- b) Los principios activos de la ponzoña disparan específicamente el sistema simpático y parasimpático de la víctima (13) dando lugar, según la cantidad de veneno inoculada, a una serie de signos y síntomas: agitación, temblor generalizado, delirio, aparición del orientador síndrome denominado “*triple escurrimiento*” - lo he visto con mayor frecuencia en los niños pequeños -. El paciente acusa aumento de la descarga de lágrimas (epífora), de moco nasal (rinorrea) y de saliva (sialorrea). A veces son dos los signos de escurrimiento: moco nasal y saliva.
- c) El cuadro clínico se torna grave cuando se agregan francos trastornos cardiorespiratorios – arritmias cardíacas, hipoten-

sión arterial, colapso, dificultad respiratoria, parálisis de músculos intercostales y diafragma, edema agudo de pulmón-; además vómitos, dolor abdominal difuso, diarrea (14).

Debo agregar que personalmente pude adquirir una experiencia “bucólica” frente a los accidentes provocados por serpientes peligrosas. Este fascinante mundo viviente y “arrastrado” cuya aparición fue, se supone, hace 144 millones de años en el Norte de África, se cree en la región del actual Egipto (15). Incontables anécdotas existen en torno a la peligrosidad de estos reptiles, creadas más por la imaginación del hombre que por la certidumbre de sus reales atributos agresivos.

Al expresar, como experiencia, la palabra bucólica quise referirme a mis primeras vivencias adquiridas como iniciado durante mi residencia en el genuino hospital de campo con asiento en el Instituto Butantan de Sao Paulo, donde convergían todos los accidentados provenientes de zonas rurales. Tiempo después, transitando como médico itinerante por vastas regiones norteñas de la Argentina. Más tarde en Nicaragua y, finalmente, trabajando en hospitales rurales de África, el siempre desafiante continente negro. Enfrentarme a una probable mordedura de serpiente representó algo inédito en mi vida. En consecuencia, resolver con acierto un accidente de esta naturaleza exigía una adecuada fortaleza operativa, amén de un cabal conocimiento de la clínica y del manejo evolutivo esta zoopatía médica.

Con la oportuna inserción a nuestro Centro de Patología Regional y Medicina Tropical - CEMPRA-MT – Unidad 9 del Hospital F. J. Muñiz - del Licenciado en Ciencias Biológicas Manuel Espinosa, pudimos consolidar y extender los conocimientos acerca de la taxonomía, morfo-biología y distribución geográfica de las diferentes especies de ofidios peligrosos pertenecientes al ecosistema argentino. “Manolo” representó para nosotros un eficiente consultor y asesor en temas de biología y entomología sanitarias y, al poco tiempo de ingresar a nuestro hospital, su importante labor se extendió

al Servicio de Zoonosis dirigido por el prestigioso infectólogo Dr. Alfredo Seijo.

Nuestra experiencia abarcó, además, a los ofidismos producidos por diferentes especies del género *Bothrops* –serpiente yarará–, si bien en mi estadía como residente del Butantan tuve oportunidad, como ya lo expresé, de asistir bajo la tutela de mi generoso y brillante instructor, Profesor Joao Luiz Cardoso, graves casos de mordeduras por serpiente cascabel –género *Crotalus*– y también por coral –género *Micrurus*–. Sintetizaré entonces nuestra experiencia en la mordedura de yarará, accidente que también se lo suele identificar como “*accidente botrópico*”.

En mis primeras armas como médico de campo me metieron en la cabeza este inviolable principio de práctico de campo: “*jamás colocarás torniquete luego de la mordedura de una yarará...*”, principio que, no pocas veces, violaba el propio hombre de campo. Y no había tu tía (16). Toda vez que este preámbulo, de gran significado práctico y médico, se contrariaba la víctima evolucionaba hacia una segura complicación. Veamos por qué:

- a) El veneno de yarará contiene sustancias activas que producen gran edema – hinchazón – en el sitio de inoculación. Con el aumento del volumen local del miembro – habitual en el tercio inferior de la pierna – se entorpece la circulación, disminuye la perfusión local de oxígeno y los tejidos sufren. Si aplicamos torniquete con el objetivo de impedir que la ponzoña se difunda por el resto del organismo, pretendiendo así salvar a la víctima, la asfixia local se acrecienta y, a largo plazo, surgen estas consecuencias: formación de úlceras, mutilación espontánea de segmentos corporales (dedos), mal perforante plantar, cicatrificaciones con deformaciones a veces monstruosas, etcétera.
- b) El sufrimiento del segmento oprimido por el torniquete lo predispone, además, a una infección sobreagregada: absceso, flemón, celulitis necrotizante, producción de extensas ampollas serohemorrágicas, artritis séptica, osteomielitis.

Entonces, cuál debe ser la oportuna e inmediata conducta. Si no contamos con el antiveneno – descuido que puede costar caro si transitamos por áreas endémicas de ofidismo (17) - mientras transportamos al paciente a la unidad sanitaria más próxima, procedemos a elevar 30 grados el miembro injuriado y a la vez efectuamos una pequeña incisión para que salga la mayor cantidad de sangre mezclada con veneno – maniobra ayudada, con frecuencia, por una fuerte expresión de la piel o succión. Esta conducta debe estar recostada en otro indiscutible precepto: el antiveneno específico debe aplicarse cuanto antes, en dosis conveniente y - ¡no preocuparse si al operador se le va la mano con la cantidad administrada! - *aplicado en su totalidad de una sola vez* porque no tiene sentido práctico administrarlo en dosis fraccionada ya que lo que se pretende *es neutralizar toda la ponzoña inoculada lo más precozmente posible*. Y aquí agrego algo importante que aprendí: cualquiera fuese la especie de emponzoñamiento, el manejo terapéutico debe ser igualitario porque hay solo una forma de ganarle a la acción devastadora de los diferentes venenos biológicos, y es colmando masivamente con el antiveneno todos los recovecos vitales del organismo injuriado.

Largo sería relatar las innumerables consultas recibidas desde la creación de nuestra sección de Zoopatología Médica. Apenas contaré algunas destacadas por su importancia sanitaria o, acaso, por sus peculiares circunstancias de aparición.

En relación con viajes realizados a la provincia de Misiones, cumpliendo campañas sanitarias en comunidades indígenas guaraní y, además, participar en el desarrollo de jornadas médicas en el Hospital de El Dorado (18) tuvimos oportunidad de conocer una patología todavía desconocida por nosotros pero bien identificada y hasta “folclorizada” por anécdotas contadas por lugareños de orillas del ríos Paraná y Uruguay. Se trataba de una zoopatía de agua dulce denominada “*coletazo de raya de río*”. La primera e impresionante anécdota partió de un grupo de hacheros de bosque situado en la margen del Paraná quienes relataron cómo un jornalero se sumergió en aguas del río aludido para refrescarse en una calurosa tarde de

primavera. En tales circunstancias sufrió un “*chuzaso*” - sensación de latigazo electrizante - en uno de sus pies. Según testigos el dolor llegó a ser tan insoportable que ni bien tocó suelo comenzó a revolcarse y en un acto de desesperación tomó su hacha y se amputó el pie a la altura del tobillo ¡Vaya dolor insoportable que no dudó en mutilarse!

Al momento de producido el coletazo es habitual que el sujeto orine sobre el sitio de la injuria creyendo que la orina neutraliza el dolor y elimina la acción mortificante del veneno de la raya (19). En realidad los beneficios esperados - algunos casos relatados con disminución del dolor y ausencia de ulceración - se deben al hecho de que el veneno, por ser de naturaleza proteica, se neutraliza en parte por efecto del calor siempre que sea aplicado al momento del accidente. Ello puede quizás mitigar un tanto el dolor como la probabilidad de necrosis del tejido injuriado. Una buena práctica es sumergir precozmente el miembro afectado en un recipiente con agua caliente sometiéndolo a una elevada temperatura - lo más tolerada posible - durante varios minutos.

Y sigo evocando...

El episodio, bastante insólito, sucedió una tarde en la cual me encontraba cumpliendo mi habitual guardia semanal de los días jueves. Me llamó la atención que Beatriz Toppi, la esmerada colega endoscopista de nuestra guardia, había pedido permiso para concurrir a su domicilio porque debía socorrer a un sobrinito que requería su urgente presencia. Un rato después regresaba al hospital trayendo al pequeño con su carita y brazos repletos de picaduras de hormigas que mostraban numerosos puntos rojos, calientes y rodeados por un edema duro que cubría en su totalidad el rostro y ambos miembros superiores. Lo peor del caso era que el chiquito respiraba con evidente dificultad y un claro estridor causado seguramente por la compresión mecánica de su laringe escapaba de su pecho.

Pero cómo había ocurrido aquel impensado accidente que ya insinuaba gravedad y podría hacerle peligrar su vida?

La mamá, que acompañaba a su hijito, contó que mientras estaba jugando en la placita vio una mariposa grande y multicolor posada en el tronco de un árbol. Corrió entonces para apresarla y con el propósito de que no se le escapara se abrazó a su corteza no reparando que un largo camino de hormigas coloradas se desplazaban en ordenada columna en procura de su alimento vegetal que, posteriormente, almacenarían en sus tabicadas alacenas subterráneas.

Lo cierto era que el pequeño iba deteriorándose rápidamente. La respiración se hacía cada vez más dificultosa. Un matiz azulino comenzó a sombrear su semblante – cianosis incipiente – por la obstrucción de la vía aérea. La fiebre era elevada. De pronto el enfermito comenzó a sacudirse. Sin duda se estaba asfixiando...

Lo vimos con el cirujano de guardia y decidimos trasladarlo al quirófano y proceder a una cirugía descompresiva de la vía aérea superior. A modo de degüello - ¡ y en un solo tiempo! - se procedió a una fasciotomía ampliada del cuello complementada por la administración de altas dosis de corticoesteroides, única forma de disminuir el grave edema asfixiante. No hubo dudas. Así se procedió. Fue rápido, violento...y salvador! Un procedimiento heroico que salvó la vida del pequeño con una evolución que felizmente no registró complicaciones.

¿Cómo había que interpretar esa nueva e insospechada modalidad de zoopatía médica? Sin duda el caso suscitó comentarios y polémicas entre los colegas. Para algunos el proceso obedecía a un grave cuadro de hipersensibilidad desencadenado por los sustancias habitualmente contenidas en el veneno de ciertas especies de himenópteros, sobre todo las harto molestas hormigas coloradas. Otros profesionales, entre los cuales me incluía, sosteníamos que el cuadro desencadenado fue producto de una genuina toxicosis por las múltiples picaduras sufridas con exceso de descarga de proteínas venenosas, ocasionando una masiva alteración de la permeabilidad de los vasos linfáticos, capilares sanguíneos y de las membranas de las células tisulares; sin excluir, por cierto, la participación del componente alergénico del veneno.

Este dramático caso me remonta a otra inolvidable experiencia de campo asistida en la provincia de Misiones donde una anciana mujer fue invadida bruscamente por un enjambre de abejas que prácticamente se adueñaron de aquel frágil organismo, provocándole graves alteraciones cardiovasculares que obligaron a su inmediata internación en la terapia intensiva de un sanatorio de la ciudad de Posadas. Recuerdo que se llegaron a contar más de doscientos marcas de agujones distribuidos por el cuero cabelludo, cara, tórax y miembros. Un dramático sembradío de puntos negros, ronchas y petequias que, junto al intenso edema cutáneo, desfiguraban la totalidad de la piel de la pobre anciana. Como era de esperar sobrevinieron graves complicaciones que se tradujeron en extensas áreas de isquemia cardíaca, edema agudo de pulmón e insuficiencia renal. Poco más de 24 horas bastaron para terminar con su vida,

Coincido plenamente con la expresión del gran ecólogo de origen francés, René Jules Dubos, quien sostenía que *“el clima condiciona el comportamiento del hombre”*. A esta sentencia me permito agregar que, de igual modo, existen posturas corporales e incluso tareas que en determinadas condiciones climáticas u horarias – crepúsculo o en horas de la noche – predisponen a adquirir un imprevisto daño corporal. Veamos un ejemplo:

- ¡Mire Doctor lo que me salió en el cuello! – comenzó a decir la paciente - ¡Parece que me están quemando con agua hirviendo! – mientras tanto apartaba porción de su blusa descubriendo la lesión.

Se trataba de una mujer quien comenzó a relatarnos cómo sucedió el episodio. Se encontraba parada debajo de un farol luminoso esperando la llegada del colectivo. Era una calurosa y húmeda noche de verano. De pronto notó que algo le rozaba la parte del cuello sin poder precisar de qué se trataba. Pocos minutos después comenzó a sentir calor local el cual se hacía cada vez más intenso mientras una mancha roja y caliente empezaba a extenderse rápidamente por toda la parte lateral del cuello.

- Pero dígame señora, - pregunté - ¿Usted no alcanzó a ver ningún insecto posarse en su cara o en el cuello?

-No Doctor – no alcancé a ver nada que me tocara pero estoy segura que algo se me posó porque alrededor del farol había muchos bichitos – creo que cotorritas revoloteando...

El diagnóstico estaba hecho – pensé. Procuré tranquilizar a la mujer y le dije sonriente:

- Señora, sabe lo que tiene Usted? – pregunté

-No Doctor...; Por favor no me diga que es grave!

- ¡Para nada Señora...para nada!. Lo que Usted se pescó vulgarmente se llama enfermedad de los vigilantes...

- ¡Pero Doctor...si yo no soy vigilante! Qué tiene que ver esta cosa que me está quemando como una brasa con un vigilante - respondió con semblante bastante molesto.

- Bueno, bueno... tranquilícese porque no fue mi intención fastidiarla. Lo cierto es que lo que Usted tiene es una enfermedad que se la denomina así porque hace muchos años solía ser bastante común en las noches de verano húmedo, cuando los vigilantes que custodiaban las esquinas se paraban horas enteras debajo de los faroles. Seguí explicándole a la asustada mujer que estos insectos también llamados en la jerga popular “burritos” pertenecientes al género *Paederus*, eran atraídos por la luz y en sus revoloteos, quizás mareados de tanto girar y girar caen de pronto al suelo pero, a veces, en vertiginoso tirabuzón chocan contra la superficie caliente de la piel de una víctima, y hoy la víctima fue Usted Señora! (20).

Recuerdo que este caso fue uno de los primeros accidentes severos por coleópteros que acudieron a nuestra consulta. Seguimos la evolución de la lesión que se extendió por el cuello simulando una quemadura de segundo grado con formación de sendas ampollas con contenido serosa. La sensación de ardor y dolor pulsátil fue casi constante, situación que obligó a la administración de corticoesteroides y la administración de antibióticos como preventivos de una infección secundaria. La administración de agentes antimicrobianos solo estaba indicada frente a casos severos con necrosis de la dermis

superficial y formación de flictenas o ampollas con contenido turbio, hallazgo sugestivo de infección sobreagregada.

Más que fastidiosas y dolorosas resultaron las picaduras de los tan mentados jejenes o paquitas – ¡esas porquerías voladoras! como llamaba a estos insectos un colega de piel blanquecina, como la misma leche, y víctima de impresionantes brotes de alergias que le obligaron a suspender sus viajes de trabajo en regiones de nuestra Mesopotamia, sobre todo vecinas a las márgenes de ríos donde estos insectos mantienen su hábitat. Parece increíble que estos “*simúlidos*” -mosquitas negras de cerca de 5 mm de longitud- puedan inocular una saliva tan urticante que provoca intenso ardor, prurito duradero y rascado reiterado, todo lo cual irrita fuertemente a la piel y predispone a las infecciones.

Cómo olvidar la dramática historia relatada por un distinguido colega quien acostumbraba a realizar viajes de placer con su esposa para disfrutar de la pesca del dorado en distintos parajes ribereños de la provincia de Corrientes. En una de las tantas travesías su mujer fue invadida por jejenes que la agredieron masivamente provocándole múltiples lesiones en brazos y piernas, varias de las cuales se infectaron debido a los torturantes rascados que le producían las mismas. Pero el relato de tal hecho no acabaría allí ya que al año siguiente, viajando a la misma zona, fue acometida nuevamente por tales insectos. Las reacciones se magnificaron con elevada fiebre e hinchazón de la piel. El problema se complicó aún más y a raíz de ello viene el relato. En oportunidad de reiterar el viaje a la provincia citada, la señora le expresó a su marido que era temerosa de que el episodio pudiera ser más grave todavía y que desistiría en hacerlo. Finalmente, el marido pudo convencerla y la temerosa mujer decidió volver. Tal como lo había intuido la pobre víctima volvió a ser atacada y a pesar de sus recaudos y de recibir pocas picaduras, horas después mientras estaba reposando despertó sudorosa, con elevada temperatura, dolores en todo su cuerpo y la piel cubierta de grandes moretones con presencia de vesículas sanguinolentas. ¡Gran alarma! Se trataba de una violenta reacción alérgica, acompañada de ardor

intenso en la boca y en los ojos. No podía haber error. Estábamos en presencia de un eritema polimorfo pluriorificial (21) de evolución aguda, desencadenado en un terreno sensibilizado por los principios activos “veneno simili” de la saliva de los jejenes. El generoso tratamiento con corticoesteroides logró apagar aquel incendio. Volvió la calma pero la enferma juró no regresar a esa provincia. Lo que nunca supe fue si el marido la acompañó en su juramento o prefirió seguir disfrutando de la fascinante pesca del soberbio y luminoso dorado.

...rumbo a lo desconocido?!

Esa fue mi impresión cuando observé, por primera vez, la caprichosa trayectoria que mostraba una lesión dermatológica por el espesor de la piel del paciente. Porque lo que estaba pasando por mi asombrada mirada era algo viviente que, desesperado por lograr su objetivo final, -cumplir el ciclo de vida- había equivocado su camino y también, sin saberlo, había errado su destino ya que cautivo en ese oscuro laberinto de piel humana... poco después seguramente moriría. Se trataba de una dermatosis denominada “*rampante*” o “*migrante*”, provocada por una larva muy activa perteneciente a diferentes especies de animales - y en casos especiales también del hombre - cuyo parásito adulto se aloja habitualmente en el intestino delgado (22).

El verme adulto expulsa los huevos al exterior en cuyo hábitat se procesa la transformación al estado de larva activa -de ahí el nombre de infectante-. Si en tales circunstancias contactan accidentalmente con la piel de la víctima - debido a la costumbre de caminar descalzo o apoyar la piel sobre la arena - la larva emergente que sólo podrá llegar al estado adulto en el intestino de su huésped definitivo, no encontrará la senda correcta. Es así como la larva infectante, muy activa, comienza a deambular en forma errante y, desesperada en su intento de llegar a adulta y cumplir con su mandato genético, recorre vanamente la piel, progresando entre 5 milímetros y 1 o más centímetros por día, hasta que atrapada y sin salida agota sus reservas y termina agonizante, triturada y devorada por las células vigilantes

– macrófagos de la piel – del huésped que, implacable, logró secuestrarla en el oscuro laberinto de la túnica cutánea.

Esta por demás insólita e interesante zoopatía médica, sobre todo del nematode del perro – *Ancylostoma canis* – exhaustivamente estudiada, suele observarse en áreas predilectas de la piel como la planta de los pies, regiones de las nalgas, espalda, etc. Traduce así el contacto directo de la superficie cutánea con el suelo contaminado por larvas. Ellas penetran activamente por su extremidad cefálica, fenómeno facilitado gracias a la humedad ambiental y probablemente a la diferencia de temperatura entre piel y suelo contaminado (23).

### Notas y referencias bibliográficas:

- 1- Cruda realidad. Una reflexiva “mea culpa” alentada por una sociedad que desde hace tiempo ha olvidado el respeto y la práctica inviolable del deber ciudadano. Vale apenas evocar un instante a esas mascotas poseídas en algún momento de la vida las cuales, apenas con sus miradas protectoras y sus cortitos gruñidos de agradecimiento, llenaron de regocijo tantos momentos de nuestra infancia!
- 2- Geografía Médica, parte de la geografía física que relaciona la longitud y latitud geográficas de una determinada región del planeta con la prevalencia de ciertas enfermedades .
- 3- Existen controversias en torno a la posibilidad de que existen venenos biológicos que acrecientan su daño durante la estación cálida. Una posibilidad es que durante el verano la fabricación de veneno sea mayor y en cada accidente sea inoculado mayor volumen del mismo. Otras teorías le asignan mayor toxicidad debido a que éstos se tornan más alcalinos por influencia del clima estival.
- 4- Una forma indirecta que nos permitía sospechar el origen del accidente era verificar el sitio donde radicaba la lesión. A esta práctica semiológica se le ha dado el nombre de “topodiagnóstico”, es decir, situar sobre el mapa corporal el lugar de asiento de

la lesión. Por ejemplo, la mordedura de serpiente suele observarse con más frecuencia en el tercio inferior de la pierna; el coleteo de raya en la región del pie; las picaduras de abejas o avispas en miembros superiores o extremidad cefálica. El paederismo – contacto con coleópteros – en la región del cuello, etcétera.

- 5- El término “*ex juvantibus*” de origen latino se refiere a la práctica de la medicina y significa “...que ayuda a” es decir que en el supuesto caso de no estar claro el diagnóstico de una enfermedad, la rápida respuesta que brinda el tratamiento aclara y facilita el diagnóstico.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Ex\\_juventibus](https://en.wikipedia.org/wiki/Ex_juventibus)

- 6- El veneno de la viuda negra contiene varios componentes, dentro de los que se encuentra una proteína de 130 kDa denominada “ -latrotoxina” ( LTX), responsable de los síntomas de envenenamiento en los vertebrados.

Mabel Rodríguez, Mónica Prud´Homme, Alejandro Alagón, Roberto Stock\*. “ Expresión de -latrotoxina Recombinante Activa de *Latrodectus mactans* Utilizando el Sistema de Células de Insecto-Baculovirus” BioTecnología, Año 2009, Vol. 13 No. 2, pag. 34

*Instituto de Biotecnología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Universidad 2001. Colonia Chamilpa, CP 62210. Cuernavaca, Morelos.*

- 7- La sección Zoopatología Médica fue anexada a la Unidad CEMPRA - Medicina Tropical por Decreto Municipal N° 6328 del 14/10/1987, publicado en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 18147 del 30/10/1987.

La creación del CEMPRA-MT fue por Ordenanza Municipal 43802 Decreto N° 1731 (21/09/89) de la Ciudad de Buenos Aires, publicado en el Boletín Municipal el 25/10/1989

- 8- El Instituto Butantan es un centro de investigación en las áreas de biología y biomedicina localizado en la ciudad de São Paulo, Brasil. Fue fundado el 23 de febrero de 1901 y es responsable de la producción de más del 80% del total de sueros y vacunas

consumidos en Brasil. Es también un importante punto turístico, contando con un parque y tres museos (Biológico, Histórico y Microbiológico), además del Hospital “*Vital Brazil*”, una biblioteca, un serpentario y unidades de producción de vacunas y biofármacos

- 9- Cerca de cuatro años nos llevó diseñar el primer texto sobre emponzoñamientos humanos provocados por venenos animales, elaborado con criterio epidemiológico, clínico y jerarquizado con un aporte experimental. Figura así identificado en la *Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina*:

<b>Auteur:</b>	Martino, Olindo Adrián
<b>Titre principal:</b>	Emponzoñamiento humano provocado por venenos de origen animal; estudio epidemiológico, clínico y experimental / Olindo A. Martino... [et al.]
<b>Publication:</b>	Buenos Aires : <a href="#">Ministerio de Bienestar Social, Subsecretaría de Medicina Sanitaria, Sector Educación para la Salud</a> , 1979
<b>Description physique:</b>	276 p., 11 cm.
<b>Notes:</b>	Bibliografía: p. 226-236. <b>Premio Carlos Videla 1979 de la Asociación Médica Argentina.</b>
<b>Sujet:</b>	<a href="#">VENENOS ANIMALES</a>
<b>Cote:</b>	<b>137043</b> vol: U <b>F. 1574</b> vol: U
<b>Type de matériel:</b>	Monographie

En la elaboración de dicha obra participaron profesionales de las siguientes instituciones:

- Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires ( Dr. Olindo A Martino, Héctor Mathet, Rubén Masini, Juan Bernard, Jorge H Vidal, Oscar Bianchi, Juan Bosch)
- División Herpetología y Ponzosñas del Instituto Nacional de Microbiología “*Dr. Carlos Malbrán*”(Dr. *Addalberto Ibarra Grasso, Sr. Teodomiro Vazquez*)

- *Departamento de Patología General y Comparada del Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán" (Dr. Julian M Prado, Raquel M Thompson)*
  - *División Sueros del Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán" (Sta. Estela Marini, Sr. Omar Sole Mendez)*
  - *Entomólogo Consultor y Asesor de la Sub-Secretaría De Medicina Sanitaria. Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación (Dr. Carlos Gondell)*
  - *Servicio de Terapia Intensiva y Nefrología del Hospital "Madariaga" de la ciudad de Posadas, provincia de Misiones (Dr. José María Alvarenga)*
  - *Servicio de Clínica Médica Hospital "Madariaga", ciudad de Posadas, provincia de Misiones (Dr. Juan Bosch)*
  - *Instituto Superior de la Carrera del Profesorado en Ciencias Naturales, Pío XII, dependiente del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación (Profesora Claudia E. Martino)*
- 10- Esta araña, esbelta geometría viviente, de color marrón, algo más tenue este color del exo-esqueleto cuando es un ejemplar joven. Es un animal dócil que busca alojarse, dentro de la vivienda humana en lugares oscuros y secos, en cuyos rincones teje su telaraña de contextura desordenada. En la naturaleza existen habitualmente más hembras que machos. En horas de la noche se las ha visto salir de sus escondrijos para deambular en busca de alimento de forma tal que puede reptar por muebles – sofás, camas, etc. - o paredes, detrás de roperos o alacenas. Al deambular puede sentirse imprevistamente comprimida por su ocasional víctima – por ejemplo mientras duerme, coloca una prenda de vestir o se apoya sobre un objeto – Es entonces cuando el animal asesta, a modo de defensa, una picadura. Parece hasta increíble que siendo sus quelíceros tan pequeños – medio a un milímetro, de longitud aproximadamente – pueda inocular un veneno tan deletéreo.
- 11- La presencia de la placa livedoide – su nombre se debe al aspecto veteadado que adopta la lesión sobre la piel - se produce como

consecuencia de la acción deletérea del veneno. El mecanismo por el cual éste daña a los tejidos es complejo y lo sintetizo mencionando tres acciones primordiales: a) lesión del endotelio – pared interna – de los vasos sanguíneos provocando obstrucción, taponamiento y falta de llegada del oxígeno a los tejidos; b), destrucción de los glóbulos rojos – fenómeno que se denomina hemólisis – restringiendo el transporte de oxígeno a las células y, c) los productos degradados de la sangre y los cadáveres de las células sanguíneas destruidas taponan los vasos sanguíneos dejando sin circulación la región vulnerada dando lugar a un tejido inerte, sin oxígeno y desvitalizado. Cómo se traduce este drama biológico: con una extensa placa de tejido muerto identificado como “escara necrótica”. Increíble imaginar cómo una araña tan bella, y supuestamente dócil, pueda ser tan destructiva cuando su ira la induce, como mecanismo de defensa, a “escupir” tamaño veneno!

- 12- Los hallazgos histológicos más significativos estuvieron localizados en: *piel, dermis superficial y profunda* (necrosis con exudado leucocitario e infiltrados inflamatorios perivasculares a predominio mononuclear ; *tejido adiposo* (necrobiosis por acción específica de la fracción del veneno reconocida como esfingomielinasa-D); pulmón (dilatación y hemorragias de los vasos del intersticio pulmonar con edema de los alveolos que, en vida, conducen al distrés respiratorio; *hígado* (necrosis y degeneración grasa de los hepatocitos); *riñón* (congestión, áreas de hemorragia y necrosis tubular); *glándula adrenal* (áreas de necrosis y alipoidosis). En síntesis, debido a sus arrasadores componentes enzimáticos, el poderoso veneno de esta aparentemente dócil y retraída araña actúa como si fuera un explosivo que al escurrirse por el vulnerable escenario multiorgánico destruye todo a su paso.
- 13- Dicha estimulación masiva suele acompañarse de descargas de adrenalina y acetilcolina, sustancias vasoactivas; además gluco y mineralocorticoides.

- 14- Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Envenenamiento por Escorpiones, 1ra. Ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones, Edición 2011.
- Tomás A. Orduna CEMPRA-MT (Sala 9) – Hospital de Infecciosas “F.J. Muñiz” GCBA Susana C. Lloveras CEMPRA-MT (Sala 9) – Hospital de Infecciosas “F. J. Muñiz” GCBA Adolfo R. de Roodt Instituto Nacional de Producción de Biológicos – ANLIS Laboratorio de Toxinopatología – Centro de Patología Experimental y Aplicada – Facultad de Medicina - UBA Vanessa Costa de Oliveira Laboratorio de Toxinopatología – Centro de Patología Experimental y Aplicada – Facultad de Medicina – UBA Susana I. García Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones Adriana I. Haas
- 15- Se calcula que las serpientes aparecieron en el período evolutivo correspondiente al Cretácico Temprano, hace 144 millones de años. HISTORIA GEOLÓGICA DE LAS SERPIENTES. Irene Goyenechea M.G.I y Jesús M. Castillo-Cerónz. Goyenechea Mayer-Goyenechea - 2002. [www.uaeh.edu.mx/investigacion/.../GoyCas2002Histgeolserpientes.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/.../GoyCas2002Histgeolserpientes.pdf)
- 16- No hay tu tía – cuya expresión inicial, aparecida en el diccionario de la lengua castellana allá por el año 1770, se escribía no hay “tutía” o no hay “atutía”. En realidad identificaba el hollín que se desprendía de la fundición del cobre y que luego era usado como pasta para curar enfermedades. Antiguamente cuando tal medicamento faltaba en las farmacias el boticario decía “...no hay atutía”. Hoy la Real Academia Española (RAE) reconoce el término tutía definiendo a un derivado del óxido de zinc, mezclado con otras sustancias metálicas, utilizado en ungüentos medicamentosos. En la jerga cotidiana decir “no hay tu tía” significa que no existe remedio -o la cosa no tiene remedio- o que no hay otra forma como resolverlo porque de otra manera no se puede o no se debe hacer.

[www.wikilengua.org/index.php/no\\_hay\\_tutía](http://www.wikilengua.org/index.php/no_hay_tutía)

- 17- ¿Se comprende entonces la necesidad de transmitir a nuestro joven estudiante de medicina precisos conocimientos de geografía médica del territorio argentino?
- 18- El primer contacto con el Hospital de El Dorado fue a fines de la década del '70 y luego, alentado por el desarrollo de jornadas científicas, continuó hasta el año 2012, aunque en forma discontinua por razones presupuestarias. Allí tuve la oportunidad de conocer al Dr. Miguel Martín, que fuera Jefe de Residentes, luego Jefe de Servicio de Clínica Médica y más tarde un distinguido cardiólogo. Desde hace años Miguel desarrolla semanalmente un programa televisivo donde trata sobre temas que hacen a la salud pública, invitando a prestigiosos especialistas. El Dr. Martín es un hombre de una vasta cultura, un sensible ciudadano que se ha preocupado por elevar la salud y la calidad de vida de la comunidad que representa su querida provincia de Misiones!
- 19- El veneno de raya produce la denominada enfermedad “potamotrigónica” – derivada de la palabra latina Potamotrygon que identifica al género de las especies de agua dulce. Su naturaleza proteolítica desencadena un dolor en ciertos casos de extrema intensidad, mortificación del tejido afectado y producción de una úlcera de difícil cicatrización que obliga a diferentes tratamientos domésticos los cuales dañan aún más al tejido enfermo y terminan provocando la sobreinfección del lecho ulceroso. Con el mismo criterio que el sostenido para otros casos de úlceras persistentes originadas por venenos animales, la aplicación de tejido colágeno de bovino fue una alternativa terapéutica con buenos resultados siempre y cuando estuviera asegurada la ausencia de colonización bacteriana. Recuerdo que el famoso patólogo de la M.E.P.R.A. y discípulo del Dr. Salvador Mazza, Dr. Emilio Jörg, realizó importantes comprobaciones en torno de la composición del veneno alojado en el tejido que recubre a las púas de la raya. Concluyó que era de composición proteolíti-

ca y responsable de la necrosis potamotrigónica. Agrego que el Dr. Jörg fue, según mi opinión, el patólogo argentino que mejor describió las lesiones anatomopatológicas de la tripanosomiasis cruzi humana, especialmente las lesiones cerebrales. Un excelente patólogo, una cultura envidiable, una austera persona, en maestro sin par. Tuve el honor de ser, por un breve lapso de mi vida como infectólogo, su casual discípulo.

- 20- Es lógico preguntarse cómo es posible que el simple contacto de esta especie de insecto con la piel pueda ocasionar lesiones a veces tan extendidas y molestas. Al respecto se sabe que en el momento del contacto del exoesqueleto con el tegumento de la víctima se produce una espontánea expulsión de secreciones a través de orificios que bordean la superficie del abdomen del animal. Esta sustancia cáustica y vesicante – paederina - es excretada como respuesta a la diferencia de temperatura - más elevada en el ser humano - entre el insecto y la piel. Entre los ejemplares reconocidos en nuestro medio figuran: *Paederus argentinus*, Bernhauer (1911); *Paederus bonariensis*, Lynch (1884); *Paederus brasiliensis*, Erichson (1840).
- 21- El eritema polimorfo o multiforme representa una dermatosis aguda producida con elevada frecuencia por medicamentos pero en ocasiones la etiología es desconocida. Se lo ha vinculado con infecciones por: el herpes simple, adenovirus, coxsackie, hepatitis B, Epstein Barr; en infecciones como la neumonía por *Micoplasmataes*. Entre los fármacos más responsables figuran: las sulfas con un 25-34% de casos, penicilinas, salicilatos, barbitúricos, AINES en un 5 a 43% de casos, hidantoinas, en niños anticonvulsivos 10 a 18% de casos, alopurinol 36% y, curiosamente, los corticoides en un 9%. Todos estos desencadenantes provocan una hipersensibilidad de la piel con un estado hiperérgico, hay depósito de inmunoglobulinas y complemento en los vasos dérmicos y en el límite dermoepidérmico lo que ocasionaría una reactivación inmunológica cada vez que el individuo se expone al agente causal.

[www.antoniorondonlugo.com/blog/wp.../05/ERITEMAS-FIGURADOS.pdf](http://www.antoniorondonlugo.com/blog/wp.../05/ERITEMAS-FIGURADOS.pdf)

Si bien el eritema multiforme ha sido asociado a variadas infecciones causadas por virus, micoplasmas, hongos, bacterias y por supuesto medicamentos diversos, llamativamente no he podido encontrar citas bibliográficas que lo hayan vinculado con picaduras de simúlidos u otros insectos. Personalmente creo que, al tratarse de una dermatosis aguda de patogenia inmunológica, debería investigarse quizás alguna relación de “histocompatibilidad” genética que pudiera explicar esta asociación clínica- zoológica.

Fitzpatrick, T.B, Elise, A.Z, Wolff,K et al. “Dermatología en Medicina general”, Cuarta Edición. Tomo 2, pags. 1862-1872. Tomo 1, pags. 615-632. Editorial Médica Panamericana. Año 1997.

- 22- Larvas de nematodos de perro y gato – *Ancylostoma canis* y *cati* –; larvas de ceviche - *Gnathostoma spinigerum* –; nematodos humanos : *Strongiloides stercoralis*, *Toxocara canis*.
- 23- <http://lexicoon.org/es/tigmotropismo>. Algunos autores han asociado el proceso por medio del cual la larva penetra activamente la piel del huésped accidental, con el fenómeno denominado “tigmotropismo”, propiedad que tienen algunas plantas de adherirse direccionalmente cuando se ponen en contacto con una superficie o un elemento duro.



Fig.: 15.1. La belleza y armonía de ciertos animales no pueden ser dañinas si a ellos no los provocamos.



Fig.:15.2. Instituto «Butantan» de Sao Paulo. Allí tiene su asiento el Hospital «Vital Brasil» donde realicé parte de mi residencia médica como médico tropicalista.



Fig.:15.3. Bellísimo ejemplar hembra de la araña *Loxosceles laeta*, apodada también araña Homicida



Fig.:15.4. Picadura de araña *Loxosceles laeta*.  
Placa «livedoide», signo patognomónico que sitúa la expansión  
del veneno necrotizante .



Fig.:15.5. Picadura de *L. laeta*.  
Formación de la placa necrotizante.



Fig.: 15.6. Corresponde al caso anterior donde se observa la extensa y profunda ulcera producida por el veneno de *Loxosceles laeta*. El mismo suele destruir piel, tejido adiposo y músculo.



Fig.: 15.7. Escara necrótica ya constituida provocada por el veneno de la araña homicida.

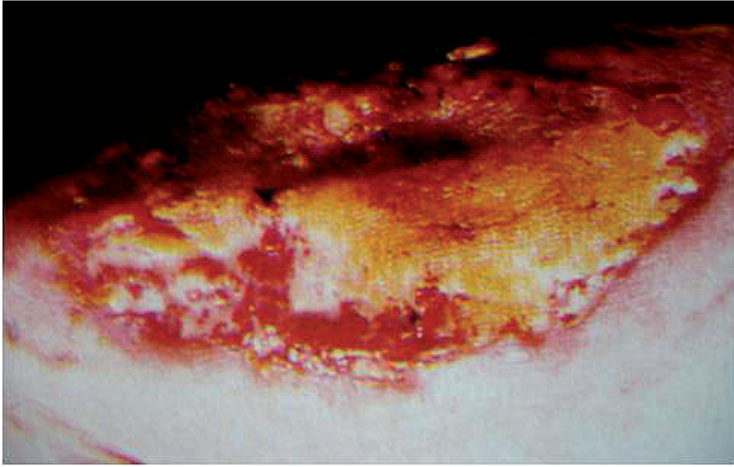


Fig.: 15.8. Extenso lecho ulceroso luego de la caída de la escara necrótica. Presencia de exudado por sobreinfección.



Fig.: 15.9. Extensa placa de necrosis en parte desprendida, mostrando el fondo ulceroso e infectado.



Fig.: 15.10. Corresponde a la paciente de la Fig.: 15.6.  
La extensa úlcera en vías de cicatrización muestra la tendencia  
a la deformación del miembro.



Fig.: 15.11. Ejemplar de serpiente yarará (*Bothrops alternata*).  
Su clásico dibujo semejando tubos de teléfonos.



Fig.:15.12. Colmillo solenoglifo de un ejemplar de serpiente en el momento de expulsar una gota de veneno.



Fig.:15.13. Extensas áreas con edema, ampollas hemorrágicas y necrosis de tejido. El veneno de yarará consume los factores de la coagulación sanguínea de la víctima, provocando graves hemorragias orgánicas.

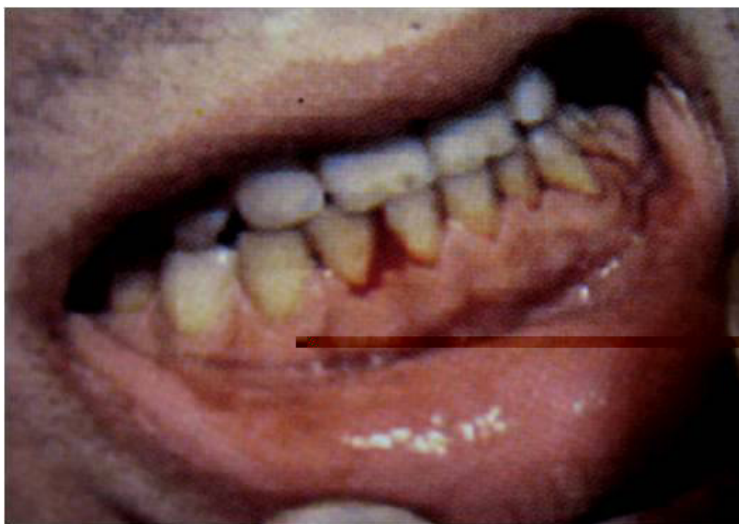


Fig.: 15. 14. Hemorragia de la encía. Signo frecuente observado luego de la mordedura de una serpiente yarará. Puede provocarse con solo friccionar la mucosa.



Fig.: 15.15. El veneno de yarará puede provocar la destrucción de tejido óseo ocasionando la amputación de un segmento del miembro.

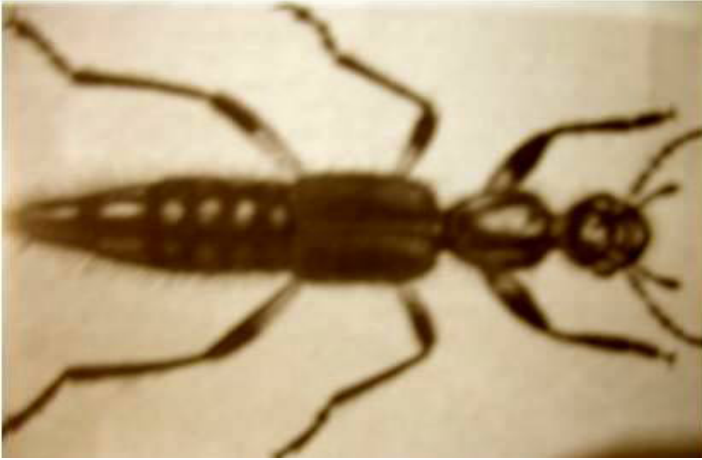


Fig.: 15.16. Figura mostrando un ejemplar de «*Paederus*», llamado también burrito.



Fig.: 15.17. Dermatitis aguda en el cuello en una mujer provocada por contacto con un ejemplar de «*Paederus*»



Fig.: 15.18. Ejemplar de raya. Obsérvese en el extremo de la cola la clásica púa.



Fig.: 15.19. Cola de raya mostrando sus púas.



Fig.: 15.20. Úlcera crónica secundaria a un coletazo de raya fluvial.



Fig.:15.21. Larva migrans cutánea provocada por larvas de diferentes parásitos de animales. En el presente caso fue por consumir «cebiche» que contenía larvas de *Gnathostoma* spp., enquistadas en peces de agua dulce. (Gentileza de los Dres. Tomás Orduna y Gustavo Gonzalez. Hospital «Francisco J Muñoz», Sala IX - Patología Regional y Medicina Tropical)



Fig.:15.22. Ejemplar de jejen. Foto de archivo



Fig.: 15.23. Eritema polimorfo equimótico en una paciente sensibilizada a las picaduras de jejenes.



Fig.: 15.24. Ejemplar de *Latrodectus mactans*  
«viuda negra»



Fig.: 15.25. Monstruosa deformación del pie en una mujer  
mordida veinte años atrás, en la provincia de Santiago del Estero,  
por un ejemplar serpiente yarará.



## CAPÍTULO XVI

### Dos patologías sombrías: la gangrena gaseosa y la fascitis necrotizante

*Desmoronamiento maloliente...y muerte  
«...bruscamente todo su cuerpo, en el espacio de un minuto, o aún  
menos, se encogió, se deshizo...se pudrió entre mis manos.  
Sobre el lecho, ante todos los presentes, no quedó más que una masa  
líquida de repugnante, de abominable putrefacción».  
«La verdad sobre el caso del señor Valdemar»  
Edgar Allan Poe (1809- 1849)*

Durante mi especialización en materia infectológica, tres de las patologías más dramáticas, con elevada morbimortalidad y derivadas sin vacilación a nuestro hospital, fueron la gangrena gaseosa - también denominada *mionecrosis clostridial* tóxica y la *fascitis necrotizante* y, por supuesto, el tétanos.

Sin duda la gangrena gaseosa constituía una impresionante y gravísima emergencia infectológica. Siempre obligaba a un enérgico manejo clínico y quirúrgico, secundado por un personal de enfermería muy bien entrenado.

En los casos que tuve oportunidad de asistir durante las décadas del '70 y del '80, era frecuente rescatar el antecedente de inyecciones de medicamentos antirreumáticos pirazolónicos los cuales eran aplicados por vía intramuscular con agujas seguramente contaminadas por bacterias, siendo la más responsable *Clostridium perfringens* (1) aunque también por *Peptostreptococcus* - *Streptococcus* beta hemolíticos - , *Staphylococcus aureus* y *Vibrio vulnificus* (2), Sin embargo, se han descrito casos desencadenados por traumatismos aunque, probablemente, se traten de fascitis necrotizantes más que de auténticas gangrenas gaseosas. A pesar de haberse reconocido los microorganismos arriba mencionados, considero primordial identificar a la gangrena gaseosa como una emergencia infectológi-

ca provocada, casi exclusivamente, por el género *Clostridium*. Debo agregar que existen factores predisponentes que no deben olvidarse: severa enfermedad cardiovascular, diabetes, deterioro importante de la inmunidad, presencia de cáncer de colon.

Con el grupo de trabajo del hospital, dedicado con especial interés a esta crítica patología infecciosa, más de una oportunidad observamos con cierta sorpresa que los cultivos obtenidos de los pacientes provenientes de otros centros de derivación, informaban el aislamiento de otros microorganismos que en verdad no representaban los responsables de la grave afección y cuyo error de interpretación explicaba la demora con que eran derivados a nuestro hospital. La aparición de otras bacterias en asociación con clostridios no resulta un fenómeno indiferente en el mecanismo fisiopatológico de la gangrena gaseosa. Por qué? Porque al ser bacterias aeróbicas colonizadoras habituales de la piel y mucosas del sujeto, le quitan oxígeno del medio ambiente favoreciendo aún más el desarrollo anaeróbico – absoluto! – de *Clostridium perfringens*.

Mencioné antes la palabra impresionante porque esta severísima patología desarrolla sus etapas con tal rapidez que en pocas horas el sujeto puede sucumbir como consecuencia de un shock séptico; temible complicación y virtual antesala de la muerte. Y quiero destacar que hasta el nombre gangrena – que en latín significa desmoronamiento – se ajusta perfectamente a la rápida y brutal evolución del proceso.

Algo que llamó mi atención como clínico y observado invariablemente en los enfermos que asistí, fue la presencia de un síntoma que evocaba por sí mismo la malignidad del proceso y el grave deterioro multi orgánico. Precisamente, resultaba llamativo su inicio: luego de un breve periodo – incubación entre 8 y 24 h – de haber recibido el medicamento inyectable el paciente era invadido por una sensación de gran desasosiego. «*Me siento morir...*» expresaban algunos, mientras otros exclamaban: «*me estoy viniendo abajo doctor!*» o «*...tengo un desasosiego...y no sé por qué...*» Una sensación de muerte inminente que, insisto en destacarla, no la escuché como genuino prólogo de

otros cuadros infecciosos. Más aún, cuanto más breve era el lapso entre la inyección y la aparición de tales subjetividades, más grave resultaba el pronóstico. Insisto: similar estado subjetivo de " *intenso desfallecimiento* " era expresado luego de un traumatismo u otra causa que favoreciera una segura infección clostridial.

Tengo presente el primer caso que intervine como médico de guardia al lado del formidable equipo de cirugía del hospital dirigido por su jefe, el Profesor Dr. Hugo Zabalza. Se trataba de una mujer obesa a quien le habían dado una inyección «calmante» por un fuerte dolor en la cadera. No resultaba fácil rescatar el nombre del medicamento debido a la costumbre de ciertos sectores sociales modestos que, para evitar gastos mayores, era habitual que se medicaran por cuenta propia.

La evolución del caso fue dramática. Horas después de aplicado el medicamento, la enferma comenzó a sentir un fuerte dolor en el lugar de la inyección. Éste, cada vez más intenso, se tornó poco menos que insoportable, seguido de escalofríos, temperatura elevada, vómitos y una gran postración .

Ni bien ingresó al consultorio de la guardia comenzamos a examinar a la enferma con el Dr. Urtubey. Su aspecto era el de una gran intoxicada. Confusa y delirante. La piel mostraba un dibujo reticulado de color lívido, con el aspecto de una fina malla (3) de color violácea, con apenas un fondo amarillento -por la leve ictericia- tonalidad que también se hallaba impresa en las conjuntivas oculares. Los lechos sub-ungueales insinuaban una rémora cianótica. Al examinar la zona donde había sido inyectado el medicamento, la misma se presentaba eritematosa y caliente al tacto. Sin titubear Carlos Urtubey aplicó los dedos de su mano derecha sobre la piel moviéndolos como si fuera el teclado de un piano, profundizándolos suavemente en la carne de la zona enferma. (4). Entonces me dijo:

- Fijate como crepita la piel – Creo que es una gangrena gaseosa...

Inmediatamente repetí la maniobra y comprobé fehacientemente el acertado signo. No cabía duda. La crepitación de los tejidos

blandos en el sitio de la inyección hablaban a las claras que se estaba produciendo gas «*in situ*» y ello, con el resto de los hallazgos clínicos, anunciaba la presencia de un proceso rápidamente destructivo con producción de gas. Seguramente se trataba de una gangrena gaseosa... aunque también podría tratarse de una fascitis necrotizante.

Poco después la enferma se puso más icterica, la presión arterial cayó bruscamente y la cianosis subungueal se intensificó. Mientras tanto la sangre venosa tenía el aspecto laqueado y la orina se tiñó de color oscuro. Se había completado así un cuadro clínico que alguien, para fijarlo bien en la mente, denominó síndrome tricolor expresando así el cambio de coloración de la piel, de la sangre y de la orina. Todo ello por acción de la potente acción de la toxina *alfa* de *Clostridium perfringens*, una suerte de lecitinasa que destruye -devora!- glóbulos rojos, fibras musculares, endotelios vasculares, todo lo que es vida y yace a su merced. Imaginémosla como un alud montañoso. Un tremendo desmoronamiento de tierra que se lleva por delante todo lo que encuentra en su paso; en este caso un desmoronamiento con la fetidez de la muerte!

Fue la primera vez que presencié ese vendaval deletéreo. Lo comparo así debido a la forma como la infección barrió violentamente las defensas de esa pobre mujer tirándola al pozo letal en pocas horas. Un ser que ardiendo en fiebre fue consumiéndose en las llamas crepitantes de la hoguera clostridial.

Taña emergencia infectológica obligaba a una precipitada carrera contra el tiempo y exigía siempre una «carnicería» que debía planificarse con la máxima celeridad. Felizmente contábamos con un decidido y competente equipo quirúrgico dirigido por Hugo Zabalza, innegable creador del área de cirugía séptica del Hospital Muñiz (5)

Formulado el diagnóstico presuntivo de gangrena gaseosa, la paciente fue inmediatamente puesta en el quirófano. Contra reloj y en una atmósfera de indudable nerviosismo, pues se trataba de un claro desafío contra la muerte, el cirujano centró su bisturí sobre el tejido crepitante -zona que sin errar hacía suponer que por debajo ya

no existía tejido vivo- y como queriendo apuñalar con bronca, con rapidez, y sin limitarse, comenzó a realizar sendos cortes que abarcaban amplios sectores de piel, grasa y músculo hasta dejar a la vista el hueso subyacente. Lo importante era saber donde comenzaba el tejido sano y asegurar así que todo el tejido muerto -testimoniado por el aspecto macroscópico y el olor pútrido- había sido eliminado.

Era de imaginar el espectral ambiente del quirófano donde se entremezclaban, excitación, nerviosismo, decisiones temerarias, trozos de tejidos licuados y sin vida, frascos de suero, plasma, sangre, gases y más gases nauseabundas y, la muerte, asechando. Recordé entonces la acertada frase de Viktor Frankl: " *Si el deseo es el padre del pensamiento, la angustia es la madre del acontecimiento* " Gran verdad! Estábamos frente a una siniestra enfermedad que, rápidamente, podía quitar la vida. Por nuestra parte, el obsesivo deseo de combatirla apelando a una temeraria artesanía médica que significaba el caro precio de una carnicería quirúrgica. Por supuesto que fue un acontecimiento: crear un tétrico escenario al mejor estilo de una película a lo Alfred Hitchcock.

En el quirófano del Hospital Muñiz fue donde aprendí a reconocer el importante signo que testimonia a un músculo muerto: un pálido tejido parecido a un tentador trozo de «*jamón cocido*» con una diferencia, el típico olor: el «*fetor agridulce*» siempre presente en la gangrena gaseosa. Destacar esta peculiaridad semiológica es importante ya que existen otras infecciones de tejidos blandos, como son los flemones y abscesos pútridos, provocadas por bacterias del contenido intestinal que se acompañan de un «fetor fecal» o a huevo podrido. Por supuesto que también estos procesos sépticos son muy graves. Tuve ocasión de observarlas en personas ancianas, en sujetos muy desnutridos, en diabéticos descompensados y en casos de severa depresión inmunológica.

Luego de la temeraria y amplia cirugía debridadora (6), al elevado precio de barrer amplios sectores de tejidos muertos hasta alcanzar la fresca orilla del tejido vitalmente indemne, restaba todavía por complementar aquella primera y heroica conducta quirúrgica.

Sabíamos que el daño crucial que identificaba al mal no era producido por efecto directo de la bacteria sino por su mortífero veneno: la «toxina alfa», generada en cantidades elevadas toda vez que la presión parcial de oxígeno en la intimidad de un tejido enfermo (7) era escasa o inexistente. En consecuencia, lo que mataba en las primeras horas de la enfermedad era la concentración de toxina alfa en circulación. Había entonces una alternativa terapéutica útil y hasta necesaria para disminuir el riesgo de muerte y alentar una curación: apelar a la oxigenación masiva de la zona intervenida a una presión de oxígeno elevada -superior a los 2000 mmHg- condición necesaria para que el microclima de la bacteria le impidiera producir su poderosa «licuo-tisulo-exotoxina» Luego de tanta faena difícil, riesgosa y valiente había que jugarse...no quedaba otra. Se propuso entonces someter a la paciente a la oxigenoterapia hiperbárica (8). Fue así como, cerca de una semana estuvo sometida, con intervalos de ocho horas, a esta terapéutica heroica.

Se ha comprobado que mediante la precoz y amplia fasciotomía, asociada a la oxigenación hiperbárica, la bacteria suspende su crecimiento, deja de multiplicarse -aunque puede mantenerse latente- e incluso morir. Faltaba todavía apelar a la necesaria tercera opción terapéutica que garantizara la de por sí difícil recuperación de la enferma. Decidir por el antibiótico considerado útil y disponible en aquella época del ejercicio de la infectología. Se decidió entonces tratar a la paciente con elevadas dosis de penicilina asociada al cloramfenicol, antimicrobiano bacteriostático útil para ciertas patologías anaerobias estrictas. Por supuesto que hoy día, y siempre de la mano con la penicilina G sódica, contamos con otros antibióticos potentes y específicos, por ejemplo: clindamicina, metronidazol. Para el caso puntual de infecciones por *Vibrio vulnificus*, la asociación de ciprofloxacina y gentamicina (9).

La coordinada y oportuna fasciotomía ampliada, asociada a fuertes descargas de oxígeno hiperbárico a nivel lesional y sostenidas por un tercer pilar, aplicando agentes anti microbianos específi-

cos, permitió controlar el proceso séptico a partir del cuarto día de tratamiento.

Semanas después, con un radiante sol entrando por la ventana del cuarto de aislamiento donde se encontraba la paciente, sentí el agradable efecto que despierta la franca sonrisa de una enferma agradecida. Y luego de saludarla le transmití que en verdad era yo el agradecido por lo que había significado para mí aquel severo desafío que tanto había influido en mi formación profesional.

Mucho me reconfortó haber sido testigo de la lenta recuperación de aquella humilde mujer, quien durante varios días permaneció en la antesala de la muerte. También debo agregar que viví ese dramático episodio con una rapidez tal como si estuviera frente a una imaginaria escena titiritera donde actores, ruidosos instrumentos, compresas, gasas pútridas, cubetas, sondas, aspiradores, guías con sangre y suero... y corridas a diestra y siniestra, eran movidos por los hilos siniestros de la inexorable muerte.

Pero esa inmensa casa de aislamiento, refugio de raras e imprevisibles patologías, me enfrentaría a otro impresionante desafío diagnóstico. Una patología simuladora, también extremadamente grave y al igual que la gangrena gaseosa, con una elevada letalidad (10): la «*fascitis necrotizante*». Verdaderamente crítica cuyo diagnóstico exige un acabado conocimiento de la fisiopatología y, todavía más, de su lectura anatomo-clínica.

A propósito de esta importante entidad infectológica referiré el caso de un niño que ingresó a la sala 3 del Hospital Muñiz dirigida por Francisco «Paco» Maglio, brillante médico terapeuta a cargo del servicio mencionado pero, más aún, un auténtico hermano en el afecto. Una larga amistad que nos sigue uniendo, como leal brasa de fogón, gracias al fuerte lazo de una mutua admiración.

Se trataba de un chico de once a doce años quien junto a otros amiguitos se hallaba disfrutando a orillas del río Paraná, en un caluroso domingo de verano. La orilla serena y medianamente profunda invitaba a zambullidas y piruetas de todo tipo. Mostrando la agilidad de un joven delfín se tiró de cabeza y al llegar a lo más profundo

de la lecho del río golpeó su pecho contra una superficie pedregosa. La lastimadura -raspadura- aunque poco sangrante fue bastante extensa, dislaceró la piel, provocando un hematoma en forma de napa que le cubría la región del esternón.

Horas después del episodio, llamó la atención el comienzo agudísimo de su enfermedad, con elevada temperatura, intensos escalofríos e inmediato deterioro de la conciencia. Una grave enfermedad, de rápida iniciación, que apareció luego del único antecedente que podría estar vinculado con tal hecho: el traumatismo sufrido en la profundidad del lecho del río. Lo cierto era que el chico ingresado a la sala de guardia del hospital Muñiz se lo veía muy desmejorado. Sin duda ese semblante de profundo desasosiego ya lo había visto y estaba ya celosamente guardado en mi mochila de emotivas vivencias. Más aún, el evidente retículo azulino y levemente amarílleno de su piel hablaba a las claras de una profunda toxino-infección (11)

Como ya fuera mencionado, es frecuente que estas infecciones graves de la piel se produzcan en sujetos debilitados, diabéticos o que acusan grave compromiso de su sistema inmune. No era el caso de este chico quien aparentaba estar entero. Hoy sabemos que para vulnerar al organismo de esa forma, en tan pocas horas y con tamaña gravedad, aún en un sujeto normal, es necesario la acción de bacterias muy virulentas que crecen, sobre todo, en ausencia de oxígeno, o en débil concentración y que se desarrollan cómodamente en el intestino de especies de sangre caliente -inclusive el intestino humano- en suelos ricos en materia orgánica y en espejos de agua estancada o contaminada con efluentes cloacales. Es lógico pensar que, en este caso, la fuente de exposición bacteriana fue el fondo contaminado del lecho del río.

Había entonces una clara relación entre el traumatismo, un medio ambiente seguramente altamente contaminado y la extrema gravedad de la lesión cutánea. Por supuesto estábamos frente a un enfermo crítico, que exigía un acertado diagnóstico y una pronta conducta terapéutica.

Una vez más la artesanía semiológica -virtuosa manera de examinar a un paciente- permitió realizar el diagnóstico precoz del

padecimiento. Ésta, como otras extremas patologías infecciosas, las viví junto a excelentes y criteriosos colegas -con quienes me fogué durante años en la siempre exigente y retadora guardia del Hospital Muñiz- y con quienes, ahora, me uno en el cálido recuerdo. Ellos fueron: Carlos Urtubey, Raúl Garbugino, Lina Segovia, Vicente «Coco» Mazzafero, Osvaldo Bevilaqua, Francisco «Paco» Maglio, Jorge San Juan, Roberto Manzano, Edmundo «Toto» Enrico, el «Negro» Rodolfo Bustos (12)

El chico, al que me referí, yacía sobre la camilla de uno de los boxes de la guardia. Con el «Negro» Bustos nos pusimos a examinarlo.

- Cuánto tiene de temperatura – preguntó ... a la enfermera
- Cuarenta pasados Doctor – respondió

Mientras lo hacíamos el pequeño se movía en la camilla, agitado, delirante, esa forma inexplicable de delirio asociado a un desasosiego, que suele verse en casos de gravedad extrema, como si el paciente quisiera alejarse de imaginarios duendes. Aprendimos que la presencia de este signo era de mal pronóstico. Un desarticulado bailoteo de quejas y suspiros que preludian muchas veces la vecindad de la muerte.

Comprobamos que la lesión se extendía sobre la superficie del pecho. Su tonalidad amarillento – grisácea, con salpicados matices de azul cobalto, alternaban con sectores de color negruzco – sin duda tejido muerto- desde donde ya emanaba leve fetidez. Un signo sumamente importante, que la distinguía de la gangrena gaseosa, era que la lesión predominaba sobre la superficie y, desde allí, se profundizaba en el tejido celular subcutáneo hasta alcanzar la fascia muscular. Pero además existían dos hechos que testimoniaban la indudable gravedad del proceso: la presencia de crepitación en el centro de la lesión con solo aplicar una leve presión con el dedo índice sobre el tegumento desvitalizado, y la anestesia precisamente sobre la zona crepitante. Tal insensibilidad hablaba a las claras de la destrucción de filetes nerviosos y de toda estructura vital (13) El grado de insensibilidad fue testimoniado con una simple y elocuente maniobra, clavando apenas un alfiler en el centro del tejido necrosado. No despertó reacción por parte del enfermo!

Sin duda se trataba de una fascitis necrotizante, desencadenada por el golpe recibido sobre el pecho contra alguna piedra asentada en la profundidad del río. A pesar del crítico cuadro que teníamos delante, había optimismo debido a que era un paciente joven, sano, con su sistema inmune conservado donde el diagnóstico felizmente había sido precoz y correcto; además de permitirnos, en pocas horas – nada menos que en el laboratorio de Bacteriología dirigido por la «petisa» y brillante Nely Hardie (14) – el rescate en la sangre de las bacterias responsables: *Peptoestreptococos* y enterobacterias – Restaba entonces iniciar con premura el tratamiento que, de acuerdo a nuestro criterio infectológico, debía responder al tríptico esquema: debridación, antibióticos y el uso de la cámara hiperbárica.

Sigo recordando todavía, con gran satisfacción, cuando el chico salió sonriente de la sala acompañado por sus padres y hermanos. El «Negro» Bustos y yo lo abrazamos. Luego, ambos, nos cruzamos con la mirada, una mirada que lo decía todo: ¿Acaso no éramos del Muñiz? ¿No estábamos acostumbrados a recibir, y a cualquier hora, casos increíblemente difíciles que nos tiraban de otros centros asistenciales por temor a que se les fuera de las manos? ¿Acaso no pertenecíamos a un hospital necesariamente surgido de un trágico holocausto amarílico?

...no había duda que cuando nos cruzamos con la mirada, el «Negro» Bustos y yo nos sentíamos ya fogueados infantes luchadores contra los malvados invasores anaerobios.

## La Oxigenación Hiperbárica

En la década del '60 tuve oportunidad de conocer e indicar esta alternativa terapéutica, importante aunque poco conocida. Sin duda una medida complementaria a la debridación quirúrgica y a la administración generosa de agentes antimicrobianos.

La Oxigenación hiperbárica fue incorporada al arsenal terapéutico en la ciudad de Amsterdam por Boerema en 1961 como consecuencia de las graves complicaciones sépticas provocadas por las heridas de guerra. En la práctica médica civil, también comenzó a

utilizarse en infecciones por microorganismos anaerobios, luego de graves traumatismos o en el posoperatorio complicado en sujetos con factores de riesgo. Además, en la sala 3 del hospital Muñiz, se extendió su uso en casos de gangrena gaseosa, en la fasciitis necrotizante y aquellos procesos acompañados de mal perforante plantar: pacientes diabéticos y leprosos. En ese entonces su manejo estuvo a cargo del Dr. Jorge San Juan y, años después, por la eficiente Dra. Mabel Noguera.

De acuerdo con la opinión del grupo de expertos que congrega el Centro de Medicina Hiperbárica del Hospital Cruz Roja de Barcelona, liderado por el Dr. Jordi Desola (14) (15), el tratamiento de las infecciones necrotizantes de partes blandas culminaría su punto máximo de eficacia terapéutica siempre que se asocien: una extensa debridación quirúrgica -con sostenido apoyo hemodinámico-, el intenso esquema antibiótico y, finalmente, su «*remate*», la aplicación de la oxigenación hiperbárica.

Personalmente he podido comprobar que las debridaciones quirúrgicas fueron mucho menos mutilantes cuando se las asociaba con la medicación antibiótica y la precoz oxigenación hiperbárica. En verdad una atinada asociación terapéutica que, en verdad, se ajusta a la realidad fisiopatológica: *detener la producción de* potentes toxinas *elaboradas* por microbios que, justamente, necesitan para crecer y multiplicarse «in situ» la sustracción total del oxígeno molecular.

Imaginemos ahora la vasta red de nuestro sistema arterial, acostumbrado a recibir una presión parcial de oxígeno que nos regala la atmósfera. Entonces, en condiciones normales, apenas necesitamos ese gradiente que nos provee la atmósfera para oxigenar nuestros pulmones y alcanzar la saturación necesaria de la hemoglobina, y así nuestros eritrocitos quedan más que satisfechos. Pero si aumentamos bruscamente la presión arterial de oxígeno a la inusual carga de 2000 mm de Hg -equivalente a 2 atmósferas de presión-, luego que los eritrocitos quedan hartados de tanta saturación, el excedente de oxígeno disuelto en el plasma tiende a desparramarse masivamente por simple difusión -sin necesidad que lo vehicule un vaso sanguí-

neo- hacia los tejidos circundantes. Este simple hecho físico explica la utilidad de la oxigenación hiperbárica en tejidos desvitalizados y casi carentes de red circulatoria. Tal es el caso de la gangrena diabética donde la oxigenación hiperbárica es propuesta como alternativa terapéutica. Basta con recordar que la red circulatoria de una persona diabética siempre es defectuosa. Todavía más si se trata de un pie diabético.

Ahora bien, frente a tamaña avalancha de oxígeno, las bacterias que se desarrollan y producen sus potentes toxinas gracias a la ausencia local de oxígeno, de pronto se sienten «shockeadas» frente a tamaña carga -dos atmósferas del gas a presión!- quedando paralizadas y finalmente mueren. Y aquí viene la interesante generosidad del método: este verdadero estrés oxidativo mata más rápido a esta clase de bacterias que el tiempo insumido por los antibióticos, porque el vital gas, en vez favorecer la vida, paradójicamente las ahoga en las oscuras y mal olientes cavernas de tejidos putrefactos.

Claro está que de inmediato surge la pregunta: entonces para qué utilizar antibióticos? Hay que usarlos porque los agentes antimicrobianos actúan preferentemente durante la curva logarítmica de crecimiento y multiplicación microbiana pero no tienen efecto contra las endo y exo toxinas. Pero una mano ayuda a lavar la otra y ese es el motivo por el cual se prefiere el triple tratamiento que, estadísticamente, disminuye la letalidad y acelera la recuperación.

Se obtienen beneficios más acelerados cuando la cámara hiperbárica se aplica cada 6 u 8 horas. No recuerdo que estos lapsos se cumplieran en nuestro hospital. Porque, como resulta ya habitual, la desidia -empedernida y envidiosa hacia el progreso- nos privó en aquella época del necesario recurso humano.

Desde que nos enfrentamos con el tremendo desafío de ganarle a la antesala de aquella muerte maloliente - como era la gangrena gaseosa, la fasciitis necrotizante, y los abscesos pútridos - me hice consciente de que había situaciones críticas donde la actitud individual y, peor aún, la falta de diálogo entre aquellos intervinientes en el mismo caso crítico, restaba garantía para el éxito terapéutico.

Un hecho circunstancial permitió alentar una nueva propuesta que asegurara el adecuado manejo bacteriológico de tales enfermos.

Una mañana en que estábamos intercambiando opiniones con el Dr. Zabalza – jefe del área de cirugía séptica del hospital - respecto a la evolución y seguimiento de la mencionada paciente afectada de gangrena gaseosa, se nos apareció al pie de la cama la Dra. Nelly Hardie, la ya mencionada jefa del área de Microbiología del hospital. Hecho poco habitual por cierto, pero comprensible tomando en cuenta que Nelly estaba profundizando la complicada técnica de aislamiento de los microorganismos anaerobios sobre todo no esporulados. Vino a nosotros para interiorizarse sobre aquel grave caso y también para insistir – ya lo había hecho en otras ocasiones sin éxito – sobre la necesidad de acercar al bacteriólogo a la cama de cada enfermo. Según ella tal acercamiento le permitiría un mejor conocimiento de la magnitud del proceso infeccioso y así le permitiría utilizar la técnica de aislamiento más adecuada. Por supuesto que surgieron objeciones por parte de algunos médicos que no acreditaban a esta postura beneficio alguno. Lo cierto fue que la propuesta de Nelly Hardie -brillante bacterióloga e indiscutible «sabuesa» de los peligrosos microbios anaerobios- resultó muy útil porque incitó a partir de entonces a nuevas conductas en los médicos y en aquellos analistas del sector microbiológico sobre todo frente a infecciones graves o de difícil manejo.

Fue así como esa criteriosa bioquímica vino por primera vez a nuestro encuentro para advertirnos que, además de haber aislado en nuestra enferma los microbios responsables de la gangrena gaseosa, había aislado también otros «*microorganismos en asociación*» y que no tenían vinculación con el proceso originario pero, como hecho agravante, eran sensibles a otros antibióticos. De pronto surgió la pregunta: ¿Se trataba de una contaminación accidental o tal presencia representaba una legítima sobreinfección? Dicho de otra manera... «sobre llovido – la gangrena gaseosa -, además embarrado - la sobreinfección -?»

Entonces, ¿cuál debía ser la conducta a seguir frente a la oferta de la oxigenación hiperbárica?

Si la paciente había sido sometida rigurosamente a la debridación – fasciotomía ampliada – , asociada a una intensa antibióticoterapia y complementada por una oxigenación hiperbárica, la presencia de una flora microbiana insospechada ¿podría demorar la eficacia específica del oxígeno a presión sobre un lecho colonizado por otras especies bacterianas? Gracias a esta inteligente actitud de profundizar el diálogo interdisciplinario, pudimos comprobar que liberando al organismo de la toxinas gangrenosas – gracias a la activa oxigenación hiperbárica - con la mayor rapidez posible, la infección sobregregada producida por otros microorganismos virulentos pero aerobios – tales como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta hemoliticus*, etc., podía ser controlada con mayor celeridad y eficacia. Por qué? Simplemente porque *mientras exista asociada una flora microbiana aerobia con la anaerobia – causante de la las toxinas gangrenosas – la flora aerobia le quita oxígeno a la flora anaerobia acrecentando todavía más su poder de fabricar toxina necrotizante y letal.*

Considero justo destacar que gracias a la invalorable orientación de la menuda y talentosa Nely Hardie, surgió el método bacterio - epidemiológico denominado Cultivo Sistemático de Vigilancia (CSV) que apuntaba al rastreo microbiológico de la población microbiana prevalente en la ambiencia hospitalaria y, además, responsable de las infecciones oportunistas intranosocomiales .

Se consideraron como representativos los siguientes sitios de probable colonización: lechos subungueales, narinas, regiones retroauriculares, axilas, ingles y periné. A fines de la década del año 1970 comenzamos a realizar los primeros rastreos epidemiológicos utilizando este mapeo. Los hallazgos que obtuvimos fueron importantes y permitieron conocer la prevalencia de colonizaciones microbianas en el personal estable como también en los distintos ambientes de trabajo. Muchas de esas bacterias fueron las responsables de infecciones oportunistas intrahospitalarias que adquirirían los pacientes internados por otras causas como el referido y crítico caso de la enferma de gangrena gaseosa..

Vale agregar que el método resultó también muy útil en el estudio de la portación de microorganismos en las úlceras crónicas – lechos ulcerosos debidas a picaduras o mordeduras de animales ponzoñosos, o consecutivas a procesos sépticos y destructivos de los tejidos blandos, mal perforante plantar, úlceras vasculares infectadas, etcétera - . Sobre todo cuando existía la indicación formal de implante de tejido de colágeno bovino o de implante hológrafo, situaciones donde era esencial que el área afectada estuviera libre de colonización microbiana.

La introducción del CSV en el quehacer microbiológico de nuestro hospital contribuyó para dar impulso a la creación del Comité para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias en nuestro hospital.

### Notas y citas bibliográficas:

- 1- Significado de la palabra gangrena- «*grangus*»: desmoronamiento y «*ena*»: de piel o células humanas. Los bacilos responsables de esta violenta, maloliente y con frecuencia mortal infección de los tejidos blandos - específicamente el musculo estriado-, prácticamente licúan las fibras musculares dándoles un aspecto de «*jamón cocido*».  
www.nlm.nih.gov/Gangrena gaseosa: MedlinePlus enciclopedia médica  
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000620.htm>  
Gerding DN, Johnson S. Clostridial infections. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldmans's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2011:chap 304.  
1c) -Fascitis necrotizante- Bacteria carnívora  
<https://www.healthlinkbc.ca/healthfiles/bilingua/spanish/hfile60-S.pdf>
- 2- Resulta impresionante la sensación de profundo desfallecimiento expresada por el paciente que comienza a moverse en la cama

en forma descontrolada apartando la ropa de cama o queriendo sacarse alguna prenda, asociando por momentos suspiros de desfallecimiento. Esta conducta anuncia, casi siempre, la iniciación de un grave padecimiento. También la he observado frente a abruptos colapsos circulatorios.

- 3- Una tenue y lívida malla azulina que a modo mortaja también comprobé en casos de infecciones graves anunciando la proximidad del shock séptico.
- 4- Esta maniobra semiológica tiene un gran significado diagnóstico porque permite percibir debajo de las yemas de los dedos la fina crepitación que anuncia la formación de burbujas de gas, producto del metabolismo de los microorganismos anaerobios.
- 5- El Dr. Hugo Zabalza, profesor adjunto de cirugía, formado en EE.UU, era un hombre de gran capacidad de trabajo, rápido y contundente a la hora de decidir una cirugía séptica de alta complejidad. Su carácter era rudo y por momentos atemorizaba con sus extemporáneos enojos cuando sus colaboradores no adoptaban conductas apropiadas frente a determinadas emergencias quirúrgicas. Sin embargo, era generoso y siempre dispuesto a enseñar. Durante los años que me desempeñé como consultor clínico e infectólogo de su servicio, recuerdo que en varias ocasiones nos encontrábamos en el hospital Muñiz durante la madrugada para seguir la evolución de pacientes graves, operados por él.
- 6- También ha sido denominada fasciotomía ampliada, un acto quirúrgico de debridación magno que consistía en incidir y eliminar amplios sectores de la piel, tejido celular y aponeurosis, incluyendo sectores de tejido sano, con el propósito de airear y descomprimir los tejidos invadidos por el edema y por la formación de gas.
- 7- *“locus dolenti”*
- 8- En el Hospital Muñiz La cámara hiperbárica empezó a funcionar el 09/04/1979 y se utilizó hasta junio de 1982. En el año 1982 pusimos a un teniente proveniente de Malvinas con

grave infección de partes blandas, con buena evolución, a pesar que el cilindro de la cámara había caducado (caducidad: 5.000 tratamientos o 3 años de uso); ya que el vencimiento se produjo en julio del 1981.

Debido a la intoxicación por monóxido de carbono, también recibieron este tratamiento un pediatra y su esposa cuyos dos hijos y la empleada doméstica fallecieron en el siniestro. Otras patologías sometidas al oxígeno hiperbárico fueron arteriopatías periféricas, osteomielitis, fascitis necrotizantes, mal perforante por lepra y abscesos del piso de la boca. El 09 de noviembre de 1987 recibimos un cilindro de repuesto que había ingresado al país el 02 de agosto de 1986. Con este cilindro se trabajó con la cámara hasta el 12/07/1993. Datos aportados gentilmente por el Dr. Jorge San Juan, Jefe del Departamento de Medicina Crítica del Hospital “Francisco J Muñiz”.

- 9- Bauer, E. et al.:  
<http://catolicomemorandumprofetico.blogspot.com.ar/2013/07/super-carnivora-y-bastante.html>
- 10- Prefiero utilizar el adjetivo letalidad porque desde el punto de vista estadístico este término representa el número de óbitos acaecidos como consecuencia de la enfermedad en cuestión – situando mejor al médico sobre la gravedad de la patología, y no referidos al total de la población, en cuyo caso sería correcto utilizar el término mortalidad.
- 11- Variadas son las especies de bacterias que se aíslan a partir de esta grave patología y ello depende de la fuente de infección. La mayoría de ellas procede del suelo o del agua, como el caso relatado en el texto: *Pseudomonas aeruginosa*, *E.coli*, *Peptoestreptococcus*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, etc. En general representan microorganismos de contaminación procedentes de pozos negros o de desechos orgánicos -caso de cadáveres de animales depositados en superficie- cuya materia orgánica en descomposición es volcada al cauce de espejos de agua natural. Muchas bacterias del medio ambiente se mantie-

nen activas en las profundidades de los lechos de ríos y estanques debido a su poca necesidad de oxígeno, ya que, durante sus ciclos biológicos, se comportan como microorganismos microaerófilos o anaerobios facultativos.

- 12- Tiempo después les siguieron en la guardia de urgencia y como médicos de planta de las Salas 1 y 2 (Unidades de Cuidados Intermedios) y 3 (Unidad de Cuidados Intensivos), los Doctores: “Titi” Perelsmutter, Mabel Noguera, Héctor Mathet, Raúl Prieto, Fidel Carvalho, Lautaro de Vedia, Fueron años y años de intensa y eficiente labor que ameritó el prestigio suficiente para transformar aquella área operativa de nuestro hospital en indiscutido centro de derivación y consulta a nivel nacional. Hoy, con la jerarquía de Departamento de Medicina Crítica y de Urgencia, es dirigida por el Dr. Jorge San Juan, discípulo predilecto del hoy virtuoso paradigma de la medicina antropológica, Profesor Dr. Francisco “Paco” Maglio.
- 13- Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades Infecciosas: principios y práctica. Elsevier, sexta edición.  
*Fascitis necrotizante*. Dr. Bueno Rodriguez PM, Mariño Fonseca J, Bueno Rodriguez JC, Martinez Paradela CR, et al. Rev. Cubana Ortop Traumatol, 1999; 13 (1-2): 47-53  
[http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Fascitis\\_necrotizante&oldid=60789931](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Fascitis_necrotizante&oldid=60789931)
- 14- La Dra. Nelly Hardie, para muchos de los profesionales del Hospital Muñiz simplemente la “petisa” Nelly fue, a mi criterio, la jefa del laboratorio de Microbiología más competente que haya pasado por ese laboratorio. Supo dirigir con vehemencia y amplio criterio operativo el complejo y desafiante campo del diagnóstico bacteriológico, especialmente como pionera en la difícil técnica de aislamiento de los microorganismos anaerobios no esporulados y de los enigmáticos, en aquella época, “micoplasmataes” (microorganismos difíciles de cultivar y responsables de neumonitis y uretritis). Nelly es una persona generosa, excelente amiga, aunque severa en su actitud profesional.

Durante su eficiente tarea como bacterióloga supo formar una pléyade de discípulos en este importante campo de la infectología diagnóstica. Ya jubilada, todavía hoy, concurre los días jueves a su antiguo servicio para colaborar con las nuevas generaciones de bacteriólogos, apelando a su humilde e invaluable capacidad docente. Para quienes la conocieron la «petisa» Nelly fue, sin duda todavía lo es, un genuino paradigma de la microbiología nacional.

15- Boerema Search for articles by this author xL. Hoogendyk Search for articles by this author 14xW.H. Brummelkamp Search for articles by this author 3315 - Desola Jordi. «*Tratamiento combinado e interdisciplinario de las infecciones necrotizantes de partes blandas*» CRIS- Unitat de Terapèutica Hiperbàrica Hospital Cruz Roja. Revista Virtual de Medicina Hiperbàric de España. (Conferencia dictada en la Clínica Mayo (Scottsdale, Arizona, EEUU) el 14 de octubre de 1994.

16- Demello et al., mencionado por Desola Jordi y publicado en la Revista Surgery en 1973, quien refiere un trabajo experimental utilizando perros a quienes se les inoculó *Clostridium perfringens* reproduciendo la mionecrosis clostridial tóxica, comprobando que solo el lote de animales que recibió el tratamiento triple tuvo una supervivencia superior al 95%

Treatment of clostridial infections with hyperbaric oxygen hyperbaric drenching. A report on 26 cases. The Lancet, Volume 281, No. 7275, p235–238, 2 February 1963. W.H. Brummelkamp, M.D. Amsterdam (FIRST ASSISTANT) I. Boerema, M.D. Groningen, L. Hoogendyk, , M.D. Amsterdam [www.sciencedirect.com/.../pii/S0140673663909504](http://www.sciencedirect.com/.../pii/S0140673663909504) - de WH Gangrena gaseosa. MedlinePlus.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000620>

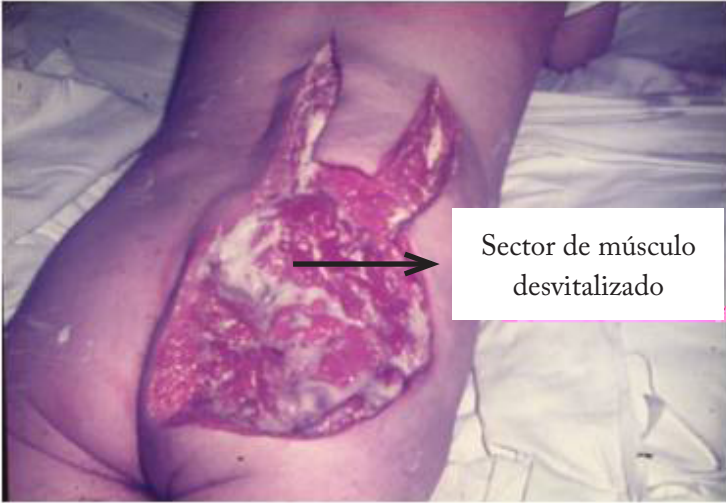


Fig.: 16.1. Gangrena gaseosa clostridial.  
Amplia fasciotomía donde se aprecian sectores  
de músculo desvitalizado.



Fig.: 16.2. Gangrena clostridial.  
Parte de hueso expuesto debido a la licuación del músculo  
de la pierna.



Fig.: 16.3. Modelo de cámara hiperbárica.

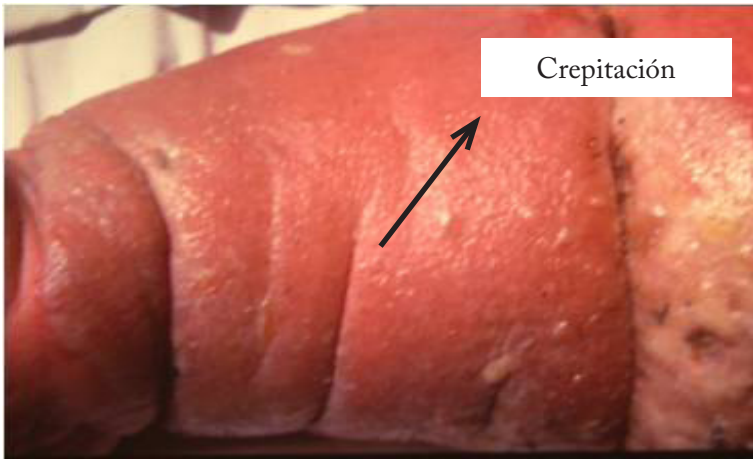


Fig.: Fig. 16.4. Fascitis necrotizante de muslo.  
La flecha señala la región donde se comprobó  
crepitación del tejido.



Fig.: 16.5. Fasciitis necrotizante de cuello debido a un absceso dentario pútrido que permitió aislar *Peptoestreptococos* en cultivo puro.



Fig.: 16.6. Fasciitis necrotizante de abdomen  
Amplias fasciotomías de la pared abdominal

## CAPÍTULO XVII

# Tétanos, una enfermedad con historia telúrica

*¡Trágico dolor físico... que ríe y llora al mismo tiempo! (1)*

Con igual intensidad emocional vivimos la dramática evolución de los graves casos de tétanos. Secundados en un loable “mano a mano” con las competentes enfermeras de las salas 1, 2 y 3, dedicadas las 24 horas al difícil manejo y cuidado de esta severa patología infecciosa no transmisible (2). En las décadas del ‘60 y ‘70, no existía todavía una debida concientización sobre la necesidad de vacunarse contra esta genuina “exo-toxinosis” microbiana. Sobre todo en los sectores de población más humildes.

En aquél entonces las causas responsables más comunes de la enfermedad se circunscribían a heridas provocadas con clavos oxidados, pinchaduras con espinas de vegetales -entre ellas las de rosal-, maniobras abortivas a partir de la introducción en el cuello uterino de tallos de perejil contaminado (3); y también el gravísimo tétanos quirúrgico ocasionado por el catgut utilizado como hilo de sutura quirúrgica, insuficientemente esterilizado. También el casi siempre fatal tétanos del recién nacido al que me referiré más adelante.

Dado que el hábitat natural de la bacteria *Clostridium tetani*, principalmente sus esporas es la tierra - abonada generalmente por animales herbívoros - resultaba fácil rescatar desde el interrogatorio, en una gran mayoría de casos, el antecedente determinante de la infección. Sin embargo, hoy debemos agregar otra forma, hasta hace pocos años impensada, que puede provocar tétanos: las mochadas y contaminadas agujas que intercambia esa sufriente humanidad re-tratada, trágicamente, en la población de drogadictos.

En realidad las esporas representan las formas microscópicas de resistencia de las bacterias originales. Pero por qué se retraen y condensan su nombre y apellido, quiero decir su código genético, como

si quisieran protegerse de un medio ambiente hostil. Simplemente porque el suelo aireado posee oxígeno y esta bacteria crece y se reproduce en ausencia total de este gas vital. De esa forma evitan su destrucción manteniéndose latentes en un medio inhóspito. Entonces, arrinconan toda su fuerza deletérea en otra imperceptible dimensión: la espora, una inteligente y garantizada forma de supervivencia frente a una “circunstancia ecológica” adversa.

Está claro así que, definitivamente, en el medio externo la bacteria no podrá cumplir su ciclo de vida. Ahora bien, si en tales condiciones de desventaja estas esporas – adheridas en vegetales espinosos o en materiales oxidados depositados en la tierra –, son arrastradas accidentalmente a partir de una pinchadura o una herida desgarrante – cuanto más anfractuosa mejor –, ellas, de pronto, quedan encarceladas dentro de un tejido óptimo donde la bajísima concentración de oxígeno le permitirá salir de su letargo, transformarse en bacteria adulta, luego multiplicarse y, así reformulada, producir su potente toxina, descubierta por Knud Faber en 1899, conocida como “*tetanospasmina*”. Es decir que – y esto es importante para interpretar la patogenicidad de la enfermedad – para que la toxina quede en libertad y “lastime”, es preciso que cada bacteria haya completado su ciclo de vida. Solo lo logrará a sus anchas si su espora queda alojada y fija “*en un medio que le asegure la ausencia total de oxígeno*”.

Esta bacteria que se encuentra colonizando varios tipos de terreno, también forma parte de la flora intestinal de animales rumiantes, perros y gatos (4) y, accidentalmente, hasta de seres humanos. Sin embargo no provocan tétanos simplemente porque la bacteria utiliza al tubo digestivo como carril de pasaje y finaliza expulsada con las heces como por un tobogán. Al parecer el medio ambiente intestinal no alcanza a ofrecerle una carencia total de oxígeno como para permitirle producir cantidades deletéreas de toxina tetánica.

Sabemos que el “lecho” que mantiene el largo sueño – años y hasta siglos! – de esta bacteria es esencialmente el suelo. Cuanto más rico en nutrientes, mayores posibilidades de encontrar allí a esta especie de bacteria. Relevamientos microbiológicos de suelos de Costa

Rica (5) confirmaron el hallazgo de cerca del 30% de cepas toxigénicas de *C. tetani*. Ello explica que, el suelo, sobre todo el cultivado y rico en materia orgánica, es el más pródigo para mantener viable a esta especie en la naturaleza.

Los suelos con clima subtropical-tropical ofrecen mejor estos atributos, circunstancia que influiría en una mayor prevalencia del tétanos en poblaciones situadas en esas áreas geográficas. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que esta enfermedad, toxigénica y no contagiosa, puede notificarse con mayor frecuencia en esas regiones – sobre todo rurales – debido más bien a condiciones socioeconómicas deficitarias y culturales, que por la exclusiva textura orgánica y microbiológica de dichos suelos.

Desconocer una enfermedad como es el tétanos representa poco menos que asegurar la muerte del individuo. Tal como es, despistada, debuta con una inesperada y creciente dificultad para abrir la boca. Por cierto un comienzo insólito que, sin duda, desorienta al paciente y al propio médico, quienes, en principio, se inclinan por el odontólogo presumiendo que tal dificultad se debe a un problema de filiación estomatológica. Para peor, el dentista se la verá difícil al no lograr abrirle la boca debido a la fuerte contractura de los músculos maseteros. Destaco aquí este signo semiológico como irrefutable para el diagnóstico.

¿Cuál es la razón de este comportamiento enigmático de *Clostridium tetani* ?

Es sabido que una afección bucal aguda - absceso dentario, flemon amigdalino, gingivitis aguda y hasta la dolorosísima pulpitis- puede asociarse con una dificultad para abrir la boca, debido a la irritación de las ramas dentarias del nervio trigémino. Ello ocasiona una contractura de los músculos maseteros. Pero en estos casos la dificultad para abrir la boca cede al intentar la maniobra de apertura de la arcada dentaria haciendo palanca. Mientras tanto, en el tétanos el impedimento se torna “invencible”, por mayor esfuerzo que se haga aplicando los dedos, el baja lengua, una cuchara o cualquier artefacto metálico que cumpla la función de palanca.

Esta contractura maseterina, preludio de una dolorosísima rigidez de todo el cuerpo, se genera por el mecanismo siguiente: imaginemos que los numerosísimos estímulos nerviosos que producen la contracción de nuestros músculos corren velozmente, como si fueran raudos automóviles corriendo por largas carreteras pero interrumpidas por paradas, como si fueran peajes que, para continuar su camino, exigen desembolsar “algo valioso” que, en este caso, no es dinero pero sí una sustancia química. Ella transmite – como legítima neurotransmisora – el deseo de seguir por la carretera para llegar a destino: el músculo. Entonces le toca bocina para que despierte y comience a trabajar, es decir a contraerse. Ahora bien, concluida su función el músculo debe relajarse porque de lo contrario se fatigaría. De ahí que – cumplida su función – el neurotransmisor se consume y todo entra en calma: el músculo queda así relajado y vuelve al reposo...cómo no recordar aquí esas inolvidables estrofas del tango “Silencio” cantadas por Gardel que decían y eternamente dirán: “... ya todo está en calma, el músculo duerme la ambición descansa...”

Pero volvamos a nuestro asunto. Llegamos ahora al punto crucial: ¿Dónde y cómo daña la invulnerable tetanospasmina, al punto de ofrecernos el tétrico espectáculo de mostrar a un sujeto tieso, arqueado y con su sarcástica risa sardónica? Sigamos con el ejemplo. En el imaginario peaje – donde el neurotransmisor dio su puntapié para que el estímulo contrajera el músculo, existe normalmente otra sustancia química – una suerte de inspector y regulador – que no permite que esa estimulación se haga permanente. ¿Cómo? Inactivando al neuroestimulante. Conducta lógica que garantiza el reposo de la función – es decir la quietud del músculo – Entonces ¿dónde daña la tetanospasmina? justo en el peaje “secuestrando” a ese virtual inspector que es el que regula la función contráctil ¿Cómo lo hace? Bloqueando a este regulador (6) La tetanospasmina levanta así la barrera permitiendo que el estímulo nervioso se haga, insistente –iterativo-. La contractura entonces se torna permanente. Las carreteras quedan totalmente atascadas por rígidas filas de automóviles. Así se inicia la tragedia del “hombre tabla”.

He tomado como ejemplo de la contractura tetánica al músculo masetero porque es él – en la mayoría de los casos estudiados – el debutante de la enfermedad. Dada su inserción y ubicación topográfica, este músculo ofrece una expresión corporal altamente significativa. Imaginémoslo, sometido por la potente acción de la aludida toxina, comportándose como una bufanda de acero que fija la mandíbula a la articulación temporomaxilar. Fijeza inamovible y definitiva que deja entreabrir la boca apenas unos milímetros. Esta actitud del músculo masetero se denomina “trismus” (7) y representa el signo clave que da inicio a la enfermedad. Pocas horas después dicha contractura se generalizará invadiendo todos los músculos del cuerpo. El sujeto se transforma así en una verdadera “tabla febril”. Pero una tabla que, de forma impresionante, suele arquearse debido a la violenta contractura de los músculos de la columna vertebral. La enfermedad queda entonces constituida. Todos los músculos estriados del organismo quedan de pronto, al unísono, contraídos –pétreos–, mostrando el conmovedor espectáculo de una escultura viviente con ojos que parecen llorar...labios que simulan reír y una conciencia lúcida siguiendo, paso a paso, su tragedia tetánica.

El drama del tétanos nos muestra así su inconfundible mueca irónica. Quien haya presenciado alguna vez esta impresionante enfermedad desencadenada por una de las toxinas (8) más poderosas que pueda elaborar un microbio, queda sorprendido frente al espectáculo dantesco que ofrece su imagen: sudorosa, pálida, con la típica mascarada griega donde el ceño fruncido señala tristeza y dolor, mientras que las comisuras labiales estiradas, por la sostenida contractura del músculo orbicular de los labios, revelan la inconfundible risa “sarcástica o sardónica”. Sin embargo el drama apenas comienza. La enfermedad queda establecida. Mientras tanto el paciente, resignado, la soporta despierto y plenamente lúcido debido al elevado umbral de excitabilidad a que lleva el potente mordiente toxígeno sobre el sistema nervioso central.

Debido a la contractura generalizada, el tórax del paciente tetánico se transforma en una coraza. En consecuencia no puede expan-

dirlo. El tracto respiratorio comienza a llenarse de secreciones que obstaculizan la función respiratoria. Se torna urgente liberar el conducto aéreo efectuando una traqueotomía. Las secreciones comienzan a fluir por el traqueostoma. Las complicaciones no se hacen esperar (9) y, a cada instante, lo inesperado y temible... Cualquier estímulo externo – una puerta que se cierra o abre, el click de la perilla de la luz, el simple ruido del material utilizado por enfermería; una conversación con tono elevado y hasta el suave roce de un dedo sobre la sudorosa piel bastan para desencadenar una brusca y dolorosa contracción paroxística que envuelve íntegramente el cuerpo- como si fuera una tremenda descarga eléctrica que, aunque dura segundos, puede llevar al paciente a la muerte. Si logra superar el trance queda bañado en un profuso sudor que marca a las claras el impresionante consumo de energía gastado durante el paroxismo. Este sudor se acompaña de palidez marcada, pulso acelerado e hipertensión arterial. Cuando esto sucede es porque la toxina irritó también el sistema simpático con gran descarga de adrenalina y otros mediadores simpático miméticos. Como suele suceder en casos de terror donde el estrés, frente a la súbita alarma, despierta un mecanismo de defensa general para salvar la situación y evitar el colapso. Como consecuencia de este breve aunque violento episodio se han descrito fracturas de cuerpos vertebrales y costillas, crisis asfíctica y...muchas veces el temido fin.

Pero esta infame tetanoespasmina todavía es capaz de depararnos otra felonía. Sabemos que ella bloquea el regulador -inhibidor- de la contractura muscular a nivel del peaje presináptico. Conviene agregar que con los nervios motores y sensitivos de nuestro cuerpo existen otros cables y conexiones, sumamente importantes, que participan regulando nuestra vida de relación y que nos protegen de los avatares del medio ambiente...por no decir de la implacable sociedad de consumo! Estos cables representan otro sistema, independiente en sus funciones y como tal ha sido denominado sistema nervioso autónomo, o también vago- simpático (10) La enfermedad tetánica se torna más grave cuando compromete a la vez a este sistema. Pero ¿Cómo se

traduce esta injuria sobre el vago-simpático? Si la toxina se acumula en mayor cantidad en el sistema simpático, el tetánico agregará a su contractura permanente y a sus periódicas y dolorosísimas crisis convulsivas los síntomas propios de la sobre actividad simpaticotónica: fiebre elevada, aceleración extrema del pulso, hipertensión arterial, latidos cardíacos desordenados – arritmia cardíaca -, dilatación máxima de la pupila, sudoración profusa y elevada eliminación por la orina de sustancias como la adrenalina y noradrenalina. En estos casos dicha complicación empuja al tetánico al óbito en cerca del 50% de los casos. Menos grave es en cambio la complicación si la toxina prefiere acumularse en el sistema vagal o parasimpático donde la elevada descarga de acetilcolina se expresa clínicamente por caída de la presión arterial y de la frecuencia del pulso arterial, crisis de broncoespasmo, hipersecreción bronquial, contracción de la pupila, hipersalivación, sudoración; situación no tan extrema que se logra controlar con la administración de atropina intravenosa. Aunque tras la estimulación del nervio vago es de esperar un ahorro de energía poniendo al sujeto en reposo, toda vez que el estímulo parasimpático es intenso, como el caso de la violenta actividad de la tetanospasmina, la reacción multiorgánica vago dependiente se torna entonces masiva, sobrellevando más riesgo que beneficio.

Entre las formas graves de tétanos, con elevada letalidad, cabe mencionar al denominado tétanos del recién nacido. He tenido oportunidad de observarlo a fines de la década del '60 mientras realizaba trabajos de terreno en el techo norteño, rastreando patologías regionales endémicas en marginadas comunidades indígenas pertenecientes a las etnias “wichi” y “toba”. Pude así comprobar que ni bien nacía el niño se le aplicaba una pequeña albóndiga de barro aplastada sobre el cordón umbilical para que al desecarse el parche permitiera desprender el muñón umbilical, ya momificado. Esta práctica resultaba peligrosa porque era bien conocido que en ciertos perfiles de suelo, sobre todo removidos, sembrados o enriquecidos con estiércol, existía la posibilidad de encontrar esporas tetánicas contaminantes de las napas superficiales.

El bebé que inicia un tétanos de pronto deja de prenderse al pezón de la madre (11). No puede hacerlo porque la boca se le cierra por el trismus. Pero además llora constantemente, está muy irritable. Se arquea debido al opistótonos. Las convulsiones no se hacen esperar; en pocas horas sobrevienen las crisis de sofocación que lo llevan rápidamente a la muerte (12)

Todavía recuerdo la fuerte oposición del mataco más anciano de aquella tribu radicada en el monte formoseño. Era el sabio y consejero de la gran familia, por quien pasaban todas las decisiones a tomar. Él fue quien argumentaba que aquella costumbre de secar el cordón umbilical la practicaban sus bisabuelos ¿Cómo objetársela, habida cuenta de que ese representaba el primer contacto entre un indígena y un médico blanco, es decir mi presencia? Confieso que poco pude lograr con mis insistentes y casi estériles persuasiones.

¿Qué otra cosa podíamos esperar si sabíamos que, además, la mayoría de las poblaciones indígenas de nuestro país se mantenían marginadas y distantes de cualquier beneficio social y sanitario? Donde ninguno de los varones ni mujeres habían sido vacunados, ni examinados, ni valorados sanitariamente en centro sanitario alguno... como tampoco sabían leer ni escribir.

Para el caso particular del recién nacido, ¿puede acaso desconocerse la importancia fundamental que impone la vacunación en la embarazada, tal como acertadamente lo expresaron el Profesor Dr. Vicente Mazzáfero y colaboradores?. Única forma efectiva de disminuir con rapidez la mortalidad por esta causa en el recién nacido (2) (13).

Según el Viejo Testamento, al tétanos del recién nacido se lo denomina "*la muerte del séptimo día*" (14). Hoy la Organización Mundial de la Salud considera como caso sospechoso a todo niño recién nacido que muere entre tres y veintiocho días por causas desconocidas. Personalmente no he visto sobrevivir ningún caso de tétanos en recién nacidos observado en áreas rurales del norte de Argentina (década del 60' y 70'), en Brasil (décadas del 60' y 70') y en África (Ruanda año 1996), Hoy, a pesar de su gravedad, la letalidad

del tétanos del recién nacido en las primeras dos semanas de vida ha descendido según estadísticas a cerca del 50 por ciento.

Vaya si Vicente “Coco” Mazzáfero luchó en aquella dura época en que poco se sabía, y apenas se podía, para enfrentar tamaña enfermedad que, no tengo empacho en decirlo, metía miedo por su elevada morbimortalidad. “Coco” fue, sin duda, el pionero a quien debemos la organización de la importante área operativa para el manejo tan delicado del enfermo tetánico. No solamente diseñó la metodología técnica asistencial que fue original para la época. Además, formó un sólido equipo de médicos, enfermeras y personal subalterno. Un genuino, predispuerto y comprensivo grupo humano con el compromiso irrevocable de total entrega hacia paciente. Como médico e infectólogo argentino, me siento obligado a honrar la trascendental contribución brindada por el Profesor Dr. Vicente Mazzáfero a la medicina argentina.

Durante mi labor hospitalaria tuve que enfrentarme con dos casos difíciles vinculados con esta enfermedad. Retos, al fin, como tantos otros que impone siempre la severa disciplina infectológica. Me refiero a dos modalidades de presentación bastante infrecuentes aunque bien descritas por las escuelas francesa y alemana: el tétanos cefálico descrito por Rose y la forma localizada o segmentaria de la enfermedad. Un difícil diagnóstico que obliga a hilvanar una minuciosa historia clínica.

El tétanos cefálico de Rose puede hacer trastabillar al más lúcido y experimentado infectólogo. En primer lugar, tal como lo mencioné, es infrecuente. Pero, esencialmente, porque puede confundirse con otras enfermedades que suelen afectar a los nervios craneanos. Y sabemos que en medicina si hay algo difícil -cuántas veces un rompedero de cabezas!- es justamente diferenciar acertadamente aquellas enfermedades que lesionan uno o más nervios que conforman el paquete que agrupa a los doce pares craneanos. Pues el tétanos cefálico, o tétanos de Rose, también compromete a ciertos

nervios que recorren el cráneo y la cara. Sin embargo, el médico puede acertar fácilmente el diagnóstico si rescata el signo princeps: la presencia de trismus. Aunque siempre avalado por el antecedente de un traumatismo o herida sufridos previamente -y justamente- en la cara o en el cuero cabelludo.

Esta entidad representa, así, la despistada asociación de una contractura muscular -maseterina- con una parálisis de un nervio craneo. En consecuencia, además del trismus pueden constatar-se cualquiera de estas combinaciones que, sin duda, confunden aún más el origen de la enfermedad: una exofta rcraneno.se cualoa puedeloda,mpl or.60

Pero todavía queda algo por agregar, vinculado con el tétanos en el ser humano. Existe una forma, quizás la más infrecuente de constatar pero fácilmente confundida con una inflamación de un grupo muscular, por ej.: una miositis o. bien mal interpretado como simple calambre muscular. Es el denominado “*tétanos localizado*” en un solo miembro del cuerpo. Esta forma focalizada de enfermedad debuta al cabo de semanas y hasta meses posteriores a la injuria local que da ingreso a las esporas. De pronto, y sin imaginarlo, el sujeto despierta con un brazo o una pierna uniformemente endurecida y dolorosa que, de tiempo en tiempo, experimenta espasmos clónicos los cuales exacerban el dolor ya existente que acompaña la evolución de la enfermedad. Lo llamativo del caso es que si esta forma localizada de tétanos no se generaliza, el paciente casi seguramente no presentará trismus.

En una importante estadística recopilada en Abidjan, territorio africano, durante 22 años se registraron 47 casos de tétanos localizado – apenas el 2% del total de la incidencia de tétanos en ese periodo-. Durante ese lapso se comprobó que ninguno de los pacientes recibió una inmunoprofilaxia adecuada; el promedio de edades era de 23 años; las puertas de entrada fueron: heridas diversas e inyecciones intramusculares; la mayor incidencia se registró en los miembros, seguido de la extremidad cefálica y, finalmente, los músculos de la pared abdominal. Un importante dato respecto a la evolución de esta modalidad clínica de presentación fue que el 27% se generalizó y murieron 7 (14.89%) pacientes. Una gran enseñanza que mostró que el tétanos localizado puede generalizarse y lo hizo en más de la cuarta parte de los casos documentados, número nada despreciable que conviene tener siempre presente en la práctica médica (17).

Este aporte dejado por los colegas africanos nos deja otra enseñanza que merece ser considerada. Haber descrito en dos ocasiones- apenas el 4%- la localización abdominal. Casi excepcional, es cierto, pero posible. Tan posible que me tocó una vez enfrentarme con ella. Por considerarla como una rica experiencia personal paso a describirla: Se trataba de un paciente obeso, enolista, hipertenso,

diabético e insulino dependiente. Lo que hoy los clínicos denominan un síndrome metabólico completo. Este hombre debía aplicarse insulina diariamente. Un día como tantos, el opulento sujeto comenzó a experimentar dolores abdominales imprecisos, al principio aislados, luego más frecuentes, que simulaban cólicos abdominales pero que no se acompañaban de náuseas, vómitos ni despeños diarreicos. En tales circunstancias es visto por un médico clínico. Luego por otro facultativo. Ambos coincidieron en hacer intervenir a un colega cirujano para descartar un abdomen quirúrgico. Dicha presunción quedó casi avalada al comprobar que el abdomen era una tabla, signo patognomónico de una casi segura reacción peritoneal. Sin embargo, algo no cerraba. ¿Pero qué era lo que no cerraba? Sabíamos que en un abdomen agudo con compromiso peritoneal el dolor que impone la inflamación del peritoneo obliga al paciente a quedarse inmóvil, porque el movimiento hacia un costado, o hacia el otro, despierta agudos dolores. Pero mientras se palpaba el abdomen de este ansioso y rollizo hombre llamó la atención de los colegas que aún estando el abdomen duro como una tabla, cada vez que se aplicaba la palma de la mano sobre aquella superficie rígida sobrevinía un intenso y dolorosísimo espasmo que -tal como si fuera un cólico- obligaba al paciente a retorcerse. Estaba claro: aquello no era un padecimiento peritoneal ¿Entonces? ¿Abrir el vientre para salir de duda? ¿Y los riesgos que representaban hacerlo ?

Pasaron así varias horas de incertidumbre e indecisión. El paciente ya estaba preparado para ingresar al quirófano. Entonces sucedió lo inesperado. La contractura abdominal comenzó a generalizarse, se esbozó un trismus y el diagnóstico quedó develado: se trataba de un tétanos de comienzo localizado cuyo destino quiso otorgarle el oportuno y salvador giro que evitó una muerte segura: el acto quirúrgico. Aunque el pronóstico no fue menos grave ya que el paciente falleció.

En el título del capítulo me atreví subrayar al tétanos como una enfermedad con historia telúrica, adjetivo que avala en forma incuestionable su esencia originaria, ya que es bien sabido que *C.tetani* se aloja naturalmente en el intestino de diferentes reservorios

naturales: equinos, otros herbívoros, roedores, aves carroñeras, etc. (18) Ellas nutren el suelo con sus deyecciones portadoras de formas vegetativas del bacilo. La concentración de oxígeno ambiental las obliga a transformarse en perdurables formas de resistencia... las esporas tetánicas.

La susceptibilidad frente al tétanos es total en personas no vacunadas. La infección natural no confiere inmunidad ya que la dosis de toxina tetánica capaz de producir enfermedad es muy inferior a la necesaria para inducir inmunidad ¡Tal es su poder! En consecuencia, es necesario vacunar a los enfermos de tétanos sea, en el momento de realizar el diagnóstico o, bien, durante la convalecencia (19).

¡Tétanos!, una tremenda enfermedad que bien supo alojar y cuidar esmeradamente nuestro hospital, gracias a su eficiente quipo profesional. Personalmente, cuánto me enseñó... cuánto me fogueó!

### Notas y citas bibliográficas:

- 1- La frase alude a la presencia de la facies tetánica que asocia la risa «sardónica» - palabra que deriva del griego «sardonios» de la isla de Cerdeña donde crece la sardonía (*Ranunculus sceleratus*) planta convulsivante – debido a la contractura de los músculos de la cara y del músculo frontal, con fruncimiento del músculo del entrecejo dando el aspecto de abatimiento o tristeza. Las facciones del tetánico simulan así a un rostro que ríe y llora al mismo tiempo.
- 2- Mazzáfero V, Boyer M y Moncayo Medina A. «Distribución del tétanos en la Argentina» Bol. Of Sanit. Panam. 90(6), pags.: 533-542. 1981
- 3- Insólito, desesperado y peligrosísimo hábito practicado por mujeres, generalmente promiscuas, o pertenecientes a una clase social ignorante e iletrada.
- 4- «Tétanos». Capítulo 21. En Enfermedades infecciosas de los caninos y felinos. Nélica Gómez y Nora Guida. Editorial Intermédica. Primera Edición. Año 2010

- 5- Hernandez Chavarría, Chaves F, Freer E . “Clostridium tetani y su frecuencia en Costa Rica” Rev. Costarric. Cienc. Med; 21 (3/4): 191-202, julio 2000
- 6- A través de los receptores gangliósidos de las células de los nervios periféricos ingresa endosómicamente la *tetanospasmina* actuando como una «*synaptobrevina*» que *impediría la liberación del neuroinhibidor del estímulo sináptico*, forzando de esa manera a un permanente estímulo contráctil.  
Indrawattana N, Sookrung N, Kulkeaw K et al.: Human monoclonal ScFv that inhibits cellular entry metalloprotease activity of tetanus neurotoxin. Asian Pac J. Allergy Immunol. 2010 mar; 28 (1):85-93
- 7- Trismo, del latinismo trismus y que, en idioma griego, significa “*rechinar de dientes*”
- 8- Se estima que la dosis de 2,5 ng/kg de peso sería letal para el hombre y la dosis de 0,3 ng/kg de peso lo sería para el cobayo  
Orenstein W A, Wassilak, S.G.. “*Tetanus*” **Bacterial Infection of humans** ; 2nd ed. New York:Plenum Medical Book Co.:199 1  
En Zoonosis, Bacteriosis pag 265. Serie de Publicaciones Científicas y Tec. 580. Año 2001
- 9- En la actualidad la traqueostomía se complementa con la ventilación asistida (respiración mecánica). El paciente tetánico es muy susceptible a las complicaciones (neumonías, sepsis, infección de catéter intravenoso, infección urinaria, distres respiratorio, infarto de miocardio, fracturas de vértebras, etcétera).
- 10- La existencia del llamavioso autónomo otlama-  
ma vago- simpático, representa un patrimonio inteligent  
el cual hemos nacido. ¿Por qué? Porque por un lado nos protege de imprevamaas situaciones de alarma, mientras que por el otro se ocupa de aular reservas para finalmente lograr el equilibrio hacia la tan deseada homeostasis orgánica. Por ejemplo: frente a una emergencia física otemocional el organismo entra en estado de alarma, apelando a la ayuda del lama. Se disparan así una serie de funciones orgánicas -dilatan de la

pupila, aceleración del pulso, aumento de la presión arterial y de la frecuencia respiratoria, excitabilidad nerviosa, erizamiento del pelo, sudor, etc. Esta reacción tiene una clara finalidad: proteger al organismo de un colapso que incluso puede llevar al sujeto a la muerte. Pasado el momento crítico el organismo pone en marcha otro sistema - vagal o parasimpático – ahorrador de energía y de las reservas orgánicas con el fin, en esta caso, de recuperar el equilibrio perdido. Este relativo «amodorramiento» se expresa por una contracción de la pupila, disminución de la frecuencia del pulso, caída de la presión arterial, e incluso de la temperatura basal con disminución de la frecuencia respiratoria, aumento de la salivación, tendencia al sueño, etcétera.

- 11- Viene a mi memoria haber visto recién nacidos con la forma aguda del mal de Chagas donde el chagoma, tal como lo describía el profesor Emilio Jörg, solía localizaba en la bolsa de Bichat – tejido blando del pómulo (cachete) -Los bebés, muy irritables, tampoco podían prenderse al pezón de la «*mama*» pero no porque existiera impedimento en abrir la boca sino porque el chagoma oficiaba de cuerpo extraño quitándole fuerza al acto de succión.
- 12- En ciertas estadísticas (Ministerio de Salud de Chile) la letalidad ha oscilado entre el 46,5% ( 1987) y el 37,5% (1997) El recién nacido comienza a tener dificultades para succionar, llora al menor estímulo y comienza a contracturarse y a convulsionar. La muerte sobreviene en horas.  
<http://www.epi.minsal.cl/epi/html/public/tetanos.htm>
- 13- Zoonosis y Enfermedades Transmisibles al Hombre y a los Animales. Volumen I. Bacteriosos y Micosis. Tétanos; pags. 260- 265. Publicación Científica y Técnica N° 580. Pedro Acha y Boris Szyfres. Tercera edición. Organización Panamericana de la Salud. Año 2001
- 14- A esta forma de tétanos se le llama el «*asesino silencioso*» puesto que muchos recién nacidos y madres mueren en sus casas y, por lo tanto, ni su nacimiento ni su muerte quedan registrados.

- 15- Guyennet E, Guyomard J L , Barnay E, etg.al.: Cephalic tetanus from penetrating orbital wound. Case Report Med. 2009; 2009:548343. Epub 2009 may 24
- 16- Veronesi R. Doenças Infecciosas e parasitárias. Capítulo 56. Tétano. Pags. 456-478. Edit. Guanabara Koogan. Sétima Edição.1982
- 17- Kakou AR, Eholie S, Ehui E, et al.: Localized tetanus in Abidjan: clinical and prognostic features (1976-1997). Bull Soc Pathol. Exot.2001 Nov; 94(4) :308-11
- 18- [www.juntadeandalucia.es/salud/.../p.../p\\_TETANOS\\_2012.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/.../p.../p_TETANOS_2012.pdf)
- 19- [https://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna\\_antitet%C3%A1nica](https://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna_antitet%C3%A1nica)



Fig.:17.1. Tétanos. Opistótonos

## CAPÍTULO XVIII

### El burro Martín

*“¿Cuántos burros conoce usted, que no son animales, para no ofender a los burros...?” Tal vez muchos podrán pensar que los burros son torpes, tontos, lerdos, que no son nada inteligentes, pero... ¿qué podremos decir de otros animales supuestamente pensantes que tienen muy poco o casi nulo cacumen en su cabeza? La verdad es que estamos ante un animal noble e inteligente, a pesar de la mala fama unida a su nombre. Aunque no se habla mucho de ello, lo cierto es que esta tierna especie ha sufrido maltrato durante generaciones, y en él han recaído las más pesadas cargas...”*

*Federico Ortiz Moreno (psicólogo y escritor mejicano.  
Nació el 12 de mayo de 1951)*

Luego de la descripción de la cruel enfermedad tetánica, quizás al lector, de pronto, le llame la atención que a continuación decidí abocarme a la descripción hilarante de una figura, no humana por cierto, que ocupó un lapso importante de mi trayectoria médica en el hospital Muñiz. Me sentí impulsado porque esas ricas vivencias alegraron mi duro andar en la labor cotidiana. Es que lo penoso y lo risueño representan eternos vaivenes del oleaje de la vida. Nos empujan y nos atraen...

En verdad no imaginé que algún día evocaría la figura de un burro! Y no de juguete sino de verdad. Lo cierto es que hoy me encuentro frente a tal posibilidad que, sin duda, conlleva un emotivo recuerdo.

Sería hasta pueril preguntar quién no ha visto un burro en su vida. Cuando niño en un paseo por el zoológico o, en plena naturaleza, subiendo pausadamente la cuesta de una serranía (1). Pero lo inusitado es ver a un burro pastando y paseando por un hospital. Y eso, justamente eso, es lo que vi la primera vez que entré al Muñiz para cumplir con el año de trabajos prácticos en la disciplina infec-

tológica. Y, como es costumbre decir que todo hecho o presencia se encuentra en tal o cual lugar debido a algún motivo, me propuse conocer un poco más sobre la enigmática estancia de ese pacífico cuadrúpedo.

Según testimonios de algunos viejos médicos del hospital, el burro en cuestión identificado con el sobrio nombre de Martín, había cumplido durante varias décadas las funciones de “ambulanciero”, arrastrando un antiguo carromato utilizado para el traslado de los enfermos y objetos de insumo hospitalario hacia las distintas salas de internación, laboratorios y dependencias situadas en forma dispersa en aquel amplísimo solar que representaba el magno hospital de enfermedades infecciosas. Se trataba, por cierto, de un no muy veloz medio de transporte tirado por un insólito motor a sangre: el burro Martín, que al parecer habría cumplido eficientemente su labor hacía ya tiempo, en la pasada época donde el hospital Muñiz operaba como “casona de aislamiento”.

Fue en mi primera jornada como alumno debutante en el aprendizaje de la asignatura donde me topé, imprevistamente, con la señera figura de aquel manso solípedo apodado Martín. De pronto tuve la sensación de estar frente a un imaginario y esforzado operario de la salud.

Dado que mi indudable objetivo era aprender y rendir lo mejor posible la difícil materia, no en vano apodada “el filtro” por los discípulos de años anteriores, en verdad, al principio de la cursada, no me sentí muy atraído por aquel anciano rozno. A medida que corrían los días y las visitas al hospital se sucedían en forma cotidianas, me le fui acercando poco a poco, apenas con la intención de distenderme, entre práctica y teoría, en un breve y necesitado recreo.

Creo haber dicho bien que Martín era un anciano rozno porque aún no conociendo con exactitud su edad “asnal” existían indicios que marcaban su longeva existencia: el andar inestable, una blanca opacidad velando uno de sus ojos, su pelaje raído, las verrugas exuberantes en manos y patas y sus cascos desgastados. Entristecía aún más su aspecto avejentado el llamativo hundimiento del lomo que lo

aparentaba como a un asno con dos gibas. Recordando mi lectura de pequeño sobre Platero y Yo, por cierto eran bastantes las diferencias entre ambas sentidas descripciones.

Con su presencia el burro Martín simbolizaba dos generaciones de médicos: aquella ceñuda y adusta, con barba y levita, de comienzos del siglo XX y la que yo representaba con mi novel presencia y como futuro médico de esa prestigiosa cuna del saber.

Nunca logré saber por qué el carromato que cumplía funciones de ambulancia y transporte de diversos menesteres no era tirado por un fornido percherón y sí, en cambio, por un azno. Entre los posibles motivos cabía al menos uno, sostenido por expertos asnólogos, y también por quienes se ocupaban del cuidado de este animal. Ellos consideraban que a pesar de la tozudez "...por encima de todas las cosas, su gran habilidad radicaba en poder meter marcha atrás siempre que fuera necesario – y gracias a su gran sumisión – a la hora de ponerse el yugo..."; conducta diferente a la del caballo que – sigue el comentario – “representa un animal excelentemente considerado pero, como ningún otro, se caracteriza por la soberbia y la altivez...”. Por supuesto opiniones respetables pero, sin entrar en fatigosa dialéctica, considero oportuno mencionar aquí la inteligente actitud adoptada por un grupo de personas radicadas en España y el Reino Unido quienes lograron redimir un tanto la injusta imagen del burdo y tosco borricón, incorporándolo a una insólita y benemérita faena denominada “asinoterapia”, o sea terapia asistida con asnos. Más adelante me ocuparé de esta original y compasiva terapéutica rehabilitadora. Pero antes vaya pues esta anécdota que dio origen a una obra digna, piadosa y aleccionadora.

No interesa que, en un principio, fuese leyenda o verdad. Sí importa qué mensaje pudo haber dejado. Al respecto se cimentaba que, por ahí, existía un borrico llamado “Toto”, residente de alguna perdida llanura de la bella Málaga (2) que trabajaba duramente, día tras día con apenas el descanso de la oscura noche. Su dueño, un rústico y tacaño labriego lo maltrataba con impiedad. “Toto” apenas se atrevía a rebuznar y sus quejidos vaya a saber uno las veces que se

mezclarían con llantos. Aunque nunca llegué a ver a un burro llorar, creo que al igual que el humano tiene todo el derecho de hacerlo cuando debe soportar un castigo humillante que, a no dudar, seguro proviene del hombre. Sigue la anécdota: poco a poco y luego de cada cosecha “Toto” quedaba en estado deplorable. Su silenciosa fortaleza empezó a desmoronarse. Sus rebuznos comenzaron a ser temblorosos. Una de sus patas ya empezaba a cojear. “Toto” era, a no dudar, un animal maltratado.

Es para preguntarse si ese episodio “animal” pasó desapercibido o acaso sumido en el olvido. No. No fue así. Y como la casualidad suele a veces juntar las cosas de a pares, hubo noticias de otro hecho de maltrato acaecido con otro burrito oriundo de la montañosa campiña griega. “Hope” era el nombre del pobrecito. No se sabe cómo pero llegó a conocimiento del grupo de magnánimos españoles que nuclea la entidad sin fines de lucro denominada “El refugio del burrito”, situada al norte de Málaga y vecina a una espaciosa laguna poblada por hermosos flamencos. Dicho sea de paso esta benemérita fundación es filial de la homóloga con sede en el Reino Unido, llamada “The donkey sanctuary”. (3)

¿Por qué fue noticia el pobrecito “Hope”? ¡ Vaya por qué ! Según consta en el acta de denuncia el pobrecito “...fue golpeado por jóvenes sin escrúpulos que le cortaron ambas orejas y completaron su macabra diablura hundiéndole el lomo a paladas” ¡ Que tal ! Hasta podría dudarse que tamaña crueldad brotara de la rancia helénica cuya ilustre civilización hacía gala de su belleza física, su exquisita cultura y el principio del honor y la identidad ciudadanos. ¡Qué fácilmente se pudre la moral del hombre, y qué difícil es que lo entienda un burro. ¿No es cierto?

“Hope” fue así reivindicado y conducido al ya mencionado “Refugio del burrito” donde, al igual que otros congéneres con ingrata historia, fue recuperado... apenas con bondad.

¡Bondad y maldad!, dos palabras enfrentadas desde los albores de la humanidad. Una y otra creadoras de tantos bellos como de-

vastadores capítulos de la crónica mundial. Eternas antinomias que ubican como incierto el destino de “Homo sapiens”.

Como creo estar de este lado del mostrador, quiero con ello subrayar que siento un profundo respeto por la vida, cualquiera fuese el género y la especie a la que debo enfrentar o servir. En consecuencia, destaco vivamente la encomiable tarea malagueña empeñada en el entrenamiento de los burritos recuperados con el fin de ponerlos aptos para que desempeñen la función de asnoterapéutas!, título aún no acreditado por la universidad malagueña pero que desde hace ya más de cinco años brinda una maravillosa obra a los niños discapacitados.

¿Cómo se armonizaron los hechos para que surgiera esta nueva propuesta curativa? En primer lugar fue interesante la observación por medio de la cual los burros, tal como se mostraban y actuaban, transmitían serenidad, condición principalísima para utilizarlos en una terapéutica rehabilitadora en aquellos niños discapacitados. En consecuencia, estos cuadrúpedos orejudos y tercos, especialmente escogidos y entrenados, comenzaron a ofrecer sus rústicos lomos para conducir a niños afectados con diversas patologías psico-físicas. Fue entonces gratificante observar que estas criaturas habitualmente irritables, inquietas y retrasadas experimentaban una llamativa tranquilidad, se reían a menudo, por momentos a carcajadas y solían acariciar, a veces con insistencia, el pelaje de su orejudo terapeuta.

La inimaginable empatía generada entre burro y discapacitado permitió encarar el aprendizaje de nuevas habilidades que en definitiva consiguieron, poco a poco, elevar la confianza y la autoestima de estos frágiles seres.

Pero volvamos a nuestro amigo, el burro “Martin”. Con absoluta certeza afirmo que nuestro inquilino jamás fue vilipendiado ni castigado. Que a veces hacía enojar por su tozuda manía de cruzarse en medio de una calle del hospital no permitiendo el paso de los autos de los médicos que se dirigían a sus respectivas salas. Sí, es cierto. Tenía esa manía. Pero, ¿quién no tiene la suya?

Que justamente se le ocurría hacerlo en la hora pico de entrada de los profesionales al hospital. También es verdad. Pero no olvidemos que era un burro. Y los burros son testarudos. Todos lo sabemos. Y aunque la protesta no se hacía esperar, a Martín jamás lo golpearon con un palo o con una pala, ni tampoco le tiraron un automóvil encima. ¡Que esto quede bien claro! Lástima que no haya quedado en la imaginaria lápida de su rincón preferido el testimonio de esa espontánea consideración humana.

¿Que “Martín” era hábil? ¡Sí que lo era! Acostumbraba a realizar sus caminatas diarias por distintas calles del hospital, para luego detenerse y ramonear el césped comido debajo de una de las dos grandes palmeras situadas frente a las antiguas salas XVIII y XIX. Allí, existía una canilla multiuso que “Martín” usufructuaba a sus anchas. Lo gracioso era observar cómo lo hacía. Abría la boca, retraía sus peludos y carnosos labios dejando entrever el teclado amarillento y gastado de su dentadura y luego, con la paciencia de un burro, comenzaba a hacer girar la gran manija de bronce. El chorro de agua comenzaba a fluir. “Martín” la tomaba a su antojo y después, sin jactarse por su habilidosa maniobra circense, se alejaba lentamente y sin interesarle ser descubierto se dirigía pausadamente a su lugar de rumiación, bajo la sombra de la gran datilera. ¡Ah!, si la canilla quedaba abierta...bueno que se ocupara otro de cerrarla.

Durante los jóvenes años de mi tarea como médico de planta, era costumbre cruzarme con “Martín” al ingresar cada mañana al hospital. Recuerdo que en más de una ocasión, cuando se le ocurría empacarse en alguna de las calles del hospital ante los enojos provenientes de colegas o personal subalterno, me divertía hacerlo salir del medio del camino dándole una galletita que acostumbraba llevar desde mi casa. Bastaba ese pequeño confite y luego una espontánea caricia en el lomo. Pero como todo burro, Martín era orgulloso y poco comunicativo. Creo que por eso nunca me agradeció esa espontánea regalía.

Pasó así el tiempo y aunque no logramos jamás comunicarnos, estoy seguro que ambos sentíamos un soslayado y mutuo afecto.

Porque a decir verdad el anciano burro era poco menos que ignorado por los colegas, personal del hospital u ocasional visitante. Casi no reparaban en él. Aunque tampoco, insisto, recibió maltrato alguno.

Una mañana llegué al hospital y reparé que no estaba en su rincón acostumbrado, rumiando como lo solía hacer debajo de la palmera contra la cual a veces se restregaba y apoyaba como en “barra de boliche”. La gruesa canilla también permanecía cerrada. Al parecer nadie había notado su ausencia. Yo en cambio sí. Pregunté. Las respuestas fueron imprecisas y en ocasiones boqueadas por el fastidio ¿Qué podía significar un burro en ese momento?

Pasó un día. Después otro. Y otros más, pero nunca más lo volví a ver. Sin embargo, fiel a nuestra escondida amistad, durante varias semanas seguí llevando en el bolsillo de mi guardapolvo las minúsculas golosinas. Porque el único vínculo que me acercaba a Martín era un tempranero ¡Hola!, seguido de mi caricia, luego su mirada remota y mansa ... y el acostumbrado silencio. Aunque hoy sigo creyendo que en él había cobijado, casi seguro, algún pequeño agradecimiento.

Al poco tiempo supe que había muerto. Se hablaba que la causa fue un tumor maligno. No podía asegurarlo aunque era posible ya que en los últimos meses lo notaba muy adelgazado y su cuerpo sembrado de grandes bultos que deformaban la panza y su lomo.

Mi amigo, el burro “Martín”, se había ido. No volveríamos a vernos. Tampoco hablaríamos en nuestro lenguaje de miradas. Quedaría entonces el recuerdo de su imagen, la languidez de sus ojos, su andar cansino y levemente cojo. También quedaría vacío su acostumbrado rinconcito, al lado de la vieja palmera con su césped roído por los viejos y desgastados cascos. También la canilla de bronce...pero que ya nadie abriría.

Viví con su silenciosa compañía una corta época, compartiendo algunos mojones de su singular vida dentro del hospital. Me apena no haber tenido la oportunidad histórica de conocerlo como cuadrúpedo ambulanciero. Todavía hoy me pregunto ¿cuántas otras vivencias seguramente Martín se llevó y quedarían definitivamente sepultadas en el olvido? No importa para mí basto conocerlo.

Porque fue un noble asno que supo alegrar una parte importante de mi vida pero, más aún, supo honrar a sus lejanos y maltratados congéneres “Toto” y “Hope”.

Sin quererlo, me sentí impulsado a evocar aquella lejana y emotiva lectura que hiciera en mi infancia sobre “Platero y Yo”. Aún mismo frente a hechos distantes y desiguales, existían circunstancias que estrechaban las enternecedoras imágenes de ambos burros: el virtual del poema de Juan Ramón Jiménez y el real de mi anécdota. Un Platero, pequeño, peludo y suave, y un Martín, anciano, desvalido y testarudo. Ambos cumpliendo loables misiones: el virtual, llenando como amigo incondicional la vida solitaria del poeta. El real, cumpliendo la insólita misión de cuadrúpedo ambulanciero. “Platero”, amigo y confidente inseparable de su autor; el burro Martín colaborando con su fuerza bruta a aliviar el dolor del enfermo infeccioso. Por supuesto que en ambas historias había diferencias. Pero también había coincidencias que tornaron bella esta comparación que me atrevo a señalar simplemente porque “Martín”, aún sin hablar ni rebuznar, ni tampoco poseer esbelta figura fue, sin embargo, hermoso con su sencilla e importante función de asno - terapeuta imaginario al cumplir la función de transporte de pacientes. Creo oportuno agregar algo más. Al morir “Platero”, el protagonista quedó sumido en una gran tristeza motivo por el cual la moraleja de la narrativa suponía reemplazar la figura del pequeño, peludo y suave animal, con un niño, hijo del poeta, que lo acompañara el resto de su vida y a la vez le hiciera comprender que “por más dura y cruel” la vida continuaba (4).

Al morir Martín, también yo me sentí apenado. Porque no lo vería más y en el bolsillo del guardapolvo no llevaría ya las galletitas que tanto le gustaban -aunque nunca me lo hizo saber-; ni tampoco lo vería más provocando aglomeraciones al cruzarse por algún camino del hospital. Se me ocurre que, quizás, hubiera sido deseable crear un rincón para el recuerdo de su figura, aunque no hermosa por cierto como la de “Platero”, y esculpida en un pequeño jardín del hospital para simbolizar de esa forma un trozo memorable de una historia poco conocida. El homenaje a un silencioso e ilustre

cuadrúpedo que cumpliera la honrosa función de ambulanciero en la antigua casa de aislamiento!

Pasó el tiempo. Nada pareció cambiar. Pero la canilla de bronce siguió cerrada y el pasto que rodeaba la gran datilera dejó de crecer. Sin embargo, ¿para que mantener la alfombra verde si Matín sobre ella ya no caminaría más? algo perduró: el recuerdo de aquellas lejanas y tibias mañanas de primavera mientras la naturaleza seguía alegrando, con el revoloteo de coloridas mariposas, el pequeño rincón donde nació esta bella historia.

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- Cómo olvidar a “Platero y Yo”, escrita en el año 1914 por el gran escritor español Juan Ramón Jiménez, laureado con el premio Nobel de literatura en 1956. La inolvidable descripción de su entrañable amigo el imaginario burro Platero que dice: «Platero es pequeño, peludo, suave; tan blando por fuera, que se diría todo de algodón, que no lleva huesos. Sólo los espejos de azabache de sus ojos son duros cual dos escarabajos de cristal negro».
- 2- El Refugio del Burrito - Fuente de Piedra, Spain  
<http://www.facebook.com/elrefugiodelburrito>
- 3- El refugio del Burrito es una entidad de bien común orientada a proteger a todos los burros y mulos del mundo. Fue creado en Málaga el año 2003 y es subsidiario de The Donkey Sanctuary, situado en el Reino Unido y fundado en 1969 por la Dra. Elisabeth Svends. Hoy representa la Organización Internacional que protege a toda la comunidad de burros y mulos del mundo contra el maltrato y abandono de estos animales. Además, se ocupa de entrenarlos para que cumplan con la benemérita labor de alegrar a niños discapacitados.  
<http://www.elrefugiodelburrito.com/>
- 4- En autor, verdadero protagonista de la obra, experimentó con la muerte de sus padres una gran depresión que lo obligó a recluirse en un sanatorio de la bella comarca de Moguer en la provin-

cia de Huelva, Andalucía. Allí, durante su convalecencia nace, en 1914, “Platero y Yo”. Juan Ramón Jiménez recibió el premio Nobel de Literatura en 1956.

Análisis de la obra «Platero y Yo» - Enciclopedia de tareas.

<http://www.encyclopediadetareas.net/2010/07/analisis-de-la-obra-platero-y-yo.html>



Fig.18.1. Así, de igualito , era el burro «Martín» con su impresionante «abolladura» en el lomo. Foto de archivo.



Fig.: 18.2. Antiguo pabellón del Hospital Muñiz donde solía pastar «Martín». Acostumbraba a refregar su hocico en el tronco de las palmeras que figuran al frente y al costado del edificio.

## CAPÍTULO XIX

### **Jacobina...Caatinga do Moura... bajo el sol ardiente**

*«...sobre una pobre tierra y soportando mosquitos  
“kamikazes”, me sentí guiado por el brazo solidario y  
el espíritu erudito del maestro Aluizio Prata».*

Al finalizar uno de los corrientes ateneos centrales del hospital, un mediodía del mes de marzo de 1971, me crucé en un interesante diálogo con mi colega y amigo, el Dr. Fabián Koren, quién pocos meses atrás había asistido a un curso sobre Medicina Tropical en la ciudad de Salvador, en el Estado de Bahía, Brasil. Su nivel, a diferencia del elevado y exigente curso internacional que dictaba el Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, se caracterizaba por importantes salidas a terreno que garantizaban una importante práctica en la disciplina epidemiológica y en la práctica clínica. Es decir, se trataba de una formación básica y actualizada de posgrado en áreas endémicas y orientada a un primer nivel de asistencia de la comunidad.

Las prácticas de campo se centraban en un minucioso primer relevamiento ecológico del terreno, seguido por el examen físico de la población y complementado por exámenes de laboratorio con muestras de sangre y materia fecal. Dicho entrenamiento incluía la captura de vectores biológicos y el cumplimiento de diferentes medidas preventivas, conforme a las prevalencias de enfermedades en la región. Fabián había regresado al país muy satisfecho con lo aprendido y vivamente dispuesto a proponer su eventual aplicación en aquellas provincias endémicas del norte argentino.

Al sentirme motivado por aquella conversación, decidí entonces iniciar los trámites correspondientes para realizar -ese mismo año, durante diez semanas a partir del mes de noviembre- el mencionado curso en el Hospital Escuela de Salvador, dependiente

de la Universidad Federal de Bahía. Dicho posgrado se hallaba patrocinado por la importante Fundación Gonzalo Moniz.

Durante aquellos meses de trámites apurados para no perder aquella oportunidad, me enteré que el distinguido cuerpo docente del curso aludido estaba dirigido por el Profesor Aluizio da Rosa Prata, una reconocida autoridad en Medicina Tropical y con gran experiencia en campañas sanitarias, sobre todo orientadas a dos enfermedades ampliamente difundidas en Brasil: el *Kala-Azar* y la *Esquistosomiasis mansoni*. En la tarea docente lo secundaban los Dres Rodolfo Texeira y José Carlos Bina, el «*preto Bina*», uno de los más brillantes prácticos de terreno a quien tuve el honor de conocer y ser su alumno. El negro Bina era tan querido por la población de Caatinga de Moura -hiperendémica de esquistosomiasis- que en reconocimiento por su extensa tarea filantrópica en la región, construyeron un estadio de fútbol en su homenaje! Recuerdo que cuando estuve allí y pude apreciar aquel enorme e impensado coliseo del futbol levantado en una pobrísima comarca rural, pensé que la idolatría no tenía límites. Pero en verdad merecida, porque el «Negro Bina» hacía años que estaba dedicado a esa tarea benemérita combatiendo una trágica e invalidante enfermedad parasitaria la cual, tiempo después, sería el tema de su brillante tesis de doctorado.

Finalmente, tuve suerte y tras presentar mi «curriculum» el penúltimo día de inscripción, fui seleccionado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía para realizar el curso que se iniciaba, como lo mencioné, en el mes de noviembre de ese mismo año.

La ciudad de Salvador me impresionó por su belleza natural, pero más todavía por su exaltación folclórica, coloridamente mimetizada en cada lugar de sus plazas, paseos y, sobre todo, en el impresionante «Mercado Modelo». El puerto, vecino a una base de la armada brasileña, se hallaba situado en el denominado «*bajo Lacerda*», o lado bajo de la ciudad, mientras que el «*alto Lacerda*» sostenía la pintoresca ciudad. Significaba decir que la accidentada geografía de elevaciones y depresiones que caracterizaba al extenso territorio

bahiano permitía disfrutar, como si se tratara de un mirador natural, el hermoso paisaje de esa ciudad balnearia tropical.

El elevador Lacerda -ascensor popular de 72 m de altura que transporta diariamente cerca de veintiocho mil personas- fue construido por el arquitecto Augusto Federico Lacerda en 1873. En apenas treinta segundos une el lado alto con el bajo de la ciudad. De ahí su denominación «alto» y «bajo» Lacerda. Por su importancia arquitectónica y socio-cultural fue elevado, en el año 2006, a la categoría de Patrimonio Histórico y Artístico Nacional. Una construcción realizada con verdadera inteligencia arquitectónica porque además de transportar una multitud de personas diariamente, concentra desde el punto de vista turístico la atención hacia la impresionante vista que en la parte baja ofrecen el puerto, la base naval, el mercado modelo y la serena ensenada de «*Sao Salvador da Bahia de todos os Santos...*».

El curso fue inaugurado por el Profesor Dr. Aluizio Prata. Ahí lo conocí. Su imagen trasuntaba fortaleza y seguridad intelectual. Junto al profesor Philip Marsden, de origen inglés, habían construido la fama de la Escuela de Medicina Tropical de Brasilia, la cual junto al Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo representaban dos íconos relevantes de esta disciplina en América Latina.

El curso se desarrolló en forma dinámica, es decir fue en todo momento substancialmente práctico. Por las mañanas se discutían casos clínicos en las recorridas de la sala del hospital de Salvador donde tenía asiento la Cátedra de Doenças Infecciosas y Tropicales. El jefe del servicio era el Dr. Rodolfo Texeira, discípulo predilecto del Profesor Prata; mientras que la coordinación de las tareas académicas reposaba en el Dr. Fernando Figueiredo, antiguo condiscípulo del durísimo Curso de Medicina Tropical que realizáramos en Sao Paulo el año 1961. Por las tardes se desarrollaban seminarios y presentaciones anatomoclínicas.

Todas las semanas se programaban visitas a Centros de Salud del interior del Estado de Bahía y a Instituciones vinculadas con el desarrollo de proyectos sanitarios y de investigación aplicables

a la comunidad. Uno de los más jerarquizados era el Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz. Éste desarrollaba investigaciones vinculadas con las enfermedades infecciosas y actividades de formación del recurso humano a través de becas, cursos, seminarios, maestrías y doctorados con elevado nivel y exigencia académicos. Una prestigiosa Institución al servicio de la ciencia y, sin duda, en beneficio de la comunidad brasileña.

El curso tenía programados tres salidas importantes a terreno: una a la localidad de Sao Felipe, importante región endémica de mal de Chagas donde la visionaria Dra. Vanize de Oliveira Macedo inició en el año 1965 un vasto y meduloso estudio epidemiológico (1) tomando como población a cinco mil individuos que fueron sometidos a exámenes clínicos, de laboratorio, radiológicos y electrocardiográficos con el objetivo de conocer en forma palmaria la historia natural de la enfermedad de Chagas- Mazza. Esta investigación en terreno fue considerada pionera y apoyada, en toda su dimensión, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fue seis años después, a fines de 1971, y en ocasión de ser alumno de la Dra. Vanize, cuando tuve la oportunidad de participar activamente en el citado proyecto. Una vez más percibí claramente la función ineludible que cumplía el médico rural en regiones inhóspitas, carenciadas y con un clima desgastante como lo eran muchos parajes tropicales de Brasil. Fue en aquel momento y en aquella lejana, lluviosa y casi fronteriza región de Sao Felipe, en el sud-oeste del Estado de Bahía, donde recibí una lección inolvidable: la real dimensión de la tripanosomiasis americana, como solía identificarse a la enfermedad de Chagas-Mazza.

Un caluroso mediodía del mes de noviembre de aquel año ingresamos a la localidad de Sao Felipe para iniciar, bajo la orientación de la Dra. Vanize, nuestro trabajo de terreno. Sao Felipe, de aquella época, impresionaba como una sofocante caldera ecológica que para calmar el hambre ofrecía apenas un pobrísimo guiso de porotos -feijao- (2) - blanqueado con pinceladas de arroz blanco...y bien blanco! Porque, ni bien ingresamos al poblado, fue clara la

sensación de desconsuelo social que percibimos. Sin embargo, a modo personal, me llamó la atención el habitual esbozo de sonrisa y mirada triste – quizás un acostumbrado gesto de resignación – tanto en los niños como en las personas mayores. Actitud que también comprobé – durante mis permanencias – en poblaciones indigentes de África y Nicaragua. No creo que estos pueblos sobrellevaran con alegría aquel triste designio. Sin embargo, frente a tamaña pobreza estructural, era admirable la valiente actitud de esa pobre gente para enfrentar con resignada sumisión la acostumbrada indiferencia del poderoso. Porque no es preciso escuchar el arrastre de los grilletes de la esclavitud para aceptarla en su real magnitud. Existe otra opresión, más dañina aún: la desidia del amo pisoteando el sudoroso lomo del siervo. En aquellos momentos de duro aprendizaje me estaba dando cuenta que otra irreplicable lección de vida estaba enriqueciendo mi formación como médico rural. Cabalmente estaba aprendiendo que, detrás de aquella penosa y arrastrada enfermedad que, con pocas alternativas, podía llevar lentamente a la extinción de un pueblo, había otra más devastadora y soslayada aún, la umbrosa desigualdad social y la falta de la mano fraterna. Lo peor de aquel diagnóstico social era que donde había grilletes opresores no podía existir libertad ...

Bajo la siempre jovial aunque severa orientación de la Dra. Vanize y de sus colaboradores docentes, comenzamos a visitar cada una de las viviendas construidas en su mayoría con hojas de palmeras y tierra colorada, ablandada y amoldada a modo de ladrillos que luego eran aplicados, con las manos y a modo de sopapos(!) para revocar las paredes.

Comenzaba el día. Se anunciaba lluvioso e insoportablemente caluroso. También comenzaba mi entrenamiento en terreno. Ya dentro de una de las chozas fue impresionante lo que vieron mis ojos. Creo que había más vinchucas dentro de la vivienda que fuera de ella. Recuerdo que entre dos – con Pedro Tahuil, mi compañero de curso y aventuras bahianas – levantamos un colchón roído y descubrimos algo nunca visto, al menos por mí: pequeños nidos de oscuros *tria-*

*tominos* – vinchucas –, apelmazados entre sucios resquicios de tela carcomida. Teníamos la misión de capturar en forma ordenada entre uno y dos insectos por sector, ya predeterminado, de la vivienda. Ello no fue difícil porque estos insectos, aunque poseen alas, no escapan volando como lo suelen hacer mosquitos o zancudos (3).

Luego de la captura de un ejemplar, lo sosteníamos con una pinza larga de disección mientras que con otra exprimíamos el abdomen apoyándolo sobre la superficie de un portaobjetos. Con ello quedaba así depositada una gota de excremento del insecto. Expandíamos el material concéntricamente – en forma de gota gruesa como se hace con la sangre humana –; lo dejábamos secar y luego de identificar su procedencia lo enviábamos al laboratorio del hospital de Salvador y de la Fundación Gonzalo Moniz con el fin de determinar la existencia de *tripanosomas metacíclicos infectantes* en el contenido de esa muestra de deyección.

¿Cuál era en realidad el propósito de efectuar esa comprobación en la misma vivienda? Más que sencillo y, a la vez, más que importante. Si luego de colorear la muestra en el laboratorio se comprobaba la presencia de esta forma activa del parásito proveniente del intestino terminal del insecto, podía asegurarse, casi con certeza, que *hubo una transmisión vectorial* en la vivienda donde se capturó el insecto. ¿Qué significaba aventurar tal pronóstico? Simplemente nos permitía este razonamiento: en la clásica transmisión vectorial de la infección chagásica sabemos que en el momento en que la vinchuca pica, a la vez también defeca!. La materia fecal así eliminada y depositada sobre la piel de la víctima es arrastrada con el rascado inconsciente del sujeto que se siente picado. Injuria, por lo general, dolorosa. Durante el arrastre, el material contaminado con parásitos activos es introducido por el orificio dejado por el grueso estilete de la probóscide del insecto. Se cumplen así estos impensados y fatídicos hechos que, en verdad, siempre son garantizados por la pesada carga de la miseria, el analfabetismo y la falta de educación sanitaria.

A la par de esta tarea procedíamos al examen clínico (4) del grupo familiar que habitaba la vivienda asignada para el estudio de vin-

chucas transmisoras. A cada miembro se le realizaba rutinariamente una gota gruesa (5) y un electrocardiograma. Días después se analizarían y discutirían los hallazgos obtenidos en los seminarios del curso, coordinados por el Dr. Figueiredo. Finalmente, cada alumno exponía su parecer y proponía las soluciones del caso.

El proyecto Sao Felipe, conducido por las manos inteligentes y disciplinadas de la Profesora Vanize Macedo, fue pionero en el conocimiento de varios aspectos de la infección chagásica en la naturaleza. Gracias a un metodológico seguimiento longitudinal, tomando como universo una población originaria de cinco mil individuos, fue el puntapié para la comprensión, evaluación y comportamiento de la denominada forma “*indeterminada*” de la infección chagásica (6). Ese fue el claro objetivo que persiguió la intuitiva epidemióloga Vanize, sin duda un orgullo de la medicina tropical de Brasil y el resto de Latinoamérica.

Suele decirse que existen connivencias – sea entre personas y animales considerados mascotas – que son oportunas, otras necesarias mientras que, algunas, hasta peligrosas. Pero sobre todo entre los chiquillos, dotados de un inextinguible confin de fantasías, cuando crean situaciones bucólicas y hasta jocosas pero que, sin imaginarlo, pueden ser riesgosas para la salud. A tal punto que he visto a niños que moran en áreas endémicas utilizar a las vinchucas – barbeiros en idioma portugués (7) – para jugar con ellas haciéndolas competir en horas del crepúsculo en carreras iluminándolas con velas para espantarlas y hacerlas correr por el piso. Por mi parte, quizás a modo de solaz, he tenido la oportunidad de entrenar mi oído identificando la caída de una vinchuca al suelo la cual, vencida por el peso de su plenitud de sangre chupada, al caer provoca un chasquido breve y seco que resulta patognomónico para quien está acostumbrado a este ruido. Quien lo escucha en la oscuridad de la noche, mientras está por entregarse al reposo, ¡cuidado! porque anuncia que dentro de la habitación están al acecho, activas y seguramente a la espera de disfrutar de una opípara digestión.

Nuestras visitas a otras regiones como de Jacobina y Kaatinga de Moura fueron igualmente importantes y formativas. En estos alejados parajes bajo la conducción personal del maestro Aluizio Prata. En Jacobina nos proponíamos conocer la historia natural de la forma visceral de la leishmaniasis, denominada Kala-Azar americano. Una grave parasitosis que afecta el hígado, bazo y médula ósea.

Iniciamos con una recorrida por la localidad cuyas viviendas se disponían escalonadas en la ladera de un morro (8). Las mayoría de las precarias favelas contenían pequeños corrales con aves y cerdos, además de numerosos perros domésticos. Quiero destacar que tuve oportunidad de observar a una especie de zorro, de cuerpo pequeño, denominado “raposa” (*Lycalopex vetulus*) que es considerado un “reservorio silvestre” importante de parásitos de leishmania. Quizás el reservorio natural más antiguo de la leishmaniasis visceral.

En aquella región el entrenamiento consistía en reconocer los criaderos o posaderos de mosquitos para lograr su captura. Se sabía que los lugares preferidos se encontraban en sitios húmedos, sombreados u oscuros, fuera o dentro de la vivienda o, mejor aún, concentrándose en huecos de árboles en descomposición, chiqueos para cerdos, gallineros, corrales, nidos de aves de corral y zonas para abrigo del ganado. Además de la humedad, todos estos sectores ofrecían tupidas camadas de materia orgánica, circunstancia que facilitaba el desove de la hembra del flebótomo y luego iniciar la etapa larvaria de su ciclo evolutivo.

Nuestra misión era capturar flebótomos (9) mientras se posaban sobre el lomo de los cerdos. Allí aprendí a aplicar una campana de vidrio similar a un pequeño embudo unido en su punta a una fina sonda de goma que utilizaba para succionar. Había que hacerlo en horas del crepúsculo, momento en que aumentaba la actividad picadora de estos – molestos por cierto - insectos voladores.

Mientras el crepúsculo empujaba al rojizo sol tropical detrás de los morros, el grupo de trabajo iniciaba la tarea de captura. Mortecinos haces de luz seguían alumbrando la suave ladera de Jacobina, como queriendo espiar nuestra esforzada labor de capacitación.

La faena, más que divertida, consistía en identificar a los diminutos y oscuros mosquitos sobre el áspero y peludo lomo de los puercos (10). Al momento aplicábamos suavemente, pero sin error, el embudo invertido en cuyo fondo existía una pequeña almohadilla de algodón para que el insecto, al ser succionado, quedara adherido pero intacto. Los ejemplares eran acomodados en pequeñas cajitas y, luego de identificar el lugar de captura, eran transportados para su identificación entomológica al laboratorio de referencia.

Una tarea importante que nos acercaba a la medicina veterinaria, era identificar la enfermedad en el reservorio animal: *el perro doméstico, habitualmente el reservorio natural de esta forma visceral en las áreas pobladas*. Por lo que describiré será fácil imaginar la penosa carga de parásitos infectantes que llevaba a costas un pobre can infectado, padecimiento que seguramente terminaría con su vida. Tuvimos así la oportunidad de examinar a perros con la enfermedad avanzada - y altamente infectante - que presentaban múltiples lesiones distribuidas en el cuerpo. En el tegumento se apreciaban extensas áreas depiladas como si se tratara de una sarna avanzada, más de una vez confundida como tal (11). También constatamos pequeñas erosiones y úlceras distribuidas por las extremidades, orejas y hocico. Los ojos presentaban conjuntivitis, blefaritis, queratitis, y en ocasiones opacidades corneanas. Un signo que *personalmente siempre me llamó la atención y hoy considero bastante fidedigno de leishmaniasis en los cánidos fue el crecimiento y deformación de las pezuñas*. Los animales muy enfermos se mostraban emaciados - verdaderamente caquéticos - y con frecuencia acusaban dificultad para movilizar el tren posterior

El Profesor Dr. Leónidas de Mello Deane, uno de los investigadores referentes de esta enfermedad en Brasil (12), consideraba que el zorro silvestre, "*raposa*", podía circunstancialmente tener aspecto normal - por ser más tolerante a esta parasitosis sistémica - y, sin embargo, ser fuente de infección. Según el Dr. Deane tal hecho demostraría la antigüedad con que la raposa se halla infectada en la naturaleza. Mientras tanto, ejemplares de perros infectados siempre

mostrarían lesiones porque en la historia evolutiva del Kala-Azar representaría una especie recientemente infectada.

Esta importante labor epidemiológica de terreno representó un valioso aporte para el mejor conocimiento de la historia natural de esta vasta zoonosis endémica en Brasil. Fue en Jacobina donde me enfrenté primera vez con una forma infantil de Kala-Azar, ya que durante mi capacitación en el Hospital das Clínicas, una década atrás, solamente veíamos esta patología en personas adultas.

La primera enfermita que examiné junto al maestro Aluizio Prata fue una niña de aproximadamente cuatro años, “*palidona*” ella, que presentaba su vientrecito llamativamente abultado. Se le caía fácilmente el cabello y se quejaba de dolores en las rodillas. La piel que las rodeaba mostraba pequeñas sufusiones hemorrágicas, hallazgo que me llamó la atención. También nos contó que le salía “*muitas vezes*” sangre de sus fosas nasales. Según la mamá muchas veces la notaba calentita “*...a minina tinha febre!*”.

Una semblanza clínica que bien podría corresponder a una enfermedad de sistema o hematológica. Pensando en una leucemia o quizás en un linfoma. Una posibilidad diagnóstica que se pensó ni bien comenzamos a examinar a la pequeña.

Fue la primera vez que observé al Profesor Prata palpar un abdomen. Recuerdo que tomó un lápiz dermatográfico para dibujar sobre la piel del vientre de la niña los agrandados perfiles del hígado y bazo, donde el borde de este último, francamente escotado, llegaba casi a la altura de la ingle! Fue impresionante la habilidad de las manos del maestro Prata para graficar ambas vísceras, desmesuradamente agrandados. Tamaña “*hepato esplenomegalia*” era un signo característico y patognomónico de la *leishmaniasis visceral*, aunque también exigía descartar otras graves enfermedades, entre ellas un padecimiento maligno. Más aún, la criatura estaba pálida, asténica y febril. Un rápido examen de su sangre demostró anemia severa, descenso importante de los glóbulos blancos – leucopenia - y de las plaquetas- plaquetopenia -, es decir que las tres series del sistema hemocitopoyético se encontraban disminuidas Una punción exter-

nal realizada en el pequeño centro de salud de Jacobina permitió confirmar el diagnóstico de Kala-Azar americano y, debido a su estado delicado, la niña fue trasladada al hospital escuela de la ciudad de Salvador para su tratamiento y recuperación (13).

Además de enseñarnos en la misma área endémica cómo se presentaba la enfermedad, el maestro Prata nos asombró con su habilidad semiológica. Allí nos quedó grabado para siempre esa enorme masa hepática, homogénea, con su borde romo y regular. Mientras que el bazo quedó proyectado sobre la piel del abdomen con su amplia escotadura orientada hacia la línea media. Simpleza, habilidad, artesanía...virtudes con las cuales, día a día, nos colmaba de asombro ese experimentado médico de campo.

Quiero destacar un hecho que, a lo largo de mi vida como médico tropicalista, me facilitó el mejor aprendizaje de ciertas patologías regionales. Me refiero a la oportunidad de estudiarlas en su lugar de prevalencia. Significa decir que la visita periódica me permitió reconocer así, desde las formas iniciales con apenas síntomas reconocibles hasta las manifestaciones avanzadas y terminales de enfermedad. Es por ello que el minucioso análisis de la evolución de cada enfermedad en su “*escenario natural*”, permite acertar el diagnóstico en una etapa precoz y con ello apurar el tratamiento correcto. Esta conducta práctica y objetiva, resulta importante desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica ya que previene complicaciones y mejora substancialmente el pronóstico de la dolencia.

El intenso y emotivo curso realizado al lado del maestro Prata logró, no me equivoco en aseverarlo, impregnarme en la profunda y humanista doctrina de la medicina tropical. El duro entrenamiento culminó en la lejana y agreste región denominada Caatinga do Moura, distrito perteneciente al municipio de Jacobina e importante área hiperendémica de *esquistosomiasis mansoni*. Allí fuimos a estudiar una pequeña comunidad asentada a orillas de un riacho, probablemente afluente del río Sao Francisco, o alimentado por alguna cascada – “*cachoeira*” - existente en la región.

El primer contacto con el paisaje ecológico de aquella silvestre región nos estaba anunciando que enfrentaríamos a una enfermedad cuya historia natural se centraría en uno de sus protagonistas principales: un pequeño cauce de agua natural. Impresión avalada por el llamativo asentamiento de las viviendas en las márgenes de su sinuoso curso. Tal residencia se componía de familias de pobrísima estructura socio económica y, peor aún, sanitaria cuya fuente de agua para el consumo, higiene y recreación – con el agravante de elevadas temperaturas diurnas – estaba apenas representada por ese casi milagroso hilo de agua que corría por una planicie yerma, por no decir casi desértica.

Nos proponíamos estudiar los aspectos epidemiológicos y clínicos de una enfermedad parasitaria que, debido a su grave e invalidante evolución, si no era diagnosticada y tratada a tiempo llevaba irremediablemente al óbito. Me refiero a la *Esquistosomiasis* o *Schistosomiasis* provocada por un verme trematode – *Schistosoma mansoni*. En esta ocasión tuvimos de mentor al competente y práctico Dr. José Carlos Bina, gran conocedor de la región y médico “frecuentador” de esa sufriente comunidad desde hacía ya varios años.

Mientras recorríamos la población para situarnos sobre los aspectos demográficos y socio-culturales, dos hechos importantes y a la vista llamaron nuestra atención: en casi la mayoría de las viviendas no existía retrete, o bien algún pozo negro aislado seguramente en contacto con la napa freática y por supuesto altamente contaminado. Mientras tanto, era habitual observar a grandes y chicos defecar detrás de sus viviendas o debajo de algún árbol alejado de las mismas. Espectáculo realmente deprimente y riesgoso para la salud desde el momento que tales excrementos eran fácilmente desparrramados y arrastrados con las frecuentes lluvias hacia el brazo de agua utilizado, para peor, como casi única fuente de abastecimiento. Y digo casi única porque no era costumbre de esos pobladores de surtirse de agua natural a través de depósitos en cisternas. No obstante, algunos pobladores se trasladaban a varios kilómetros distantes de

las viviendas para juntar agua desde una “*cachoeira*”, es decir desde una cascada o salto de agua.

El segundo hecho relevante fue observar que la población, en casi su totalidad, deambulaba descalza. Frente a estas precarias condiciones de vida, quedaba entonces por dilucidar la posible cadena de transmisión de esa penosa parasitosis. Aprendimos que el mecanismo de transmisión era el siguiente: el hombre, reservorio del parásito adulto, eliminaba los huevos a través de su materia fecal. Debido al arrastre que producen las frecuentes y copiosas precipitaciones tropicales, el agua de lluvia arrastraba la materia fecal depositada en superficie volcándola al riacho que atravesaba la población. Los huevos liberados en el medio acuífero sufrían “*ecdisis*” – apertura – permitiendo la salida de una larva recubierta de cilias, llamada “*miracidio*”. Inteligente estructura que -recubierta así de infinitas y microscópicas patitas- le facilita desplazarse velozmente por el agua en busca de su necesario huésped intermediario, un caracol dentro del cual se producirá la transformación en una segunda larva, mucho más veloz todavía y -como si fuera por arte de magia ecológica- parecida a un pececillo! Ni bien transformada así es expulsada por el caracol otra vez al medio líquido. Ya en libertad, esta larva que se desplaza como si fuera un genuino pez, busca afanosamente al huésped definitivo -la pobre víctima humana- dentro del cual finalizará su ciclo evolutivo transformándose en un parásito adulto.

Notable es comprobar que este microscópico ser, ni bien queda encastrado en el espesor de la piel pierde su cola -porque ya no la necesita- y debido a que representa un ser extraño para el organismo humano, éste procura defenderse provocando una molesta picazón en el sitio de penetración larvaria cuyo rascado – como queriendo sacarse de encima al intruso - da cuenta de su infausta presencia. A partir de entonces, quedará sellado el destino de la infortunada víctima.

Luego de este primer atrincheramiento en el espesor de la piel, la larva invade el sistema circulatorio. Se dirige al hígado quién le provee de los nutrientes suficientes para su transformación en verme

adulto. Se comprende así por qué el hígado es quizás el órgano más afectado en esta enfermedad (14).

No puedo olvidar la impresión que recogí al presenciar por primera vez un hígado de un paciente largamente afectado por esta parasitosis. Frente a mí el patólogo comenzó a mostrar las lesiones: el hígado tenía el aspecto de un órgano retorcido, como si estuviera acordonado por bandas de fibrosis. Esos duros y amarillentos cordones representaban tremendas cicatrices, producto de la lucha entre el hígado -en su intento por rodear, ahogar y destruir a los intrusos- y los parásitos invasores. En esas tremendas calles de amarillentas cicatrices quedaban sepultados los cadáveres de larvas y huevos -también de algún verme adulto- que no alcanzaron a prosperar en su evolución hacia la etapa adulta.

Queda por discernir ahora la manera cómo se traducía en el organismo de las víctimas este flagelo parasitario. Me refiero a su expresión clínica. Como era de esperar, Caatinga de Moura, región hiperendémica de esquistosomiasis, exhibía a la enfermedad en toda su vastedad morbosa, desde las formas iniciales afectando a niños de primera infancia con diarrea, fiebre y disminución en la curva de crecimiento, hasta las formas avanzadas con gran adelgazamiento, el abdomen abultado y la presencia de líquido en la cavidad peritoneal. Era frecuente la pérdida total del vello axilar y pubiano, mientras que el hígado -testimonio constante de la enfermedad- se palpaba duro, irregular, con el borde filoso y retraído (15); y, además, acompañado por su fiel compañero, el bazo, agrandado y consistente, aunque no tan prominente como el observado en el Kala-Azar americano.

En las etapas terminales también existen importantes alteraciones en el aparato respiratorio, debido al paso y secuestro de cadáveres de larvas y de huevos de *Schistosoma mansoni* en la trama del intersticio pulmonar. Los sucesivos impactos de restos cadavéricos -como sucede en el parénquima hepático- provocan intensos fenómenos inflamatorios e inmunológicos que terminan por cicatrizar extensas zonas de ambos pulmones, ocasionando una importante fibrosis, enfisema pulmonar y grave insuficiencia respiratoria.

Debo agregar que durante mi capacitación en centros sanitarios y universitarios de Brasil, he tenido oportunidad de observar dos casos de *neuroesquistosomiasis*: una con localización en la médula espinal que evolucionó hacia una paraplejía; la otra, con intensas cefaleas y convulsiones epileptiformes, debido a la presencia de tumores granulomatosos -aglomerados de huevos y larvas muertas- en pleno parénquima cerebral.

Es fácil imaginar el desenlace de esta compleja e incapacitante parasitosis, que me atrevo a considerarla poco menos que sistémica. Las causas primordiales que llevan a la descompensación de las funciones orgánicas y a la inevitable muerte, surgen a la vista: caquexia por desnutrición masiva, insuficiencia hepática grave, deficiencia progresiva de la función respiratoria, claudicación cardíaca, hipertensión endocraneana, encefalopatía metabólica. Dicho de otra forma, coma hepático, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, coma cerebral metabólico, muerte.

A modo de colofón se me ocurre agregar esta reflexión: es bien conocido que esta parasitosis también fue identificada en variadas especies animales domésticos y silvestres – ovejas, vacas, cabras, búfalos, antílopes, otros rumiantes y, además, en roedores y carnívoros -provenientes del sur de Europa, Oriente Medio, África Central, del Oeste y del Sur-. Las especies en cuestión fueron identificadas como: *Schistosoma bovis*, *mattheei*, *margrebowiei*, *curassoni*, *rodhaini* (16). Significa decir que las mencionados trematodes tenían, desde vaya a saber cuánto tiempo, su hábitat natural en las latitudes mencionadas. Mientras tanto, allí cumplían sus respectivos ciclos de vida. Si bien no se menciona a la especie *mansoni* como parásita de animal alguno, sería sensato aceptar que esta especie, definitivamente asentada en la raza humana, quizás represente una mutante originariamente animal. Entonces, cuáles pudieron ser las causas favorecedoras para ese desvío de la cadena de transmisión impactando en una nueva fuente de infección, ahora “*Homo sapiens*”? Entre ellas podrían mencionarse el contacto íntimo entre hombre y diferentes especies de animales de sangre caliente ancestral y naturalmente pa-

rasitadas. Además, el hecho de compartir los mismos escenarios con espejos de agua, presencia de caracoles “*hospederos intermediarios*”, hábitos de deambular descalzo, lluvias favorecedoras del arrastre mecánico de los suelos contaminados con huevos viables, etcétera. Creo no equivocarme si sostengo que la esquistosomiasis mansoni, al menos el modelo americano, es el corolario de una paciente letanía de acontecimientos donde a partir de épocas inmemoriales se conjugaron: escenario apto, presencia de huéspedes intermediarios, condiciones climáticas favorables, acercamiento paulatino del hombre y, finalmente, la vigencia de un lamentable lastre social: pobreza, analfabetismo, marginación social, falta de educación sanitaria y desidia política.

Aquella inolvidable experiencia de mi capacitación en medicina tropical, al lado de mi querido maestro Aluizio Prata, me dejó hondamente impresionado y me curtió en la difícil faena de campo donde tuve que enfrentarme con la ineludible realidad de patologías nacidas en su primigenio escenario natural. Donde además de aprender, con poco a mi alcance, tuve que desarrollar capacidad para decidir frente a situaciones imprevistas, ni siquiera mencionados en los libros clásicos como tampoco en la letra chiquita! Pero más aún, aprendí a comprender el lenguaje de ciertas enfermedades que en realidad encubrían el miserable producto de la pobreza estructural. Acaso no lo eran el mal de Chagas, el Kala-Azar y la Esquistosomiasis?

Más allá de la inolvidable experiencia profesional y de vida que recogí durante mi estadía en la hermosa Bahía, no puedo olvidar los momentos de jolgorio y distensión vividos en los ansiados fines de semana, cuando disponíamos de tiempo para disfrutar de la hermosa playa y el colorido folclore bahiano.

Bahía siempre se mostró a mis ojos como alegre y jubilosa. Bastaba contemplar los puestos de comida ambulante, vecinos al puerto y atendidos por rechonchas bahianas. Todas parecían gordiflonas, aspecto que era debido, la mayoría de las veces, al uso acostumbrado de siete acampanadas polleras, una de cada color. Años

después rememoré estos irisados hábitos en las mujeres ruandesas del África ecuatorial.

Era costumbre almorzar los fines de semana en el mercado Modelo o atreverse a ingerir, en plena “rua” y a la vista, las cargadas “*fritangas*” y “*bolinhos de frango*” freídos por las acicaladas y sonrientes “pretas” con el pesado aceite de dendé! Con tanto calor tropical, tampoco podía faltar la ardiente y provocadora “*caypirinha*” para aflojarse un poco y consolar añoranzas familiares. Por supuesto acompañada de frescos camarones, almejas y aceitunas roseadas. Y para rematar y calmar la sed sub-ecuatorial, ducharnos con espumosos “chopiños” de rubia cerveza que, para los cautos “enófobos”, eran sustituidos por dulzonas guaraná.

Un impresionante y cautivador folclore bahiano acostumbraba a robarnos la mirada. Se trataba de la famosa “*capoeira*”. Elegante mezcla de danza y arte acrobáticas de origen afro - brasileño. Primitivamente se la practicaba como una forma mortal de lucha para combatir a la armada portuguesa. Para el negro esclavo representaba el arma y el símbolo de la libertad. Debido a la técnica y plasticidad de sus movimientos, con el correr de los años la capoeira se transformó en una danza cuyo ritmo es acompañado por instrumentos originales. Uno de ellos es el “*birimbo*”, especie de viola “cordofónica” compuesta por una sola cuerda. A tal instrumento suelen secundarlo el “*agogós*”, el “*atabaque*” y el timbal bahiano, todos percutorios. Al son de una rueda de muchachos ejecutantes, dos capoeiristas comenzaban su danza simulando una lucha donde, – pude comprobarlo en una ocasión entre dos jóvenes mulatos –, uno de los contendientes dispara una patada cuyo talón, con inusitada fuerza, es lanzado cual colmillo felino hacia el cuello del oponente pudiéndole causar mucho daño. Porque la real intención – reverberando tiempos de esclavitud – era matar para liberarse de las infames y opresoras cadenas!

Finalizado el curso aproveché el último fin de semana para visitar el famoso y popular “*Pelourinho*” (17). A modo de guía nos acom-

pañó nuestro colega y amigo bahiano Fernando Figueiredo. A él llegamos por un camino adoquinado y estrecho. Al final de la calle se encontraba una plazoleta denominada Plaza del Castigo porque representaba el lugar donde se azotaba a los esclavos. Un rústico empedrado colonial rodeaba al monumento levantado en memoria de los esclavos negros. Al transitar por ese histórico lugar, construido con viejísimas casas tapizadas por numerosos balcones, pórticos y ventanales barrocos y pincelados con diferentes colores y ornamentadas catedrales, parecía que nos iba introduciendo en un imaginario túnel del tiempo.

Parado frente a la silenciosa tarima destinada a los castigos, se cruzó por mi mente el lejano gemido de un esclavo azotado. Confieso que ese paisaje con vivo recuerdo histórico y dura “*lembranca*” del pasado despotismo portugués, me dejó vivamente conmovido.

Algunos años después me enteré que Salvador también era conocida como la ciudad de la alegría. Sin duda un justo homenaje a su folclore alegre y multicolor. Una optimista respuesta nacida después de tanta cruda historia de conquista y martirio esclavo. Un ejemplo del tremendo sacrificio en pro de la libertad. Imagino cuántas lágrimas y gritos de dolor quedaron impregnados en el rudo empedrado del Pelourinho. Pero esas lágrimas seguramente representaban, en el sentir de San Agustín, “...*la sangre del alma...*” porque “...nadie puede ser perfectamente libre hasta que todos no lo sean...”

Hoy ese alegre pueblo bahiano es libre y, quien pisa su noble tierra, lo percibe a través de la fe y la poesía de su humilde gente.

### **Notas y citas bibliográficas:**

- 1- Con justicia el proyecto Sao Felipe, vinculado con la historia natural de la enfermedad de Chagas- Mazza, debe considerarse como pionero en América Latina, gracias a sus rigurosos y cronológicos lineamientos epidemiológicos, clínicos, de diagnóstico y su acertada orientación hacia la vigilancia epidemiológica.

- 2- Se calcula que las Américas absorben el 43,2% del consumo mundial de porotos- feijão -, seguidas de Asia (34,5%), África (18,5%), Europa (3,7%) y Oceanía (0,1%). Los países en vías de desarrollo son responsables del 86,7% del consumo mundial. Precisamente en Brasil, el consumo *per capita* de “feijão”, en la década del ‘70, era de 18,5 kg. En un año.. El poroto común, “feijoeiro” (*Phaseolus vulgaris* L.) representa la especie más cultivada.

<http://www.sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/.../Feijao/>  
**Feij.**

Los porotos, también conocidos como frijoles, poseen un alto contenido en proteínas y en fibra, siendo así mismo una fuente excelente de minerales. También cabe destacar la elevada cantidad de folatos que aporta y el contenido equilibrado en demás vitaminas del grupo B, exceptuando la B12

En Brasil se denomina «feijão» y suele ser negro (feijão preto), o blanco

[https://es.wikipedia.org/wiki/Phaseolus\\_vulgaris](https://es.wikipedia.org/wiki/Phaseolus_vulgaris)

- 3- Zancudo es el nombre popular con que suele identificarse, en algunos países americanos, al flebótomo.
- 4- Debido al predominio de la transmisión vectorial, con especial atención en el recién nacido y en niños de corta edad, en la década del ‘70 era importante detectar la primoinfección chagásica a partir del denominado “*chagoma de inoculación*”. Para ello, examinábamos minuciosamente la presencia de pequeños bultos o placas inflamatorias en el cuero cabelludo, en los párpados – complejo oftalmoganglionar de Romaña -, en las mejillas – *chagoma geniano* que dificultaba al lactante succionar el pezón de la madre! -, y en otros sectores de la piel. Algunas veces la presencia de moretones por algún supuesto golpe o caída, representaban “*chagomas hematógenos*”, testimonio de una diseminación sanguínea del parásito. Dicho en otros términos, una innegable septicemia parasitaria! Es de imaginar el tiempo que consumíamos -con el tremendo calor que también nos consumía- en el

examen clínico. Y cuántas sorpresas tras ese encomiable esfuerzo. Porque, en verdad, era vencer la adversidad social para lograr, quizás para un mañana alentador, una mejor calidad de vida. Nuestra labor estaba transitando más allá de una labor sanitaria. Recordé, entonces, la humanizadora parábola del buen samaritano. Este fascículo bíblico es uno de “...*los más famosos del Nuevo Testamento, y su influencia es tal que el significado actual de samaritano, en la cultura occidental, es el de una persona generosa y dispuesta a ofrecer ayuda a quien sea que lo requiera. El buen samaritano se convirtió en símbolo típico de la fraternidad humana y del humanitarismo*”. Pérez-Rioja, José Antonio (1971). *Diccionario de Símbolos y Mitos*. Madrid: Editorial Tecnos. p. 379. ISBN 84-309-4535-0

Años más tarde, en regiones endémicas de infección chagásica, aprendí a reconocer un importante signo retrospectivo del chagoma periorbitario: el “*ojo ñeque*”. Observando detenidamente al paciente de perfil, se alcanzaba a percibir una leve retracción del globo ocular donde se desarrolló el chagoma ocular. Este pequeño hundimiento residual del órgano de la visión -enofalmía- se debería a la fusión del tejido adiposo retro-bulbo-oftálmico por acción directa del parásito o bien sus productos deletéreos.

- 5- Gota gruesa. Simple aunque original método utilizado para el rescate de tripanosomas circulantes. Consiste en friccionar giratoriamente una gota de sangre venosa depositada sobre un portaobjeto y luego colorearlo por el método de Giemsa. La gota impregnada del colorante queda así concentrada, haciendo posible identificar al parásito inmerso en el retazo de tejido sanguíneo.
- 6- Forma indeterminada de infección chagásica. Difícil en su identificación. Representa una forma de infección que, salvo la presencia del parásito en el organismo testimoniado a través de los marcadores serológicos y la PCR (reacción de la polimerasa específica positiva), el examen clínico e imagenológico no permite evidenciar lesión orgánica aparente o visible. Como bien expresa

la Dra. Karina Ramos, docente de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, en su interesante trabajo acerca de: “*El Paciente Chagásico en Zona Urbana (II): Chagas Indeterminado*” (1994-2005), es importante distinguir un individuo infectado sano de aquel infectado enfermo. En principio creo oportuno adoptar este raciocinio. Si un sujeto presenta un mínimo de dos reacciones serológicas – sensibles y específicas – positivas, convalidadas por una PCR (reacción de la cadena de polimerasa) positiva, cabe aceptar que presenta parásitos “*amastigotes*” alojados en los microscópicos nidos de sus monocitos tisulares. Si tal presencia se acompaña de reacción inflamatoria y destrucción de células específicas (corazón, intestino, sistema nervioso, etc.) el sujeto parasitado manifestará, conforme a la extensión del daño una disfunción o, bien, una enfermedad manifiesta. En el primer caso puede que esta pase desapercibida y el individuo seguirá asintomático (*forma indeterminada de infección*). Pero si existe lesión orgánica manifiesta el resultado será, entre las principales localizaciones, una miocardiopatía o una megaviscera (*infección - enfermedad*). En consecuencia, la forma indeterminada representa a un infectado *no evolutivo*. A partir de entonces todo estará en manos del incierto azar.

Así fue como, en principio, la Profesora Vanize se adelantó en el tiempo y al proponer la vigilancia epidemiológica de los infectados durante los primeros cinco años de su proyecto Sao Felipe, comenzaría a rastrear el *comportamiento evolutivo* de esta constelación de hechos que particulariza a la infección chagásica en la naturaleza.

- 7- Barbeiro. Nombre utilizado para identificar en Brasil al peluquero rasurador de la barba. Por analogía se bautizó con este nombre a esta vil cucarachita! debido a su hábito de picar la cara durante las horas de reposo nocturno, provocando el conocido ojo en compota – *complejo oftalmoganglionar de Romana* – ma-

nifestación indicadora de primo infección chagásica en áreas endémicas.

8- Morro. Palabra que tiene varias acepciones: hocico de animal; expresión familiar de cara o labios; monte. También expresa una pequeña colina o meseta.

9- Flebótomo; Insecto alado similar al mosquito. De aspecto velludo con una longitud aproximada de 2,5 mm. Su color es gris amarillento o amarillo pálido; las antenas largas y delgadas, la probóscide o trompa es más larga que la cabeza. Sólo las hembras se alimentan de sangre mientras que los machos se proveen del néctar de las flores. Las hembras producen cientos de huevos al cabo de haber ingerido sangre. Los huevos son depositados en lugares sombreados y húmedos, por ejemplo debajo de troncos caídos o material biológico en descomposición. Su hábitat son las zonas forestales, aunque pueden adaptarse a ambientes modificados, incluyendo áreas peridomiciliares. Este flebotomíno es de hábitos alimentarios nocturnos, y su principal actividad se observa en la primera mitad de la noche. En Centroamérica se conocen popularmente como papalotillas (del náhuatl papalotl, que significa mariposa), en Sudamérica también se conocen como chitre, palomilla, manta blanca (Perú), quemador, pringador, jején, titira (Perú). En la jerga popular americana sue1mo 0.1(das5 Tw 01.

- 10- Si bien los reservorios naturales del parásito de la leishmaniasis visceral eran fundamentalmente los perros y el pequeño zorro silvestre conocido como “*raposa*”, el lomo de los cerdos ofrecía un cómodo plano de apoyo para la captura de flebótomos quienes concentraban su hábitat en los lugares ya descritos.
- 11- *Dermatitis leishmaniásica o kalasariana*. En el espesor de la piel tonsurada (depapilada, exudante y con placas costrosas) existen numerosos parásitos ofreciéndole al mosquito una amplia pista de fácil succión y segura infección.
- 12- Leónidas de Mello Deane fue uno de los más distinguidos parasitólogos brasileños. En la década del '50 realizó un estudio magno sobre la leishmaniasis visceral en el Estado de Ceará, en el NO de Brasil. Allí precisó la magnitud y participación de los reservorios y transmisores de la enfermedad. Leónidas era de contextura baja, padecía un defecto en su cadera que lo obligaba a caminar con leve cojera. Quizás ese defecto lo tornaba algo introvertido. Era un hombre simple, afable, incansable trabajador de terreno, profundo en sus búsquedas, severo en sus conclusiones, razón por la cual sus trabajos eran considerados de relevancia internacional. Siempre estaba acompañado en sus investigaciones epidemiológicas por su esposa, la Profesora. Dona María Deane, parasitóloga de renombre, excelente y severa como profesora aunque muy justa con sus alumnos. Tuve el honor de ser becario de posgrado de ambos y, años más tarde, distinguido con una larga amistad que se prolongó luego que, ya retirados, se radicaran definitivamente en Lisboa, Portugal. Mantengo un grato recuerdo de ambos
- 13- El profesional médico que desconozca el perfil clínico y hematológico de la leishmaniasis visceral, puede confundir esta enfermedad parasitaria con una enfermedad hematológica -leucemia- o con un linfoma. Coincidentemente suele ser el estudio de la celularidad de la médula ósea la que permite acertar el diagnóstico. Un simple extendido de este tejido, coloreado por el método de Giemsa, permite descubrir formas parasitarias

-*amastigotes*- dentro de los macrófagos. Es habitual que la enfermedad inicie con fiebre prolongada que, debido a su persistencia como fenómeno aislado, sea considerada como de origen desconocido e incluso de causa maligna. Poco a poco el paciente comienza a sentir cansancio, asociado a la anemia, leucopenia y plaquetopenia. En los niños puede debutar con diarrea o con un inexplicable proceso respiratorio. Existe adelgazamiento que puede llegar a la caquexia, caída del cabello y del vello axilar y pubiano. El abdomen comienza a crecer debido al agrandamiento del hígado y del bazo. Suelen observarse fenómenos de discrasia sanguíneos: petequias en la piel, gingivorragias, epístaxis. A medida que la enfermedad progresa el enfermo desmejora, la desnutrición proteino calórica se acentúa, aparecen edemas en las piernas. Existe hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia.

- 14- En el marco evolutivo de esta grave "*trematodiasis*", el hígado representaría un "amamantador" u órgano de crianza de las larvas y jóvenes "*esquistosómulo*", los cuales van madurando en su paso por el hígado hasta transformarse en vermes adultos y fijarse, definitivamente, en los plexos mesentéricos del huésped. Aquí las hembras, ya adultas, comenzarán a producir huevos, provistos de un dañino espolón lateral. Éstos, atravesando las paredes del intestino grueso serán expulsados al exterior con la materia fecal. En cada expulsión los huevos, con sus dañinas espinas, van rasgando las vestiduras del recto de la resignada víctima.
- 15- El hígado de la esquistosomiasis, a diferencia de la leishmaniasis visceral o Kala-Azar americano, es irregular y retraído debido a los múltiples cordones fibrosos que presenta. Por tal motivo se achica, poco a poco, con el correr evolutivo. Comparando lo que sucede en la cirrosis anatómico-clínica clásica, donde el hígado empequeñece pero se mantiene con su forma original, en la esquistosomiasis las graves cicatrices también achican el órgano pero lo deforman groseramente, transformándolo en una masa dura y deforme. Esta modalidad de fibrosis ha recibido el nombre de *fibrosis de Symmer*.

- 16- [www.news-medical.net/health/What-is-Schistosomiasis.aspx](http://www.news-medical.net/health/What-is-Schistosomiasis.aspx)
- 17- La palabra “Pelourinho” significa picota en español. Se halla ubicado en el denominado Centro Histórico de Salvador. En el año 1985 fue nominado por la UNESCO como Patrimonio de la Humanidad. La fuerte influencia jesuítica y portuguesa se percibe a través de la magnificencia de sus tres iglesias: la Catedral de Salvador, construida por estos religiosos durante la segunda mitad del siglo XVII, con arquitectura y decoración “*manierista*” (18); el Convento de San Francisco, construido por franciscanos durante la primera mitad del siglo XVIII, de estilo barroco, y la iglesia de Nuestro Señor de Bonfim, de estilo rococó donde la imagen del Señor de Bonfim es la más venerada en Brasil y cuya fiesta en Bahía constituye el acontecimiento más importante después del carnaval.
- 18- Representa un movimiento artístico que se inicia en Italia en la tercera década del siglo XVI, y que parece haber influido en las últimas obras de Miguel Ángel y de Rafael. Deja atrás el rigorismo y la belleza clásicos: proporciones, armonía, serenidad y equilibrio. El manierismo es subjetivo, inestable. Los artistas se dejan llevar por sus gustos, alejándose de lo verosímil, de la línea perfecta, tendiendo a la irrealidad y a la abstracción.
- [www.artespana.com/manierismo.htm](http://www.artespana.com/manierismo.htm)



Fig.: 19.1.y 19.1.1. Ejemplares de zancudos (*Lutzomya longipalpis*) transmisores de leishmania visceral (*Leishmania donovani chagasi*)



Fig.: 19.2. y 19.2.1. Perro emaciado, con lesiones extendidas en cabeza, orejas y tren posterior. La forma visceral de leishmaniasis en esta especie simula una vulgar sarna.

También suelen verse nódulos y úlceras en hocico y piel.  
(Gentileza de los Dres. Tomás Orduna y Daniel Salomón)



Fig.: 19.3. Crecimiento y deformación de las pezuñas en un can infectado



Fig.:19.4.Niña con Kala-Azar avanzado con enorme hepato-esplenomegalia. Fue mi primer paciente!



19.5. Niña con enorme bazo. La palpación del abdomen permitió graficar la escotadura (Archivo en colaboración con los Dres. Tomás Orduna y Daniel Salomón)

Fig.19.6. Cadáver mostrando la escotadura sobre la cual tanto insistía el maestro Alizio Prata



Fig.: 19.7. Dermatitis cercariana. Sitios por donde penetró la larva (furcocercaria)



Fig.: 19.8. Abdomen abultado con hepato y esplenomegalia. Etapa avanzada de esquistosomiasis



Fig.: 19.9.Etapa avanzada de la enfermedad.  
Mientras que el bazo está muy agrandado el hígado  
queda deformado y retraído debido a la intensa fibrosis  
(Gentileza de mi maestro Prof. Aluizio Prata)



# Índice

Prólogo.....	13
--------------	----

## Capítulo I

Una difícil asignatura.....	15
-----------------------------	----

## Capítulo II

Finalmente el examen.....	27
---------------------------	----

## Capítulo III

Médico de Guardia del Hospital Muñiz .....	35
--	----

## Capítulo IV

Todavía quedaba mucho por aprender y un largo camino para recorrer.....	53
--	----

## Capítulo V

Cilindros rugientes y escalofrantes .....	65
---	----

## Capítulo VI

El posgrado inmediato .....	77
-----------------------------	----

## Capítulo VII

Consolidando mi formación académica. Frente a frente con la viruela y la lepra .....	87
---	----

## Capítulo VIII

Médico Tisiólogo Universitario. Un paciente complejo. La lectura de una enfermedad a través de una larga fila de celuloide .....	113
--	-----

## Capítulo IX

Mi breve aunque emotivo paso por la prestigiosa escuela de Raúl Vaccarezza .....	125
---	-----

<b>Capítulo X</b>	
El imponente y silencioso pabellón de vidrios azules.....	141
<b>Capítulo XI</b>	
Una propuesta inesperada.....	151
<b>Capítulo XII</b>	
Explorando la naturaleza. Mis trabajos de campo.....	169
<b>Capítulo XIII</b>	
En la selva misionera con la histórica etnia guaraní .....	195
<b>Capítulo XIV</b>	
Pobreza y enfermedad... desde la lejana anécdota .....	217
<b>Capítulo XV</b>	
El temerario mundo de los animales peligrosos.....	223
<b>Capítulo XVI</b>	
Dos patologías sombrías: la gangrena gaseosa y la fascitis necrotizante .....	273
<b>Capítulo XVII</b>	
Tétanos, una enfermedad con historia telúrica.....	295
<b>Capítulo XVIII</b>	
El burro Martín.....	311
<b>Capítulo XIX</b>	
Jacobina...Caatinga do Moura...bajo el sol ardiente .....	321



LIBRO EDITADO POR



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA