

Capítulo VIII

Enfermedad de Chagas-Mazza

Esta endemia toma carta de ciudadanía en Sudamérica mucho después de la conquista española, aunque varios siglos antes ya se había asentado en la zona. Dadas sus silentes características sintomatológicas, en el mayor número de los casos, es probable que haya confundido a los médicos y pasado inadvertida. Existe un triángulo formado por tres componentes que favorecen su persistencia y eclosión: el vector, la vivienda y la pobreza.

El vector es un triatoma que en Argentina es conocido bajo la denominación de *vinchuca*, que en idioma quechua significa “dejarse caer” o “vuelo planeado”. El nombre asignado varía según el folclore nativo de cada región: *chinche gaucha* o *chirimacha*, en Perú; *barbeiro*, en Brasil; y *chinche besucona*, en Centro América y México. También se lo llama *chincha*, *chipo* y *benchuca*, entre otros nombres regionales.

Estos triatomas, que actuaron como vectores a través de miles de años (se calcula que el acercamiento al hombre se produjo hace entre 2.000 y 2.500), sufrieron una gran transformación por la que dejaron de ser insectos fitófagos para convertirse en hematófagos.

El agente etiológico de la enfermedad es el *Tripanosoma cruzi*, que tuvo una “convivencia pacífica”, sin compromiso de afección o de muerte humana, con las especies silvestres de mamíferos. Poco a poco, siguiendo la ruta de las vinchucas, invadió el territorio nacional. Hace medio siglo, aunque no se sabía a qué especie correspondían, se las veía en San Pedro (provincia de Buenos Aires) entrar y salir del plumaje de los pichones de palomas en sus nidos. Con seguridad que, si eran de la especie *cruzi*, en esa época y en ese lugar no portaban triatomas en su tubo digestivo. Hoy no estaríamos tan confiados.

Por otra parte, la presencia de la enfermedad en el desierto chileno se ha verificado en momias mediante dataciones con Carbono 14 (C_{14}), en un lapso que se extiende entre 1.500 y 2.500 años atrás.

Como ya se ha mencionado, la vivienda es otro de los vértices que forman el aludido triángulo de los componentes que podrían explicar la permanencia de la enfermedad. Las viviendas humanas tienen las características de los lugares en donde están situadas: mientras que en el medio de un bosque pueden construirse con troncos de árboles, en cambio en el Polo Norte se las puede hacer con bloques de hielo, como ocurre con el iglú. En las zonas de planicies, como las que se encuentran en Argentina, los habitantes tienen a mano barro y pastos duros, a partir de cuya mezcla obtienen el adobe, material que da origen a la

construcción del característico rancho argentino. Habitualmente, a este tipo de construcción se la revoca con barro, material que al poco tiempo se agrieta y le otorga todos los beneficios posibles a las vinchucas para su desarrollo: grietas y oscuridad (porque habitualmente las ventanas de esas habitaciones son pequeñas). Además de los animales domésticos preferidos como reservorios –el perro y el gato–, otros de los mamíferos apetecibles por su sangre para la vinchuca son los roedores, que forman parte del entorno del hábitat del hombre y que se alojan en pilas de leñas, graneros, etc. Pero además, tanto los techos de las viviendas como los de los gallineros aledaños son construidos con paja, la que se convierte en un atractivo albergue para ellas. Como se puede observar a través de las características descritas, las vinchucas, en su etología, sufrió una suerte de socialización, a través de la cual gradualmente han pasado a formar parte del hábitat humano.

Los huevos de las vinchucas no están parasitados. Sufre cinco mudas hasta convertirse en un ejemplar adulto, y su promedio de vida es de 15 meses. Habitualmente, no se hospedan en viviendas que no se ajustan a las descritas, aunque en el último tiempo se sospecha que pueden habitar en casas de ladrillos revocados, alojándose en armarios y zonas oscuras.

De la importancia que tienen las zonas aledañas de las casas para su propagación, tenemos referencia por un trabajo de Bar *et al.*¹, realizado en el Norte de la provincia de Corrientes: “Las estructuras peridomésticas incluyeron gallineros, corrales de patos, cerdos, vacunos, etc., las cuales estaban construidas con cercos de cañas o ramas de especies nativas, restos de chapas de cartón u otros materiales de desechos. La infestación del peridomicilio por *T. sordida* [Nota del autor: otra especie de triatoma] fue 4.0% (1/25) en Berón de Astrada y 3.0 en Mburucuyá. En Berón de Astrada, en un nidal de ave construido con caña, se capturaron una hembra y 58 huevos, y en un gallinero de Mburucuyá se detectaron 19 ninfas, de las cuales 18 eran de quinto estadio y una de primero. Tanto la hembra como las ninfas resultaron negativas para el *T. cruzi*. Los peridomicilios que resultaron infestados estaban localizados en las siguientes coordenadas: 27° 22’S - 57° 39’ W (Berón de Astrada) y 27° 56’ S - 58° 00’ W (Mburucuyá)”. En 157 personas investigadas en Berón de Astrada, la seroprevalencia para la enfermedad fue de 14,3%, según el trabajo de los autores citados.”

Fue Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas (1879-1934), médico brasileño que recibió su título habilitante en 1903 y que investigaba en el Instituto de Manginhos de Río de Janeiro, quien comisionado por Oswaldo Cruz para estudiar el paludismo en la localidad de Lassance, Minas Gerais, en 1909, “observó una importante infestación domiciliaria con *Panstrongylus megistus*, insecto hematófago que se alimentaba tanto de seres humanos como de animales domésticos. En el intestino de estos insectos detectó un parásito flagelado y supuso que este

podiera ser un estadio intermediario de un parásito de mamíferos, por lo que envió a su instituto, algunos insectos que allí fueron colocados sobre un mono para que se alimentaran. Este mono, pocos días después, presentaba en circulación un parásito flagelado de la familia *Trypanosomatidae*, pero estos tripanosomas eran distintos a los conocidos hasta ese momento. Chagas lo denominó *Trypanosoma cruzi*, en honor a Oswaldo Cruz”.²

Basso, Basso y Bibiloni,³ difieren ligeramente con esta historia al expresar que “Chagas conoció un insecto hematófago con hábitos domiciliarios, de la familia Triatominae, el *Pastrongylus megistus*, en cuyo intestino posterior descubrió la presencia de *Crithidias* que, merced a sus conocimientos de biología, pudo identificar como formas evolutivas de un tripanosoma. Ante la presunción de que pudiera tratarse de un agente patógeno para el hombre, le envió al doctor Cruz algunos ejemplares que albergaban estos flagelados. Este investigador consiguió infectar por picadura de estos insectos a un mono del género *Callitrix*; alrededor de tres semanas después encontró en la sangre de este animal abundantes tripanosomas que se diferenciaban morfológicamente de todas las especies conocidas. A continuación lograron infectar por inoculación distintos animales de laboratorio. En homenaje a su maestro, Chagas designó a este flagelado *Trypanosoma cruzi*. Siguen las investigaciones y encuentra en los exámenes histológicos de animales infectados experimentalmente, formas intracelulares de multiplicación de un protozooario atribuidas al tripanosoma descubierto, por lo cual le parece justificado crear para este flagelado un nuevo género; cambiándole la denominación anterior por la de *Schizotrypanum cruzi*”. Huelga comentar que el protagonismo de Oswaldo Cruz tuvo otra faceta: Serpa⁴ lo llamó “el Pasteur de Brasil, vencedor de la fiebre amarilla”.

Pero no fue sencillo. “La tripanosomiasis afectaba a individuos en zonas de bocio endémico y esta concomitancia confundió a Chagas –dicen Storino y Milei⁵–, quien interpretó erróneamente una ‘tiroiditis parasitaria’ que repercutió desfavorablemente en las investigaciones posteriores.

“Luego de haber iniciado las investigaciones científicas de esta enfermedad, sobrevino la etapa de difusión en los demás países americanos en donde los triatominos habitaban amplias zonas rurales. Esta resonancia alcanzó rápidamente la República Argentina, donde Maggio y Rosenbusch, en 1914, estaban estudiando el contenido intestinal de vinchucas domiciliarias parasitadas por el *T. cruzi* aunque no habían podido descubrir enfermos.

“En 1916, Kraus* y Rosenbusch indicaron la falta de relación que existía entre el bocio endémico y la tripanosomiasis cruzi”.

Aunque no todas portan tripanosomas, son varias las especies de este triatoma. Entre las no nombradas con anterioridad se encuentran: *T. platenses*, *T. rosenbuschi*, *T. oswaldi*, *T. neiva*, *T. stal*, *T. bruchi*, *T. rubrovaria*, *T. circummalata* y *T. dimidiata*.

Prevalencia del Chagas en Argentina

Dicen Rosenbaum, Vallaza y Ferrari⁶ que: “En la Argentina 4.200.000 personas viven en áreas endémicas y, por ende, se hallan expuestas al riesgo de adquirir la enfermedad, más de 1.200.000 se encuentran infectadas y 220.000 padecen una miocardiopatía chagásica crónica. En estudios de cohortes de ciudadanos de 18 años que iban a incorporarse al servicio militar la prevalencia de la infección fue del 5,8% en 1981 y en las provincias endémicas llegó al 30%. La incidencia estimada en nuestro país es de 64.000 casos nuevos por año”. La migración interna, fenómeno clásico en la Argentina que se acentuó en el primer gobierno de Juan Domingo Perón y nunca más cesó, favoreció la dispersión de la endemia.

La fuente señalada asegura que como consecuencia de las migraciones internas actualmente viven 200.000 individuos serológicamente positivos para la enfermedad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La dispersión de los triatomas llega hasta el paralelo 45° de latitud Sur, en la provincia de Chubut, donde conviven el *Triatoma patagónico* junto con el *T. infestans*, que es el más común en nuestro país (lo sigue el *T. megista*). Obviamente, no todos los triatomas portan la tripanosomiasis. La conjunción establecida es: hombre portador más vector igual a dispersión del Chagas.

Las claves de la enfermedad habían sido descifradas como también las circunstancias de que en nuestro país era la endemia más importante, porque el número de los pacientes seropositivos alcanzaba cifras cercanas a los tres millones de personas, en algunos momentos el 10% de la población total. Algo ensombrecía aún más el tema: los lugareños afectados no reconocían la sintomatología propia del cuadro agudo de la afección –lo que por cierto es tarea de un médico– que se caracteriza por la presencia del chagoma de inoculación en los niños y por manifestaciones febriles y multiorgánicas⁷ (hepato y esplenomegalia linfadenopáticas, miocarditis y meningoencefalitis), con un único correlato final: la insuficiencia cardíaca y la muerte súbita (la característica “repentina” que segaba muchas vidas). Cabe destacar que la frecuente presencia del chagoma (“ojo en compota”) en los niños está relacionada con el hecho de que la piel y las mucosas de su rostro son finas y, por lo tanto, permeables a ser penetrada por los parásitos presentes en los excrementos de las

vinchucas. Las picaduras en la cara de los niños se producen sobre todo durante el sueño, momento en que las vinchucas pican atraídas por el aire caliente y la concentración de anhídrido carbónico expirado.

El 75% de los infestados jamás presenta manifestaciones clínicas, mientras que el resto cursa la enfermedad con cardiopatías o afecciones crónicas del aparato digestivo (acalasia) o del sistema nervioso. Storino y Miles⁵ han calculado que en Argentina la mortalidad anual por enfermedad de Chagas es de entre cinco y seis mil personas. Con respecto al conocimiento de la prevalencia de la enfermedad en la población infectada, una encuesta realizada en el Hospital Santojanni a 76 pacientes seropositivos reveló que el 95% desconocía las cifras mencionadas, lo que a criterio de quienes analizaron los resultados del relevamiento es producto de una desinformación general que no está vinculada al analfabetismo, ya que sólo seis pacientes eran analfabetos.⁸

La prevalencia de la endemia se incrementa por la presencia del Chagas congénito, calculado en 0,5 neonatos seropositivos por cada mil nacidos vivos, cifra que se cuadruplicó en la última década, según la información publicada en 2007 por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

El aumento de la población rural, que ocurrió durante la inmigración masiva (1830-1930), con sus precarios asentamientos que hemos mencionado, fue otorgándole una identidad que hasta ese momento no tenía, y motivó que un cúmulo importante de investigadores –entre los que se destacó Salvador Mazza*– se ocuparan del tema en nuestro país.

Gorodner *et al.*⁹ distinguen zonas de baja, mediana y alta prevalencia de la enfermedad: “En la primera debe considerarse la casi totalidad de la provincia de Buenos Aires, Capital Federal, centro-sur de Córdoba y Santa Fe, la Mesopotamia y algunos núcleos urbanos. En los de mediana endemicidad deben incluirse áreas urbanas y periurbanas de buen nivel de producción agropecuaria e industrial: Alto Valle del Río Negro, Norte de La Pampa, Sur de Mendoza, Sur de San Luis, Norte de Neuquén. La alta endemicidad se presenta en áreas rurales con producción de límites de subsistencia y zonas rurales y periurbanas de bajo nivel socio-cultural. Estímase para este área una superficie de 1.265.000 km², con una población de 6.000.000 de habitantes”.

Los datos expuestos no sólo no son estáticos, sino que además sufren el impacto de una variable que los potencia y que constituye el tercer componente del triángulo ya referido: la pobreza, situación que por desgracia es endémica en Sudamérica y que genera hacinamiento, promiscuidad, hambre y falta de higiene en la población. Incluso, otro factor importante que incrementa la enfermedad es el déficit educacional, por el cual las personas minimizan las

reglas de protección adecuada contra los triatomas, que son la parte visible del proceso de contagio.

En 1995, la doctora Elsa Segura, directora del Instituto Nacional del Chagas “Fátala Chabén”, así declaraba a la prensa¹⁰: “Los trabajos se concretan en las regiones más castigadas: las provincias del Chaco, Santiago del Estero, San Luis y parte de La Rioja. ‘La vinchuca aparece mucho en pueblitos rurales muy pequeños que no superan las 100 casas’ [...] Nosotros creemos que en los meses cálidos cada vivienda puede llegar a albergar unas 2.000 vinchucas. En zonas no tratadas encontramos que una de cada tres vinchucas que vive en los dormitorios lleva en su cuerpo el *Tripanosoma cruzi*. No es para nada extraño que en una casa donde viven siete perros y cinco personas, todas las mascotas estén infectadas, mientras que solo dos personas contengan el parásito. Esto es una muestra de la resistencia natural de algunos seres humanos al *Tripanosoma cruzi*. Lamentablemente, la desnutrición en algunas zonas es un factor que favorece el desarrollo de la enfermedad”.

En ese mismo informe, la Dra. Segura decía que, gracias a los trabajos de prevención, de 20.000 casos anuales que se detectaban se había descendido a no más de 3.500. Consideraba que, en el total de la población, el número de infectados oscilaba entre un 7 y un 8%. En el conurbano bonaerense se calculaba que ese número era de 700.000, generalmente inmigrantes de otras provincias donde contrajeron el mal.

La invalorable contribución de Mazza

El primer caso humano de enfermedad de Chagas descrito en el país tuvo lugar en Monteros (provincia de Tucumán) en 1925, y fue realizado por Dios, Zuccarini y Oyarzábal en un niño procedente de Catamarca. Otro caso parece haber sido el de Mazza, quien además descubrió la infección chagásica en los perros. Otros investigadores históricos asignan a este último, en 1924, el hallazgo del primero de los enfermos donde se detecta la afección. Esos datos variaron en las distintas naciones americanas, ya que en Brasil fue en 1907, en San Salvador en 1913, en Venezuela y en Perú en 1919 y en Panamá en 1931.

Respecto a la prevalencia de la enfermedad en la provincia de Santiago del Estero, Mazza publicó en 1940 que la morbilidad infantil era de 41,25%, mientras que la mortalidad, calculada sobre la base de 290 casos, era de 5,8%, cifra que en la misma jurisdicción llegaba al 30% en niños de primera infancia.

Salvador Mazza, junto con el científico francés Charles Nicolle y otros colaboradores, llegaron en 1925 a la provincia de Jujuy, donde fueron recibidos por el gobernador Benjamín

Villafañe y el entonces director del Consejo de Higiene local, Dr. Ricardo Alvarado. Habían viajado para estudiar sobre leishmanias y microfilarias. En aquella oportunidad, Nicolle se dirigió a Mazza y le insinuó que fundara allí un instituto de investigación alejado de las intrigas de la metrópoli. El ejemplo de Paterson*, primer malariólogo¹¹ argentino, era clave para esta tarea.

Al año siguiente, con el apoyo de la fuerza incontenible de José Arce*, quien presentó el proyecto ante el Honorable Consejo Universitario el 26 de febrero de 1926, se creó la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA), institución que sirvió para descentralizar las investigaciones que habitualmente se efectuaban en Buenos Aires. Posteriormente, pasaría a formar parte de la Universidad Nacional de Jujuy y en ella funcionaría su Rectorado. El 1° de enero de 1929, se habilitó el edificio levantado por el Ministerio de Obras Públicas de la Nación en un terreno de dos hectáreas, supervisado por la Dirección Nacional de Arquitectura.

Entre 1926 y 1929, la MEPRA dependió del Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital Nacional de Clínicas, que se hallaba bajo la dirección de Arce, quien apoyó económicamente a Mazza una vez que fue designado director de la Misión. No fue defraudado: Mazza trabajó incansablemente, enriqueció la biblioteca especializada, dictó cursos (nueve anuales) y capacitó a los médicos en las patologías regionales, las de la “Argentina profunda”, como la denominaba Ramón Carrillo.

Su actividad no terminó allí. Para poder llegar a las regiones más apartadas de la geografía argentina, tuvo la idea de gestionar un vagón de ferrocarril que utilizaría como vivienda, laboratorio y bioterio. Los talleres del Ferrocarril de Estado de Tafí Viejo (provincia de Tucumán) satisficieron el pedido con un vagón de trocha angosta al que se lo bautizó como “E-600”.

El 26 de junio de 1946, ante un pedido de Mazza, la MEPRA es trasladada a la Capital Federal. La lejanía y ciertos desacordes en la relación con sus colaboradores, tal vez derivados de un carácter difícil del director, apuraron el regreso. Sierra e Iglesias¹² dicen sobre este evento: “El equipo y materiales ocuparon siete vagones del ferrocarril. Mazza, un día antes de la partida le escribía al Dr. Andrés Cornejo*, uno de los galenos que colaboraron con la institución desde la provincia de Salta, y le decía: ‘Creo que no asistiré, en el resto de mi vida, a tarea más pavorosa y magna que la de esta traslación, que me ha resultado fantástica, y que todavía me tiene ocupado después de seis meses de iniciada’ ”. Los autores además subrayan los logros de Mazza al frente de la MEPRA: “Cabe destacar los hallazgos de kala azar infantil, las infecciones espontáneas del perro, armadillo y comadreja por el *Schizotrypanum cruzi*, la

filariasis en perros y quirquinchos del septentrión del país y las hemogregarinas en iguanas y tortugas.

“Analizó los flebótomos transmisores de la leishmaniasis. Constató: formas cutáneas de leishmaniasis cutáneo mucosa en perros y caballos, anquilostomiasis en indígenas nortños, enfermedades regionales como el paaj provocado por el quebracho y micosis desconocidas en el norte del país.

“Retomó los estudios de Carlos Chagas sobre esquizotripanosis y descubrió reservorios domésticos y silvestres del *S. cruzi* (ignorados hasta ese momento por la ciencia), así como nuevos signos de la enfermedad y la extensión que la endemia adquiriría en la Argentina.

“Auxilió en la extirpación de plagas agrícolas como las ratas de los cañaverales. Estudió el folclore médico y las plantas medicinales indígenas y la brucelosis en Tucumán, Catamarca y Salta. Verificó la fiebre amarilla en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) e incorporó a la medicación antipalúdica, la Atebrina, la Plasmoquina y los alcaloides del quebracho blanco. Usó para el tratamiento de la leishmaniasis tegumentaria americana, la Fuadina, el Yetrén 105 endovenoso, la Antiomalina y el Repodral; además, para la enfermedad de Chagas, utilizó los medicamentos 7602 (Ac) y el 9736 (As) *Bayer* y el 3024 ICI de origen inglés”.

Al trasladar la MEPRA a Buenos Aires, Mazza regresaba a su ciudad natal con una producción de casi 600 trabajos científicos sobre patología regional argentina y de los países limítrofes. Entre sus colaboradores se encontraban, además del nombrado Cornejo, los doctores Niño, Arias, Jörg* y muchos otros destacados profesionales.

La capacidad de trabajo de este investigador queda patentizada por esta breve referencia curricular. En 1902 ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Entre sus condiscípulos estaban Emilio Ravignani, Justo Pascali, Manuel Celesia, Manuel Ruíz Moreno, Atilio Pessagno, Francisco C. Rosenbusch, Pablo Barlaro, Pedro B. Aquino, Miguel A. Martínez Gálvez.¹³ Integró el Centro de Estudiantes de Medicina y se embarcó en 1907 –siendo aún estudiante– en el transporte de guerra *1º de Mayo*, en calidad de cirujano de segunda, en un viaje a Ushuaia y las Islas de los Estados. Entre 1903 y 1910 fue ayudante de la cátedra de Epidemiología de José Penna, inspector Sanitario de la Municipalidad de Rauch, ayudante por concurso del laboratorio de Fisiología de la Facultad a cargo de Horacio Piñero y bacteriólogo del Departamento Nacional de Higiene donde era jefe Rudolph Kraus. Se graduó en 1910 y con este último estudió y logró una vacuna antitífica de dosis única. En 1911 presentó su tesis de doctorado titulada *Formas nerviosas y cutáneas de aracnoidismo*, la que dedicó como homenaje a De Veyga, Penna y Semprun. En 1912 fue designado jefe del Laboratorio de la Isla Martín García, con la misión de efectuar la profilaxis

del cólera, y delegado por el Círculo Médico al VIII Congreso de Medicina Tropical, que tuvo lugar en Nueva Orleans (Estados Unidos). En 1913, inició su adscripción a la cátedra de Bacteriología de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

En 1915 dejó de colaborar con Kraus e ingresó a la Sanidad Militar en calidad de Jefe de la Sección Bacteriológica del Hospital Militar Central. No había finalizado la Primera Guerra Mundial cuando el Ejército lo designó, en 1916, para realizar estudios sobre enfermedades infecciosas en Alemania, Austria y Hungría.

Se retiró del Ejército con el grado de capitán médico en 1920, y fue nombrado, por concurso, director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas, mientras continuó desempeñándose como profesor Suplente de la cátedra de Bacteriología. Son años productivos de intercambio cultural con Atilio Tiscornia, Flavio L. Niño, Manuel Balado, Juan Carlos Ahumada, Ernesto V. Merlo, Adolfo Landívar y muchos otros.

Luego de dos años de licencia en la cátedra se retiró por no haber sido elegido profesor Titular de Microbiología y, el 22 de agosto de 1922, renunció a la dirección del Laboratorio del Hospital de Clínicas. Al año siguiente viajó a Europa (Francia, Italia y Suiza) donde permaneció dos años y recibió diversas distinciones. Aprovechó para acrecentar sus experiencias en Argelia y Túnez. Mientras tanto siguió publicando.^{14, 15}

Mazza fundó filiales de la MEPRA en distintas regiones del país (Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero), que se identificaban con la sigla SAPRN (Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte). Se convirtió en un infatigable viajero: realizó exploraciones sanitarias que se extendieron desde Cerro Zapaleri (Jujuy) a Puerto Irigoyen (Misiones) y desde Tupiza (Bolivia) a Río Mayo (Chubut). Orilló el Matto Grosso, la Amazonia y más de una vez durmió con los indígenas.¹⁶

Existe una interesante referencia de quien fuera el único médico presidente de la Nación: el Dr. Arturo Humberto Illia. En 1930, refería que Mazza arribó con su vagón al Hospital Ferroviario de Cruz del Eje, donde él tenía su consultorio y residía, buscó vinchucas en los alrededores y le mostró la presencia de los tripanosomas en esos insectos. Salvador Mazza fue haciendo cátedra con sus conocimientos, fue un docente nato y difundió los estudios sobre la mayor endemia de la Argentina.

Jörg¹⁷ atribuye a Mazza, de quien fue discípulo, el descubrimiento de la leishmaniasis visceral (Kala azar) en la Argentina en un trabajo que publicó en 1977. Un preparado roto sobre el hallazgo originó dudas sobre esa presentación; Jörg se encargó de mejorar la pieza y dio lugar a la publicación referida. Debemos señalar en un justo recuerdo todo lo que significó la figura de Jörg para Mazza. Este investigador, que siguió trabajando en Mar del Plata (provincia de

Buenos Aires) hasta avanzada edad, fue comisionado para entrevistarse con Alexander Fleming y conseguir cepas de *Penicillium notatum*. A partir de éstas, en la MEPRA se consiguió preparar penicilina de alta pureza. Más tarde Mazza intentó infructuosamente interesar al rector de la Universidad de Buenos Aires para obtener el permiso para prepararla en el país.¹⁸

A Jörg también se le debe haber descubierto el contagio sexual de la enfermedad de Chagas, puesto que descubrió la presencia de tripanosomas en la sangre menstrual. Así también comprobó que la chinche de cama también podía transmitir la enfermedad.

Mazza se radicó definitivamente en Jujuy en 1930. El instituto de la MEPRA disponía de tres laboratorios, un pequeño consultorio, una mesa de autopsia para animales y un bioterio, además de todo un moderno instrumental. La completa biblioteca, surcada de anaqueles, cubría 50 metros cuadrados. Para observar la evolución del mal, se criaron 50 animales silvestres para experimentación (incluyendo serpientes, tapires y yacarés). Un museo con 30 vitrinas panópticas de origen alemán completaban la dotación.

Los resultados de las investigaciones se publicaron en 14 volúmenes supervisados por Mazza, con sus más de 500 trabajos y los de sus colaboradores, constituyendo una de las grandes realizaciones de la Universidad de Buenos Aires.

Tenía solamente 60 años de edad cuando murió súbitamente en Monterrey (México). Años después, Lausi¹⁹ analizó sus electrocardiogramas y los de su esposa y colaboradora, Clorinda Razzori, y, retrospectivamente, les diagnosticó cardiopatía chagásica. Se conocía que Salvador sufría de crisis anginosas y extrasistolia.

Tras su fallecimiento, en la dirección de la MEPRA lo sucedieron Miguel E. Jörg (1946), Alberto Manso Soto (1946-1955), Flavio L. Niño (1955) y Guido Loretti (1956-1959), fecha esta última en que se disolvió y su patrimonio se entregó a la cátedra de Microbiología y Parasitología de la Universidad de Buenos Aires, donde una buena parte –gracias a la desinteresada y útil gestión del profesor Daniel Sordelli– pudo recuperarse y guardarse en el Instituto de Historia de la Medicina de la facultad.

Al referirse a la partida de Mazza, Castagnino²⁰ dice: “La muerte de Mazza significó también la pérdida y destrucción de casi todo el material de trabajo atesorado a lo largo de tan intensos 20 años de labor. El Dr. Rubén Posse nos relató que pudo presenciar acongojado el remate de libros, papeles, premios internacionales y objetos personales de Mazza, que se realizó luego de la muerte de su esposa en una casa del barrio de Belgrano en Buenos Aires. Muy poco es lo que pudo salvarse y solo una mínima parte de esos documentos quedó depositada en el Museo Roca de Buenos Aires, con sede en lo que fuera la residencia del profesor José Arce.

“Hemos podido contabilizar más de 300 publicaciones originales efectuadas por Salvador Mazza y sus colaboradores de la Mepra. Son publicaciones que abarcan todo el amplísimo espectro de la enfermedad de Chagas, además de otras dedicadas a la patología regional. Muchas lo fueron en inglés, francés y alemán, idiomas que sin excepción dominaba Mazza perfectamente.” No obstante, una buena parte de la biblioteca del excepcional médico e investigador se halla en la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.²¹

El aporte de Cecilio Fénix Romaña

Otra figura insoslayable en la lucha contra esta tripanosomiasis americana fue la de Cecilio Fénix Romaña*.²² Con su flamante título de médico se internó en el Chaco santafecino para estudiar las enfermedades endémicas del peón rural. Muchas de sus publicaciones de la MEPRRA tienen ese basamento. Luego obtuvo una beca para investigar en el Instituto Oswaldo Cruz de Brasil. Los galardones no tardaron en llegar, ya que con solamente cuatro años de recibido la Academia de Medicina de Río de Janeiro lo invitó a pronunciar una conferencia sobre el mal de Chagas, en presencia de Carlos Chagas, quien un cuarto de siglo antes había descrito la enfermedad. En aquel entonces, su signo clínico, el edema unilateral de los párpados, había cobrado todo su valor como elemento de la iniciación de la afección. Después asistió al Instituto Pasteur de París, donde se perfeccionó en Bacteriología y corroboró que en los monos el complejo oftalmoganglionar actuaba como puerta de entrada del parásito, descubrimiento que en adelante se conoció con el patronímico de signo de Romaña.

En su larga vida, tuvo el honor de que su hallazgo y su epónimo correspondiente fueran sus contemporáneos.²³ Publicó más de 190 trabajos sobre las enfermedades tropicales. En Italia y Grecia estudió el paludismo y la leishmaniasis, en Brasil realizó trabajos en la cuenca del Amazonas y la zona de Minas Gerais, en Tucumán se puso al frente del Instituto de Medicina Regional de la Universidad del Noroeste y de la cátedra de Enfermedades Tropicales; la Oficina Sanitaria Panamericana lo designó consultor.²⁴

Incurrió en estudios sobre la filariasis, el paludismo, la leishmaniasis, la fiebre Q, el alastrín, la esquistosomiasis, la toxoplasmosis, el mal de Chagas, etc. Sobre esta última enfermedad, consciente de su problema social, creó el Servicio Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas y organizó una escuela de visitantes sociales cuya labor excedía los límites de ese mismo mal: su labor comunitaria y científica se extiende a los problemas ecológicos y del desarrollo del Norte argentino. Además, Romaña fue asesor sanitario de la

Comisión Nacional del Río Bermejo y allí comprobó las afecciones de las tribus indígenas tobas y mocovíes.

El investigador brasileño Emmanuel Días, en la *Folha Médica* de 1936, nombró el signo de Romaña, y luego, en 1939, en el *Boletín de Patología Exótica*, en París, dio cuenta de sus experiencias en los primates. Minoprio dice que “en realidad, el síndrome de Romaña es la manifestación, en la región ocular y en su tributaria linfática, de un complejo primario de esta afección chagásica. Debe advertirse que en esta parasitosis, al igual que la tuberculosis y diferenciándose de la sífilis, la puerta de entrada mucosa es inaparente. Este complejo primario se hace presente cuando el organismo se sensibiliza (segunda a tercera semana, término medio, de la infección) porque esta tripanosomiasis participa de todas las características de las enfermedades intracelulares prolongadas”.

La enorme experiencia de Romaña en los medios rurales, de los que conocía su ecología y hábitat, lo lleva a disertar sobre estos tópicos en las facultades de Derecho y Ciencias Económicas de Grenoble (Francia), en el Palacio Universitario de Estrasburgo (Francia) y en el Instituto de Altos Estudios de la América Latina en París.²⁵

Las zoonosis fueron su otro campo de acción e indagó en las enfermedades de la comadreja, el tatú, los armadillos, los murciélagos, los ratones, el gato y el caballo, así como en el papel de los mosquitos y otros insectos hematófagos. Cuando se alejó de las enfermedades tropicales y comenzó a estudiar las reacciones del organismo frente a las neoplasias, mereció el Premio de la Real Academia de Medicina de Barcelona en 1976. También trabajó en la listeriosis y su repercusión sobre la fertilidad de la mujer.

Carlomagno, Cura, Pérez y Segura²⁶ dicen, con datos más actuales, que “en la mayoría de las provincias históricamente endémicas son cada vez menos frecuentes los casos de nuevas infecciones. En Santiago del Estero, en los primeros tres meses de 1988, se atendieron 36 casos agudos en niños en el Centro de Patología Regional del Hospital Independencia y, en San Juan, en el Hospital Rawson, fueron detectados ocho casos en niños provenientes de una localidad alejada de la ciudad.

“La aparición de la enfermedad de Chagas está asociada a los grupos de edad. En Santiago del Estero, el 90% de los nuevos casos son detectados en los niños menores de 10 años, de los cuales un tercio son menores de un año”.

En 1991, los ministros de Salud del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) crearon la Comisión Intergubernamental contra la Enfermedad de Chagas que, en nuestro país, derivó en el llamado Programa Dr. Ramón Carrillo, donde se estimulaba la

participación comunitaria con la capacitación de líderes para detección del *Triatoma infestans* y la desinsectación de las viviendas.

La Ley 26.281, sancionada el 8 de agosto de 2004, declaró de interés nacional con carácter prioritario, dentro de la política del Ministerio de Salud de la Nación, la prevención y control de la transmisión de la enfermedad de Chagas hasta su definitiva erradicación en todo el territorio nacional.

Mucho se ha tratado hasta aquí sobre la obra de Salvador Mazza y, por lo tanto, es necesario hacer una reflexión al respecto. “Ha llegado el momento de intentar establecer un parangón entre aquellos dos sabios argentinos (Mazza y Houssay): tenían igual edad; se graduaron el mismo año, eran amigos (si bien algo distanciados con los años), armaron centros de investigación y le brindaron a la medicina argentina la viabilidad de ubicarse en el concierto de naciones con aportes fundamentales a la ciencia universal. Fueron objeto de críticas, difamaciones y debieron enfrentar algunas controversias con quienes cuestionaban o ponían en duda lo peculiar de sus contribuciones. Mucho se ha escrito sobre ellos y es merecido. Uno murió joven, en la plenitud de su producción científica, y se lo recuerda, con justicia, con el nombre de una enfermedad: la Chagas-Mazza. El otro, fue distinguido con el premio Nobel, en el rubro de Fisiología y Medicina”.²⁷

Apéndice

José Arce

Ver Apéndice Capítulo VII

Andrés Cornejo (1897-1965)

Se graduó en Buenos Aires en 1922 y regresó a Salta en 1928. También se interesó por la historia de la medicina, inspirado por Orestes Di Lullo. Presentó un *Plan para la historia de la medicina en Salta* y organizó el Museo del Historial de Enfermedades Tropicales en el Norte Argentino.

Miguel Eduardo Jörg

Ver Apéndice Capítulo II

Rudolph Kraus (1869- dato desconocido)

Nació en Bohemia y estudió en Praga y en París. Se perfeccionó con Metchnikoff. En 1913 arribó a la Argentina contratado por el gobierno. En 1916 organizó el Instituto Bacteriológico Malbrán. Se interesó por diversas enfermedades regionales y por zoonosis. Concluido su contrato, en 1921, viajó a Brasil y se desempeñó en el Instituto Butantán. Era director de la Sanidad chilena cuando falleció en Santiago.

Guillermo Cleland Paterson

Ver Apéndice Capítulo V

Salvador Mazza (1886-1946)

Nació en Buenos Aires, de padres oriundos de Palermo, Sicilia. Sus estudios primarios los cursó en Rauch (pcia. de Buenos Aires) en una escuela de los padres salesianos. Los prosiguió en el Colegio Nacional Buenos Aires y, en 1897, se instaló en la casa del Sr. José M. Santa Coloma, con domicilio en Chacabuco 1053. Murió en Monterrey (México) cuando asistía invitado al Vº Congreso Nacional Mexicano de Brucelosis. Unos días antes había sufrido un intenso dolor en el brazo izquierdo, preanuncio quizá de una lesión coronaria. Sus restos fueron rápidamente repatriados.

Cecilio Fénix Romaña (1899-1977)

Nació en San Javier (pcia. de Santa Fe) Se recibió de médico en 1927 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral y se destacó por el ejercicio de la profesión en el esforzado medio de la medicina tropical, la investigación aplicada con el permanente entrenamiento de la docencia y, finalmente, una tarea social que nunca descuidó. En el ocaso de su prolongada vida se instaló en Barcelona donde murió.

Bibliografía

- 1 Bar ME, Oscherov EB, Pieri Damborsky M, Borda M, “Epidemiología de la tripanosomiasis americana en el norte de Corrientes”, *Medicina*, Buenos Aires, 70 (Nº 2): 133-139, 2010.
- 2 González Cappa SM, “100 años del descubrimiento de la enfermedad de Chagas”, *Boletín de la Asociación Argentina de Microbiología*, Buenos Aires, Nº 186, octubre-diciembre 2009.
- 3 Basso G, Basso R, Bibiloni A, *Investigaciones sobre la enfermedad de Chagas-Mazza*, Buenos Aires, Eudeba, 1978.
- 4 Serpa P, *Oswaldo Cruz*, Buenos Aires, Claridad, 1945.
- 5 Storino R, Miles J, *Enfermedad de Chagas*, Doyma Argentina, Buenos Aires, 1994.
- 6 Rosenbaum M, Vallaza M, Ferrari I, *Cardiopatía chagásica*, En Bertolasi C, *Cardiología 2000*, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000.
- 7 Gorodner JO y col., *Patología regional argentina*, Fundación Argentina, Buenos Aires, 1991.
- 8 Auger S, Casado S, Ferreño D, Newman M, Rollet R, “La enfermedad de Chagas. Su impacto social y la respuesta del sistema de salud”, *Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la CABA*, 10 (Nº 46): 1-6, septiembre 2005.
- 9 Jörg MR, “Salvador Mazza y la participación isquioglútea en la identificación de la enfermedad de Chagas crónica”, *El Día Médico*, Buenos Aires, 52 (Nº 2): 86-88, 1980.
- 10 Halperín F, “Menos casos de Chagas en el país, pero el mal sigue siendo endémico”, *La Nación*, (Suplemento de Salud), Buenos Aires, 1º de marzo de 1995.
- 11 Sierra e Iglesias JP, *Salvador Mazza, la MEPRA de Jujuy y los médicos mendocinos*, Ed. del autor, San Pedro de Jujuy, 1995.
- 12 Id., *Ibidem*.
- 13 Buzzi A, Pérgola F, *Clásicos argentinos de medicina y cirugía* (tomo II), López Ed., Buenos Aires, 1995.
- 14 Chantal de Lautrec J y Gianelli M, “Salvador Mazza. Investigador argentino. Aporte a su biografía”, *La Semana Médica*, Buenos Aires, 54: 145, 1974.
- 15 Chantal de Lautrec J, Gianelli M, “Salvador Mazza. Investigador argentino. Aporte a su biografía (continuación)”, *La Semana Médica*, Buenos Aires, 55: 16, 1975.
- 16 Martino OAL, “Salvador Mazza, pionero de la medicina tropical en la Argentina”, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 73 (1º semestre): 239-244, 1995.
- 17 Jörg ME, “Reivindicación de Salvador Mazza como descubridor de la leishmaniasis visceral (kala azar) en Argentina”, *La Semana Médica*, Buenos Aires, pp. 584-587, 5 de noviembre de 1977.

- 18 Pégola F, "La penicilina en la Argentina. A 50 años de su llegada", *Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*, 5 (Nº 19): 19-23, 1996.
- 19 Lausi L, "La enfermedad cardíaca de Salvador Mazza", *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Buenos Aires, 84 (Nº 1/2):469, 1970.
- 20 Sánchez NI, Pégola F, Di Vietro MT, *Cartas a Salvador Mazza*, inédito.
- 21 Castagnino HE, "Mazza y la lucha contra el mal de Chagas", *Todo es Historia*, Buenos Aires, Nº 225, pp. 8-31, enero de 1986.
- 22 *Quién es quién en la Argentina*, Kraft, Buenos Aires, 1962/64.
- 23 Minoprio JL, "Designaciones y sinonimias usadas en la enfermedad de Chagas", *La Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 66: 557-560, 1979.
- 24 Buzzi A, Pégola F, "Historia de la infectología: Cecilio Romaña", *Revista Argentina de Infectología*, Buenos Aires, 8 (4):20, 1995.
- 25 Bergoglio RM, "Cecilio Romaña en su 80º aniversario y en el cincuentenario de su carrera médica", *La Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 66:555-556, 1979.
- 26 Carlomagno M, Cura E, Pérez AC y Segura E, "Informe sobre Chagas", *Ciencia Hoy*, Buenos Aires, 1 (2):36-44, febrero/marzo 1989.
- 27 Sánchez NI, Pégola F, Di Vietro MT, *Salvador Mazza y el archivo "perdido" de la Mepra. Argentina, 1926-1946*, El Guión Ediciones, Acassuso, 2010.