

Argentino Rodolfo Arribalzaga (1913-1985) y la primera descripción de la fiebre hemorrágica argentina

Argentino Rodolfo Arribalzaga (1913-1985) and the first description of Argentine hemorrhagic fever

Mariana E. Rella¹, Sergio Verbanaz², Pablo Young²

RESUMEN

Argentino Rodolfo Arribalzaga nació en 1913 en la ciudad de Bragado, provincia de Buenos Aires, Argentina. En 1931 se radicó en la Capital Federal y estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires. En 1938, luego de recibido, regresó a su ciudad natal para ejercer su profesión. Fue en esta ciudad donde describió y caracterizó el cuadro clínico de lo que él reconoció como una nueva enfermedad, hoy llamada fiebre hemorrágica argentina (FHA). Hacia 1943, en el Hospital "Julio de Vedia" de la localidad de 9 de Julio, se registraron los primeros casos de una inusual epidemia de "gripe" con elevados registros térmicos y una mortalidad del 60%. Los brotes epidémicos continuaron en los años subsiguientes abarcando distintos partidos del noroeste de la provincia de Buenos Aires. El 16 de junio de 1955, el Dr. Arribalzaga, quien se desempeñaba como jefe de la Sala de Infecciosos del Hospital de Bragado, comunicó en la revista *El Día Médico* una descripción clínica completa de esta extraña enfermedad de tipo infeccioso que no era una variedad de las enfermedades epidémicas conocidas. Describimos aquí su vida y aportes a la Medicina.

Palabras clave: fiebre hemorrágica argentina, virus Junín, mal de los rastrojos, historia de la Medicina.

ABSTRACT

Rodolfo Arribalzaga was born on May 18th 1913 in Bragado, Province of Buenos Aires, Argentina. In 1931 he moved to the city of Buenos Aires, and subsequently studied Medicine at the local University's Medical School, graduating in 1938. He then returned to his home town to practice his profession. There he recorded the first description of a clinical picture of what he identified as a new disease, which is known today as Argentine Hemorrhagic Fever. Around the year 1943 the first cases of an unusual outbreak of a flu-like condition, associated to a high fever, with a 60% mortality rate, were registered at the Julio de Vedia Hospital in the town of 9 de Julio, close to Bragado. The outbreaks continued in the following years, reaching different counties and towns in the northwest of the Province of Buenos Aires. On June 16th 1955 Dr. Arribalzaga published in the journal *"Día Médico"* a complete description of this strange infectious disease, different to the known epidemic illnesses. We here describe his life and his contributions to Medicine.

Keywords: Argentine hemorrhagic fever, Junin virus, mal de los rastrojos, history of medicine.

Fronteras en Medicina 2018;13(2):93-100

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo, presentaremos la ejemplar vida del Dr. Argentino Rodolfo Arribalzaga (**Figura 1**) y su incuestionable y fundamental descripción sobre el cuadro clínico de aquella "peste", que se cobraba vidas de trabajadores rurales, conocida actualmente como fiebre hemorrágica argentina.

Esta epidemia comenzó en el año 1943 en la localidad de 9 de Julio, provincia de Buenos Aires, y continuó extendiéndose en la década siguiente por el noroeste de la provincia, afectando principalmente a trabajadores rurales dedicados a la cosecha del maíz, de allí su nombre de "mal de los rastrojos" (conjunto de restos de tallos y hojas que quedan en el terreno tras cortar el cultivo)¹. Valiéndose de sus conocimientos, adquiridos con esfuerzo y dedicación, junto con el compromiso por pueblo natal, el mismo que lo vio crecer y al cual volvió para desarrollar allí su profesión, el Dr. Arribalzaga supo interpretar esta afección, como una nueva enfermedad, y ahondar en defender su postura, se trataba de un nuevo agente etiológico esperando a ser descubierto.

1. Alumna de cuarto año de la Cátedra de Historia de la Medicina.
2. Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Católica Argentina.

Correspondencia: Dr. Pablo Young, Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. Tel 5411 43096400 Fax 5411 43043393. Email: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 03/03/2018 | Aceptado: 23/04/2018

BREVE BIOGRAFÍA

Nació el 18 de mayo de 1913 en la ciudad de Bragado, situada en el noroeste de la provincia de Buenos Aires a 200 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Figura 1. Argentino Rodolfo Arribalzaga, en conferencia. Consultado el 18/10/17 en <http://www.euskonews.com/0485zbn/kosmo48501es.html>.

Su abuelo José Arribalzaga llegó a tierras argentinas en 1878 procedente de Vizcaya, España, en la ola inmigratoria que atrajo al país a numerosas familias europeas que fundaron colonias en sitios estratégicos. Establecido en Bragado y luego de cumplir íntegramente su contrato en tareas rurales se dedicó a tareas comerciales, a las que incorporó el oficio de relojería, que era su vocación primaria. José se casó con Josefa Yrigoyen, prima de Hipólito Yrigoyen y tuvieron dos hijos: Ángel Gregorio y José Manuel, quien falleció en su temprana juventud². Ángel nació en 1890, y dadas sus condiciones notables para la música, fue profesor en el Colegio Nacional, dirigió la Banda Municipal y fundó el Conservatorio Musical de Bragado. Ángel se casó con Amelia Lapeirade. De este núcleo familiar de descendencia vasco-francesa, nacieron Rodolfo y a los tres años su hermano Héctor, quien padeció desde su nacimiento problemas en la circulación de los senos venosos cerebrales, falleciendo por hidrocefalia a los seis meses de vida².

Rodolfo asistió a la Escuela N°1 durante la primaria y al Colegio Nacional durante el secundario, egresando con el deseo de estudiar medicina y la certeza del esfuerzo que eso llevaría. Reprobó el examen de ingreso de abril de 1931, superándolo con éxito al año siguiente siendo admitido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, bajo el decanato del Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Ingresó a una Universidad intervenida, como resultado de la revolución que derrocó al gobierno de Hipólito Yrigoyen en septiembre de 1930 y que, en ese ámbito, tiene como objeto terminar con la Reforma de 1917. En cuanto a la organización, en la década del '30 las escuelas de medicina, tanto en Europa como en Estados Unidos, procuraban la formación de un médico-cirujano clínico, "primordialmente para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad"³. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, ubicada en Córdoba 2180, el plan de estudios era de siete años, con examen de ingreso obligatorio, que comprendía las materias Botánica, Química y Física y la presentación de un certificado de Conducta y Salud, extendido por la Inspección Médica de Enseñanza

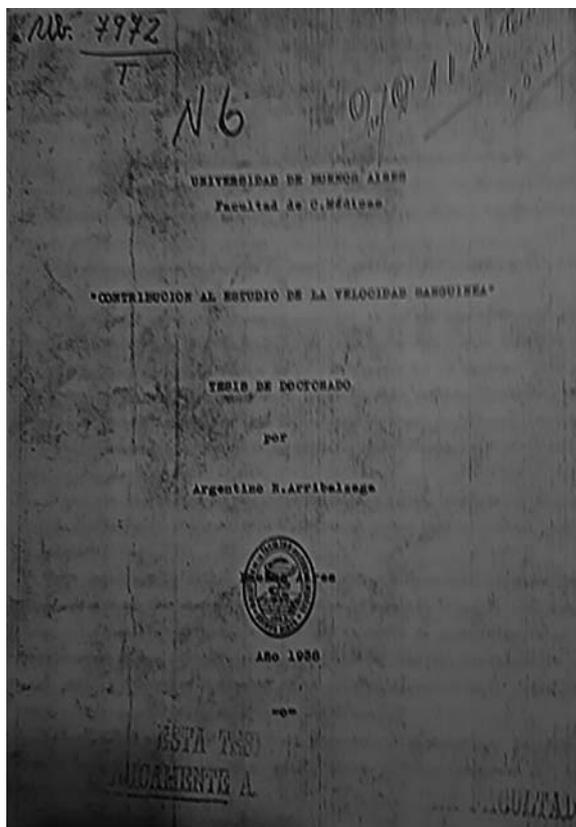


Figura 2. Tesis doctoral: "Contribución al estudio de la Velocidad Sanguínea". Gentileza de Oscar Arribalzaga.

Secundaria, Especial y de Internado en General, dependiente del Departamento Nacional de Higiene.

Los años como estudiante no fueron nada fáciles para Rodolfo. Vivió en la pensión "La Ideal" en el barrio porteño de Constitución. Desde allí iba caminando por las mañanas a la casa de altos estudios debido a que no podía afrontar los costos de los medios de transporte. "Todos los días y sin descanso realizando esta vida austera, le forjaban y fortalecían su espíritu"². Pasó tardes enteras en la biblioteca sumergido en la lectura, complementando su asistencia a clases teóricas y trabajos prácticos de la Facultad con actividades hospitalarias. Fue compañero de Raúl Vaccarezza, hijo de un reconocido médico de la localidad de Alberti, próxima a Bragado, con quien estableció una relación de amistad que duró toda su vida. Cursó la materia Fisiología en el segundo año, como alumno del Dr. Bernardo Houssay. En el verano de 1934/35, su padre fue diagnosticado de tuberculosis. Con escaso tratamiento terapéutico en ese entonces y el peligro de contagio, se complicó la situación para el músico, único sustento de toda la familia. Rodolfo continuó sus estudios esforzándose aún más por evitar gastos a su padre y en 1936 mientras cursaba quinto año ingresó como practicante en el Hospital Rivadavia. El planeaba ser cirujano pero consciente de que le esperaba un medio en el que debía abordar todo tipo de enfermedades, junto con las prácticas de cirugía se interesó por hacerlas en ginecología y obstetricia, pediatría y enfermedades infecciosas³.

La difícil situación económica lo llevó a pensar en abandonar su carrera pero con su novia Carmen Gevodán, también oriunda de Bragado, resolvieron casarse y la flamante esposa se convirtió en el sustento del nuevo hogar, desempeñándose como docente en una escuela del barrio de Once. Completó así los dos últimos años de la carrera y finalmente presentó su tesis doctoral en 1938 sobre *Contribución al estudio de la Velocidad Sanguínea* (Figura 2), que aprobó ante el Tribunal integrado por los doctores Castex, Dicio y Guerra, y regresó a su ciudad natal para iniciar el tan anhelado ejercicio profesional².

En 1939, a los veinticinco años de edad instaló su propio consultorio en la casa paterna. Dispuso dos habitaciones equipadas para practicar los primeros auxilios y hasta con cajas de ginecología para atender los partos. Poco había cambiado su ciudad natal en su ausencia. Esta era una zona agrícola por excelencia, donde predominaban los cultivos de maíz, trigo y girasol y cuya economía giraba en torno a la exportación de estos productos primarios. Lo característico del paisaje eran grandes extensiones de campo, las típicas viviendas rurales construidas con adobe, pisos y patios de ladrillo o tierra, tejados de madera o zinc donde se utilizaba como material aislante el barro con paja. A pocos metros de la casa se encontraba la letrina, instalada sobre un pozo ciego, una bomba para obtener agua potable y cobertizos de chapas, y gallinas. El panorama se completaba con pequeños poblados, que no contaban con calles pavimentadas, servicios de agua corriente ni alcantarillados³.

La atención sanitaria de Bragado contaba con el Hospital Municipal "San Luis", inaugurado el 9 de julio de 1919, dos sanatorios privados, "Santa Catalina" y "Sanatorio Bragado", inaugurados el 5 de junio y el 9 de octubre de 1938, respectivamente, y la sala de primeros auxilios. Aun así, los enfermos eran atendidos en sus casas por el médico, el cual disponía una parte de su rutina en hacer las visitas a las casas de los pacientes, tanto en la ciudad como en el campo.

Por todo esto, en estas sociedades pequeñas, los profesionales eran quienes por su educación especializada y condición de expertos, contaban con un alto prestigio⁴. La relación médico-paciente era más profunda y se basaba en el mutuo conocimiento y confianza pues al paciente no sólo lo veía en la consulta sino en el trato diario, como vecino, en los clubes, sociedades de fomento, en la parroquia y eventos escolares. Por otra parte, en una época en que la profesión médica se orientaba a la especialización y en los grandes centros urbanos se extinguía el médico de familia, Arribalzaga, en contraste, no solo se desempeñaba como médico general atendiendo todas las cuestiones vinculadas a la salud sino que se ocupaba de la educación sanitaria, valiéndose de sus pacientes, en especial las mujeres, procurando desarrollar en la población conductas básicas de prevención, y en muchas ocasiones era además consejero personal y familiar. Desarrollaba diariamente su la-

bor profesional entre su consultorio, visitas a domicilio, en el Policlínico Ferroviario y en el Hospital Municipal donde llegó a ser Jefe de la Sala de Infecciosas. Fue docente de Anatomía y de Higiene en la Escuela Nacional de Comercio.

Para perfeccionarse, a partir de 1948 realizó semanalmente prácticas de cirugía en el Policlínico de la ciudad de Haedo, provincia de Buenos Aires, bajo la supervisión del destacado cirujano Profesor Iván Goñi Moreno y luego se desempeñó en Bragado bajo las órdenes del doctor Juan José Quenard, cirujano-jefe del Hospital Municipal, instalado en la ciudad desde 1923.

En pocos años se posicionó como un profesional reconocido, con un buen pasar económico, que cultivaba la amistad con sus colegas médicos: Raúl Salvarredy, Mario Fescina, Juan José Quenard, Rozenzuaig, Arteaga y Núñez, en Bragado; Raúl Vaccarezza de Alberti.

En 1942 nació su único hijo, Oscar, quien lo acompañaría en numerosas actividades, tanto en sus frecuentes salidas a pescar y cazar, como en sus visitas médicas. Tanto lo acompañó que hasta su propio hijo contrajo la enfermedad.

En el año 1948 se recibió de piloto y junto a tres amigos compraron un Piper P11. Pasaba horas volando y, con la reprobación de su esposa, le acompañaba su hijo a quien dejaba pilotear de vez en cuando. La única pista de aviación que había en Bragado estaba situada en el campo del "vasco Echeverría". Allí se encontraban hijo y padre, provenientes de caminos distintos para evitar disgustos en el seno familiar y compartir horas de paz en las alturas⁵.

UNA NUEVA ENFERMEDAD

En 1943, se registró en el Hospital "Julio de Vedia" de la localidad de 9 de Julio al noroeste de la provincia de Buenos Aires una inusual epidemia de "gripe" con elevados registros térmicos, asociada a un 60% de mortalidad¹. En años posteriores una enfermedad de características similares se presentó en los alrededores de Bragado, Alberti y Mechita, también en el noroeste bonaerense. Es así que en el verano de 1953 el Dr. Duva, médico Jefe de la Sala Ferroviaria de Primeros Auxilios de Mechita, comunicó 25 casos de una peculiar gripe y le solicitó a su colega de Bragado si podía concurrir a su pueblo para visitar a los enfermos². El Dr. Arribalzaga reconoció que se trataba de una enfermedad con iguales características que las registradas en Bragado y en Alberti, reportadas por su amigo el Dr. Vaccarezza. Advirtiendo que estaban en presencia de una epidemia en la zona realizó la primera denuncia ante la Dirección de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires.

Ante el afán de encontrar evidencias e investigar sobre esta patología, el doctor decidió ir a buscarlas a un lugar seguro, optó por ver la lesión, realizando la primera



Figura 3. Reconocimiento del Círculo Médico de Bragado. Consultado el 18/10/17 en <http://www.euskonews.com/0485zbbk/kosmo48501es.html>.

autopsia. Al enterarse de la muerte de un peón de campo soltero y sin familiares que hubieran pedido su cuerpo, decidió hacer la autopsia. La misma se llevó a cabo una noche, después que terminó su habitual rutina y el trabajo le llevó hasta el amanecer. Para su sorpresa, al día siguiente, acudieron familiares de la víctima y el Dr. Arribalzaga fue detenido. Finalmente logró explicar a dichos familiares el motivo que lo llevó a realizar esta práctica ilegal: su perseverante y desesperada tarea de buscar lo que producía el deceso de los afectados. Al otro día le levantaron los cargos y fue puesto en libertad². No solo la buena voluntad de Rodolfo sino también el ejemplar trabajo y trato que siempre tuvo, lo libraron de este aprieto. Todo esto fue utilizado para la redacción de su única publicación, que lo lleva a ganarse el respeto y a destacarse de sus colegas⁶.

SU PUBLICACIÓN

Bajo el título *Una nueva enfermedad epidémica a germen desconocido: hipertermia nefrotóxica, leucopenia, exantemática*, un 16 de junio de 1955 publicó el trabajo en la prestigiosa revista *El Día Médico*⁷. Describió la situación que se había iniciado en 1953 en la ciudad de Bragado, epicentro de una enfermedad febril con sintomatología característica, que avanzaba rápidamente presentando un mismo patrón de aparición, comenzando en el verano y llegando a su auge en otoño, con un elevado índice de mortalidad, pese al uso de los antibióticos de la época. El Dr. Arribalzaga creyó que era el momento óptimo para presentar las características clínicas aunque aún no se había podido dilucidar el agente causal, poniendo de manifiesto el doble papel del médico como agente investigador y prestador de salud.

Aspectos generales

Una característica en la que enfatiza son las personas afectadas. La mayoría tenían como común denomi-

nador ser trabajadores rurales, recolectores de la papa y maíz, en los alrededores de Bragado, Alberti y Mechita, conocidos como "peones golondrina". También se registraron contados casos de lavanderas, profesores y alumnas del liceo. Cabe destacar que no se observaron casos simultáneos en lugares de concentración de población (familias, colegios, hospitales o asilos). Esta es la primera apreciación que destaca: no hay casos secundarios ni intrafamiliares.

Describió la enfermedad en tres períodos: comenzando con el periodo de invasión; dolores generalizados, cefaleas, escalofríos, vómitos alimentarios o biliosos, sumándose a las horas fiebre que alcanzaba los 40°C, decaimiento y anorexia. Continuando durante 3 a 5 días, agregando rales gruesos en campos pulmonares, taquicardia leve, confundiendo hasta el momento con una gripe, pero el signo que describe como fundamental es el enantema bucal. Esta particularidad se evidenciaba como manchas eritematosas aisladas de bordes imprecisos indoloros, más confluentes y rojas (tipo saburral) en la zona de los pilares. Por métodos complementarios se observaba albuminuria y cilindruria. Mientras que en el análisis de sangre se observaba leucopenia y la urea se mantiene dentro de valores normales.

Entrando en la segunda etapa o período de estado, se acentuaba o se mantenía la sintomatología y se sumaba tos de poca intensidad, taquicardia constante y leve hipotensión, a cifras menores de sistólica 100 mmHg y diastólica de 50 mmHg. Lo que definitivamente empeoraba es el enantema bucofaringeo que se seca y se tornaba tipo tifoidea (lengua de loro) con gingivorragia, epistaxis, hemoptisis y se instalaba una oliguria progresiva con orinas (color caoba y albúmina de 5 g con cilindros granulados, urobilinógeno y poco ácido biliar) y la urea comenzaba a ascender en sangre rápidamente manteniéndose la leucopenia. Se observaba piel seca, deshidratación que puede llevar a la hipotermia y



Figura 4. Reconocimiento en el Boulevard <http://www.euskonews.com/0485zbb/kosmo48501es.html>. Consultado el 18/10/17.

a hipotensión severa. Aparecía ritmo de galope y temblores finos progresivos en la lengua y las extremidades. La urea continuaba aumentando y el paciente fallecía obnubilado y con edema pulmonar. Contados casos mejoraban, continuando solo con un estado asténico prolongado.

Dado que todos los casos no se presentaban exactamente de la misma forma, sino que había una gran variedad en la severidad de las afecciones y la aparición de los diversos síntomas, Arribalzaga hizo una clasificación de las formas clínicas en graves, medianas y leves.

La forma grave se presentaba con una eclosión de síntomas en toda su amplitud caracterizándose por una evolución tormentosa de síntomas referidos al sistema nervioso central (obnubilación, delirio etc.) y al equilibrio salino (gran oliguria, deshidratación, urea alta). Los antibióticos no mostraron efectos beneficiosos, solo parece influir en el curso de la enfermedad las medidas generales dirigidas a restaurar las funciones fisiológicas (rehidratación, restauración de la volemia, concentración del equilibrio salino) pero aun así, en ciertos casos, terminaba con la muerte del paciente.

La forma mediana presentaba la mayoría de los síntomas de la anterior pero debido a que la remisión aparecía rápidamente, no alcanzaba las cifras de urea en sangre y la albuminuria las proporciones de aquella. La participación del sistema nervioso es escasa o nula mientras que la deshidratación, oliguria etc, se presentaban con menor intensidad.

En la forma leve, el paciente se presentaba con un cuadro aparentemente gripal. Los síntomas característicos eran poco pronunciados y el diagnóstico sería fácilmente pasado por alto si no fuera por el antecedente epidemiológico que obligaba a extremar el examen semiológico.

Para llevar a cabo esta clasificación, se encuadró en cada una de ellas, por lo menos a uno de sus pacientes y describió en forma detallada signos, síntomas y valores de análisis de laboratorio a lo largo de su estadía en el hospital.

El primer caso grave que presentó era un peón de campo de 57 años sin antecedentes previos, que comenzó con escalofríos, decaimiento general, cefalea, fuertes dolores lumbares, tos y expectoración mucosa. Al examen clínico se encontró enantema bucal, sin disfagia ni dolor. Lo más llamativo era la temperatura de 38°C, leucopenia de 3200 cel/mm³ y en la orina vestigios de albúmina, urobilina, cilindros hialinos y granulados, urea 0.65 por mil. Aunque nada hacía suponer que el cuadro no fuera grave, apenas comprobado el enantema bucal, las lumbalgias y la leucopenia, se inició rápidamente un tratamiento con 200.000 U de penicilina cada 4 horas, abundantes líquidos por boca y protectores hepáticos. A las 48 horas de iniciada la enfermedad los dolores se agudizaron, se agregó analgésicos inyectables con tiamina a intervalos cortos. Empezó a tener temblores fibrilares en las extremidades y en la lengua. A los cuatro días presentó lengua seca, áspera al tacto lo mismo que el paladar. El enfermo se encontraba inquieto, aunque su psiquis era normal. La urea se mantiene en 0.65 por mil. Se agregó a la medicación suero glucosado hipertónico endovenoso con metionina, tiamina y ácido ascórbico, suero fisiológico subcutáneo cada 6 horas. A pesar de estas medidas la diuresis baja a menos de 500 ml diarios, en la orina aparece albúmina (6.5 g) con cilindriuria y densidad de 1.027. La urea sube a 1.75 g por mil. En los días posteriores se le practican dos transfusiones y una de plasma, tónicos cardíacos centrales y periféricos. *“A pesar de todo a los once días aumenta el estado tóxico, con gran desasosiego, los tonos cardíacos se hacen más sordos, apareciendo ritmo de galope e hipotensión, hipotermia y extremidades cianóticas y frías. A los trece días se encuentra excitado, incoherente, hace esfuerzos por arrojar del lecho, el colapso se acentúa y muere a los quince días de enfermedad”*⁷⁷.

El otro caso grave que relató, pero con recuperación final, es el de un director de escuela de 50 años que comenzó con altas temperaturas (39°-40°C) y síntomas muy similares al primer caso. A las 48 horas aparece enantema bucal. En esta oportunidad se le da terramicina, suero glucosado hipertónico endovenoso, cynarex y ácido ascórbico, suero fisiológico subcutáneo. Al día siguiente se le da combicilina y distrepticina cada 12 horas. A pesar del tratamiento aparecen al cuarto día temblores fibrilares en extremidades y lengua. Oliguria, deshidratación y ligera psicosis. Al quinto día aparecen ligeras gingivorragias, epistaxis y hemoptisis, se agrega vitamina K y botropase y los síntomas ceden rápidamente. Al octavo día, el paciente desarrolla poliuria pero aunque los síntomas tóxicos no desaparecen, los valores de laboratorio y la temperatura van mejorando, se aclara el cuadro psíquico y el paciente se alimenta progresivamente. A los quince días, se normalizan los valores de urea y orina, recuperándose por completo luego de un mes de convalecencia.

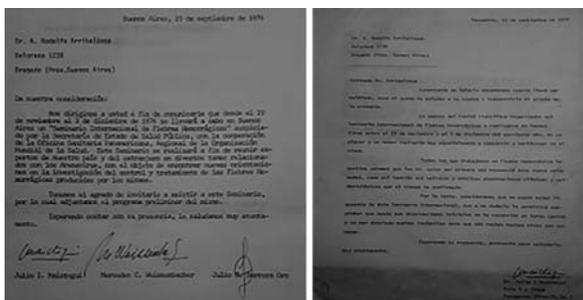


Figura 5. A y B. Invitaciones al “Seminario internacional de fiebres hemorrágicas producidas por Arenavirus”, que se realizó en Buenos Aires, 1976. Gentileza de Oscar Arribalzaga.

El Dr. Arribalzaga al describir este caso dijo que podría ser clasificado como *forma grave hemorrágica* y aclara que también se presentaron otros, aunque escasos, donde predominaban desde el principio síntomas encefálicos o meningoencefálicos, por los que los clasificaría como *forma grave cerebro meníngea*.

En lo que clasificó como forma moderada presentó el caso de una empleada de tienda de 18 años, quien se presentó con 39°C, decaimiento general, vómitos y enrojecimiento de la mucosa del paladar blando. Se le realizaron los exámenes de laboratorio y los planes de medicación adecuados pero al octavo día fue dada de alta. En la forma leve, en el trabajo se presentó el caso de un obrero ferroviario de 30 años quien comenzó con temperatura de 38°C, decaimiento pero sin dolores lumbares ni otros dolores musculares. Buen estado general pero con enantema del paladar blando, Al día siguiente aparecieron vómitos y discreta oliguria. Pero a las 72 horas desaparecieron los síntomas.

El problema etiológico

Al tratar los distintos casos sospechó que no se trataba de una gripe grave como se pensó al principio sino que era necesario una investigación más profunda del agente etiológico. Para ello pidió ayuda a las autoridades sanitarias de la provincia y así contó con la colaboración del Instituto Tomás Perón de la provincia de Buenos Aires, que envió una comisión que realizó una investigación infructuosa. Posteriormente arriban a la ciudad un equipo del instituto Malbrán del Ministerio de Salud Pública de la Nación encabezado por el Dr. Villegas, especialista en leptospirosis, y el Dr. Pochá, especialista en virología. Sin embargo a pesar de su trabajo no pudieron encontrar leptospirosis, bacterias específicas patógenas o virus de ninguna clase. “*No intentaron hacer transmisión directa de material infectivo en voluntarios humanos*”⁵.

Resumen del trabajo

El Dr. Arribalzaga concluyó en su trabajo que se encontraba en presencia de una epidemia aparecida durante el período 1953-1954 en la zona que tiene por centro a la ciudad de Bragado, provincia de Buenos Aires. Se trataba de una enfermedad de tipo infeccioso que se inició

en otoño, se presentó en forma diseminada sin relación de contagio directo y atacó de preferencia a obreros rurales y personas que vivían fuera de la planta urbana, sin relación de contacto directo entre sí. Se inició con un cuadro febril agudo, pudiendo hacerse un diagnóstico precoz por el enantema bucal y la leucopenia apareciendo luego en forma constante lesión renal, con oliguria, uremia y deshidratación, acompañado a veces de otros síntomas (hemorragias, psicosis, meningoencefalitis) pudiendo terminar con colapso circulatorio central o periférico.

Convencido que se trataba de una nueva enfermedad, aseguró que debía hacerse un diagnóstico diferencial con la fiebre maligna, por motivos fundamentales: no se produjo ningún contagio directo, no se presentaron complicaciones pulmonares en la totalidad de los pacientes estudiados y no se pudo hallar el virus gripal en los estudios realizados. Por otra parte descartó que se tratara de una leptospirosis porque si bien presentaban como características comunes a esta enfermedad la lesión renal y los fenómenos hemorrágicos y nerviosos, la propagación epidemiológica es distinta, no hay lesiones hepáticas conspicuas (no hubo en ningún caso ictericia), las recaídas nunca se presentaron, había leucopenia en lugar de leucocitosis y nunca se pudo aislar la leptospira. Además, no pudieron encontrarse reacciones serológicas positivas para tifoidea, paratifoidea y tífus exantemático.

Concluyó que por las dificultades en su aislamiento, por su resistencia a los antibióticos, por la aparición hacia el otoño podría tratarse de un virus. Alertó que al presentarse en dos temporadas sucesivas y hasta que no se conocieran su agente etiológico y su forma de propagación, nada impedía que pudiera propagarse en el futuro a otras zonas e inclusive a grandes centros urbanos, constituyendo un problema de índole sanitario nacional.

FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA

La descripción realizada por el Dr. Arribalzaga en este trabajo constituyó la primera de la fiebre hemorrágica argentina. Recién en 1958, debido a una grave epidemia que se inició en la localidad de O’Higgins, partido de Chacabuco (en O’Higgins hubo cinco muertos con gran repercusión en la prensa)⁸, Chivilcoy, Carlos Casares, General Viamonte, Junín, 9 de Julio, Rojas, además de Bragado y Alberti, donde se había originado años antes, se reportó como su agente etiológico al virus Junín⁹. Bajo la comitiva de investigación dirigida por Dr. Armando Parodi de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, presentó el informe sobre el aislamiento y la enfermedad producida por el virus Junín en la revista *El Día Médico*, gracias al aporte del Dr. Julio Barrera Oro, quien arriesgando su vida se inoculó el virus, probando así la replicación, la enfermedad en el ser humano y las bases para el tratamiento con el plasma de convaleciente¹⁰.



Figura 6. Ciudadano Ilustre “post mortem”. Gentileza de Oscar Arribalzaga.

El virus Junín, integrante de la familia Arenaviridae se caracteriza por infectar generalmente a un número limitado de especies de pequeños roedores, quienes actúan como sus reservorios y habitan áreas geográficas bien definidas. Su principal reservorio son los roedores *Calomys musculinus* (38%), *Calomys laucha* (20%) y en menor proporción *Akodonazarae* y *Mus musculus* L. El ratón maicero (*Calomys musculinus*), que anida y vive en los rastrojos de maíz o girasol, de ahí que popularmente se llame también “mal de los rastrojos” a la enfermedad, transmite la infección a través de sus heces, orina y saliva contaminando el cereal. Los trabajadores rurales, que realizan tareas manuales y hasta duermen en el campo cosechado se infectan por contacto e inhalación, como también las mujeres que manipulaban sus ropas y los niños que jugaban en el campo.

Podemos decir que a partir de 1958, cuando la epidemia es reconocida como un problema sanitario por parte de las autoridades nacionales y provinciales, se transformó en un verdadero desafío para los científicos argentinos. En las décadas de los '60 y los '70 se realizaron avances fundamentales con la detección del reservorio natural del virus Junín, de múltiples aspectos de la fisiopatología y la epidemiología de la enfermedad hasta llegar al desarrollo de una vacuna¹¹.

Años más tarde, la enfermedad se extendería a Pergamino (provincia de Buenos Aires), al sur de Córdoba y al sur de Santa Fe. Allí intervendría en los estudios de la misma, además de las cátedras de Microbiología y Parasitología y de Enfermedades Infecciosas de la UBA, la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires, el Instituto Malbrán y el Instituto de Virología de la Universidad de Córdoba¹¹.

En 1964, el Poder Ejecutivo Nacional constituyó la Comisión Nacional Coordinadora para el Estudio y

Lucha contra la Fiebre Hemorrágica Argentina, integrada por ministerios nacionales, provinciales de Buenos Aires, La Pampa, Córdoba y Santa Fe, y universidades e institutos, con los fines de coordinar y promover la investigación de esta enfermedad.

Desde 1965, se estableció en Pergamino, provincia de Buenos Aires, un Centro de Estudios sobre FHA cuyo propósito fundamental fue diagnosticar y asistir clínicamente a quienes padecían la enfermedad, estando el diagnóstico etiológico confirmatorio a cargo del Instituto Malbrán (Ministerio de Salud Pública de la Nación)¹².

ÚLTIMOS AÑOS Y RECONOCIMIENTO

Vivió sus últimos años rodeado por su hijo, sus tres nietos y con sus amigos de toda la vida, pero a raíz de su vejez, la frecuencia de los encuentros se fue diluyendo. Treinta años después de presentar su publicación y trabajando en su consultorio hasta sus últimos momentos, a los 72 años, falleció de cáncer de pulmón el 4 de noviembre de 1985 en Bragado.

En 1983, el Círculo Médico de Bragado le entregó una plaqueta (Figura 3).

*“Actualmente Bragado recuerda a Rodolfo Arribalzaga en la plazoleta de un boulevard (Figura 4) frente al hospital municipal, al cual tanto amó y sirvió de por vida. Demasiado simple esta ofrenda para quien tanto hizo, si bien a tono con su modestia y sencillez natural”*².

El Dr. Arribalzaga no se vanagloriaba de su trabajo al establecer un tratamiento precoz, que salvó cientos de personas de una muerte segura, para una enfermedad desconocida hasta ese momento. Una vez controlada la epidemia fue invitado a Rusia y Estados Unidos, entre otros países (Figuras 5 A y B). Pero prefirió seguir trabajando en su ámbito de ciudad rural, no abandonar a sus pacientes y a la vez participando de congresos en Argentina. Por supuesto que agradecido con tales invitaciones afirmaba, según su hijo, que sus estudios ya estaban escritos y esa era la fuente a consultar. No era necesario que viajase en persona⁶.

Fue distinguido como Ciudadano Ilustre *post mortem* por su condición de médico, en mérito a sus fundamentales aportes con la primera descripción y caracterización del cuadro clínico que posibilitó posteriormente el tratamiento de la fiebre hemorrágica argentina (Figura 6)⁷.

CONCLUSIÓN

El Dr. Argentino Rodolfo Arribalzaga, un médico de pueblo, en el desarrollo de su profesión no solo cuidó de la salud de su gente sino que supo escuchar y actuar de confesor, estar disponible en el lugar y a la hora que sea, ser profesor y ser hombre de ciencia.

La figura Dr. Arribalzaga, es un ejemplo y motor para la vida profesional médica, por su descripción, su im-

prescindible descripción que pudo incentivar y motivar a un país a trabajar unido.

“Arribalzaga llegó, con un único trabajo científico publicado, a la cúspide, a lo máximo que pueda aspirar un hombre de ciencia, que su obra trascienda y sirva a sus semejantes”².

BIBLIOGRAFIA

1. Carbajal G, Oubiña JR. *Virología Médica*. Buenos Aires: Corpus Editorial; 2012. p. 547-9.
2. Fain Binda JC. El mal salió del rastrojo. Historia de una enfermedad, su tiempo y su gente. Rosario: UNR Editora; 2005. p. 21-154.
3. Agnese G. El Doctor Rodolfo Arribalzaga, un médico rural entre investigadores y pones. En: Álvarez A, Carbonetti A (Editores), *Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*, Mar del Plata, EUEDEM, 2008, p. 291-308.
4. Agnese G. Una rara enfermedad alarma a la modesta población de O'Higgins. Análisis del discurso de la prensa escrita sobre la epidemia de Fiebre Hemorrágica Argentina de 1958. Buenos Aires: *Revista historia & humanidades médicas* 2007;3:1-11.
5. El Dr. Arribalzaga. En: www.euskonews.com/0485zbn/kosmo48501es.html (consultado el 18/10/17).
6. Ley 14700. En: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/f-14700.html> (consultado 3/10/17).
7. Arribalzaga R. Una Nueva Enfermedad Epidémica A Germen Desconocido: Hipertermia Nefrotóxica, Leucopénica y Enanemática. *El Día Médico* 1955;37:1204-10.
8. La Razón, Buenos Aires, 5 de junio de 1958, p. 7
9. Parodi AS, Greenway DJ, Ruggiero HR, Rivero E, Frigerio MJ, De la Barrera JM. Sobre la etiología del brote epidémico de Junín. *El Día Médico* 1958;30:2300-1.
10. Ruggiero HR, Greenway DJ, Parodi AD. Inoculación voluntaria del virus de la fiebre hemorrágica epidémica; estudio clínico y etiológico. *El Día Médico* 1959;31:218.
11. Ambrosio AM, Saavedra MC, Riera LM, Fassio RM. La producción nacional de vacuna a virus Junín vivo atenuado (Candid #1) anti fiebre hemorrágica argentina. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2006;40:5-17.
12. Sabattini MS, González LE, Díaz G, Vega VR. Infección natural y experimental de roedores con virus Junín. *Medicina (Buenos Aires)* 1977;37:149-61.

AGRADECIMIENTOS

A Oscar y a Lía, hijo y nieta de Rodolfo Arribalzaga por su disposición, sugerencias y el envío de documentos utilizados en el presente trabajo.