Importancia del «CASO ANTECEDENTE» para el diagnóstico de fiebre amarilla en los lugares en que la enfermedad ha reinado endemicamente

TRASCENDENCIA DE LA SIGNIFICACIÓN QUE SE DÉ A ESE «CASO ANTECEDENTE» SOBRE LAS DISPOSICIONES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS PARA EVITAR LOS BROTES EPIDÉMICOS. (1).

Después de un período de muchos meses en que no se registró caso alguno de fiebre amarilla por las autoridades sanitarias de nuestros puertos en el Golfo, en el año de 1910 apareció un caso sospechoso de esta enfermedad en Mérida (Yuc).

El diagnóstico de este caso tuvo verdaderamente intrigadas a las autoridades sanitarias tanto de nuestra República como de la de Cuba: después de vacilaciones ante al caso aludido, fué calificado de fiebre amarilla por las autoridades cubanas; algunos días después se convino en que no se había tratado de esa enfermedad; para rectificar algunas semanas más tarde la segunda opinión, rectificación que fué confirmada plenamente cuando aparecieron casos algo numerosos perfectamente escalonados con el de Mérida.

Con este motivo, mi respetabilísimo y querido maestro, el Sr. Dr. Licéaga, tanto por su vehemente deseo de acumular siempre todos los datos posibles para llegar a la verdad en cualquier asunto, como por mi insistencia de que el caso referido era de fiebre amarilla, aunque el caso antecedente faltara, me encomendó reunir todos los elementos que creyera conveniente para sostener mi dicho.

Lo hice así y formé el dictamen con cuya lectura voy a ocupar la ilustrada atención de ustedes; no habiendo entonces llegado a leerlo al Sr. Licéaga, tanto por falta de tiempo que le dejaran sus múltiples atenciones cuanto porque, algo después, los casos que aparecieron en Campeche le quitaron al asunto el interés principal.

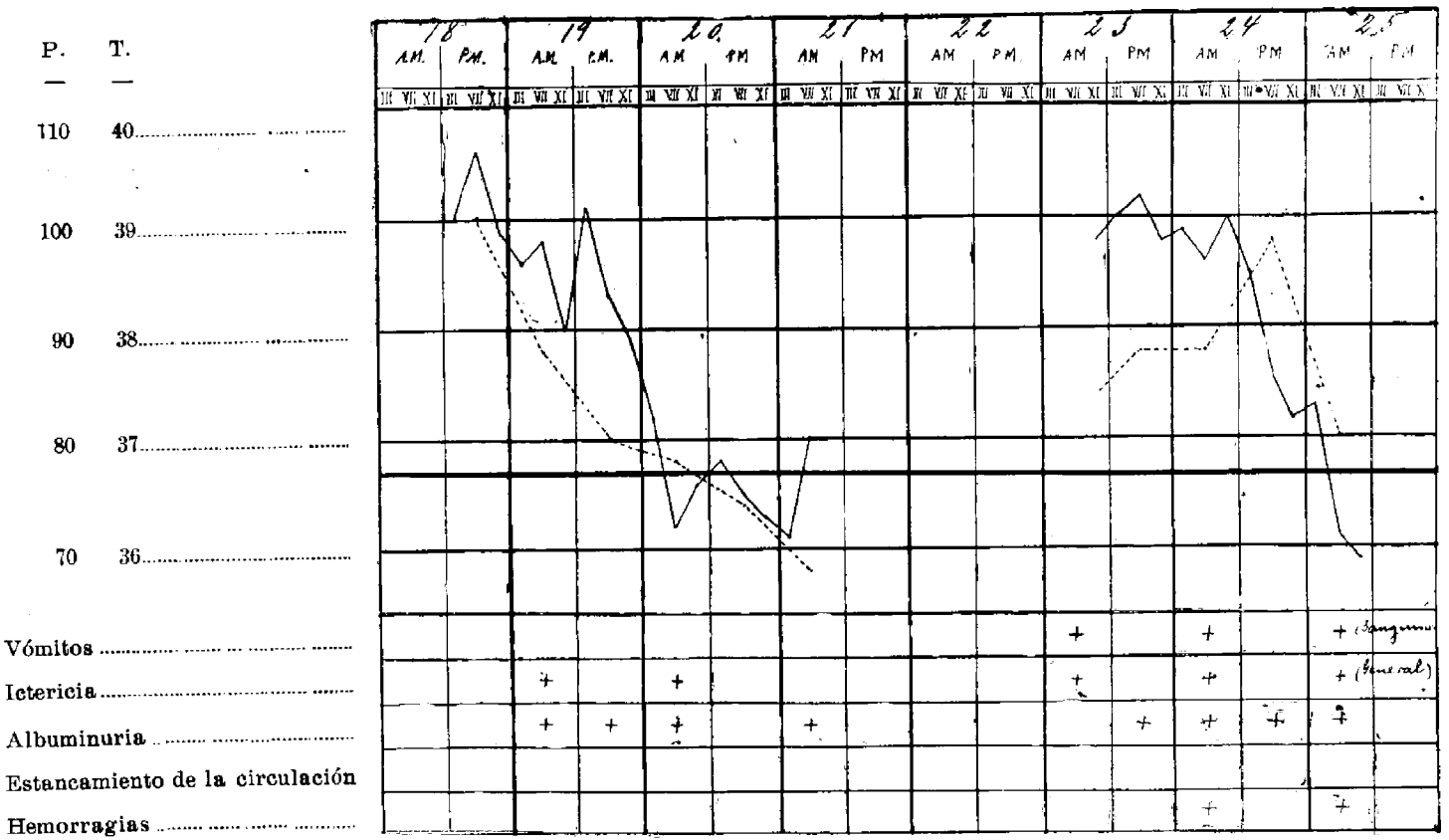
Como en esta ocasión tuvo papel impartantísimo para hacer dudar del diagnóstico del caso de Yucatán el hecho de no encontrarse el «caso antecedente» que pudiera explicarlo, me parece que tiene alguna importancia el trabajo que llevé a cabo entonces y que voy a leer a ustedes tal como fué escrito.

Suplico atentamente a los señores académicos se sirvan disculparme si no lleno mi turno de lectura con algo especialmente hecho para la respetable Corporación, tomando en cuenta que no ha sido por falta de voluntad sino de tranquilidad por nuestras condiciones nacionales, y que el asunto de fiebre amarilla puede considerarse siempre como de actualidad entre nosotros.

(1) Trabajo leído en la sesión del día 16 de junio de 1915.

"Gaceta Médica de México."
Tomo X, 3ª serie, 1915. pág. 446.

Agosto de 1910.



Importancia del "caso antecedente" para el diagnóstico de fiebre amarilla en los lugares en que la enfermedad ha reinado endémicamente.—*O. González Fabela.*

IMFORME RELATIVO AL DIAGNÓSTICO DEL PADECIMIENTO DE QUE MURIÓ HILARIO PACK, EN MÉRIDA (YUC.), EL 25 DE AGOSTO DE 1910.

Al señor Presidente del Consejo Superior de Salubridad,

Presente.

Tengo el gusto de insertar a Ud. el informe relativo al diagnóstico del padecimiento de que murió el coreano Hilario Pack, en Mérida (Yuc.), el 25 de agosto del corriente año.

Los elementos de que he dispuesto para este trabajo han sido tomados de las obras siguientes, cuyos autores (según se desprende de los textos) han contado al escribirlas con la cosecha propia y con la de numerosísimos de los principales observadores de fiebre amarilla.

Traité Théorique & Clinique de la Fievre Jaune, par Bérenger Feraud.—Directeur du Service de Santé, President du Conseil Supérieur de Santé de la Marine, Membre correspondant de l'Academie de Medécine, etc., etc.—París, 1890.

Informe de los DD. José Mesa y Gutiérrez e Ismael Prieto. La fiebre amarilla en Monterrey en el año de 1898.—Boletín del Consejo Superior de Salubridad de México.—Abril de 1899.

Tropical Medicine by Jackson.—Lecturer on Tropical Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphia, Member of The American Society of Tropical Medicine. Lately Captain and Assistant Surgeon, United States Volunteers.—Philadelphia, 1907.

Sanidad y Beneficencia.—Boletín Oficial de la Secretaría.—Tomo I, núms. 1, 2 y 3, Habana, abril, mayo y junio de 1909.

Dr. J. Guiteras: Notas sobre fiebre amarilla y tuberculosis en Cuba.—Sintomatología y diagnóstico de la fiebre amarilla.

Dr. M. C. Lebredo: Diagnóstico especial de la fiebre amarilla en los casos benignos.

Dr. A. Agramonte: Etiología de la fiebre amarilla y destrucción de mosquitos.

Dr. E. B. Barnet: Tributo de gratitud.

Osler's Medicine.—Vol II.—Infectius Diseases.—Philadelphia, 1918.

Dr. James Carrol: Yellow Fever.

El plan seguido en este informe es el siguiente:

1. Historia y diagnóstico clínicos.
2. Diagnóstico anatómico.
3. Diagnóstico histológico.
4. Consideraciones acerca de la teoría del mosquito.

El informe, como verá Ud., ha salido demasiado extenso y contiene numerosísimas transcripciones, muchas de las cuales parecerán redundantes. las he puesto por considerar la autoridad innegable de los autores, como el único fundamento de este escrito y, también, por parecerme muy dignas de ser conocidas de todos los médicos que ejercen en nuestras costas. A este propósito, me permito llamar a Ud. la atención sobre la conveniencia de repartir a dichos médicos una edición del trabajo del Dr. Lebredo.

Hago a Ud. presentes mis agradecimientos por la confianza que me ha dispensado, haciéndome esta encomienda; deseo que el informe le sea útil en

algo para el trascendental asunto de la fiebre amarilla y, repitiéndole las seguridades de mi atenta consideración, quedo a sus órdenes como respetuoso discípulo y seguro servidor.

México, octubre 21 de 1910.

O. González Fabela.

Historia clínica.—Hilario Pack, natural de Corea, de 38 años de edad, con cinco años de residencia en Mérida, comenzó a estar enfermo el 18 de agosto de 1910, día en que fué encontrado por el Agente Sanitario y llevado al Lazareto. Estuvo enfermo del 18 al 15 en que murió, habiendo estado el 21 y el 22 en el Hospital «Horán».

Día 18.—Disnea, cefalalgia, escalofríos, fiebre, lengua saburral, dolor en todo el cuerpo, inyección de las conjuntivas (el enfermo dice haberle comenzado coriza hace ocho días).

Día 19.—Ligero dolor en el epigastro, tos, cefalalgia, tinte ictérico de las conjuntivas, fiebre, albuminuria.

Día 20.—La fiebre desaparece; tos, tinte ictérico de las conjuntivas, albuminuria.

Día 21.—Pasó al Hospital «Horán» con diagnóstico de «infección gástrica». No hay datos de sintomatología en ese día, excepto haber encontrado albuminuria.

Día 22.—Permaneció en el mismo lugar. No hay datos.

„ 23. Volvió al Lazareto y a las once de la mañana se le encontró con decaimiento general, cefalalgia, dolor intenso en el epigastro, fiebre elevada, bascas y vómitos, inyección y tinte ictérico de las conjuntivas, raquialgia, lengua de fresa, albuminuria

Día 24.—Los mismos síntomas del día anterior pero más acentuados, epistaxis, disnea, hemorragia gingival, vómitos con pequeña cantidad de sangre coagulada, inquietud general, albuminuria.

Día 25.—Dolor intenso en el epigastrio, decaimiento general, pulso irregular, disnea, hipo, bascas y vómitos con coágulos sanguíneos negros, contracciones, pérdida de conocimiento, delirio, tinte ictérico de las conjuntivas, de la cara y todo el cuerpo en general, albuminuria, hemorragia gingival, baja completa de la temperatura, estado comatoso y, por último, muerte a las once y media de la mañana.

Diagnóstico anatómico.—Se entiende que el macroscópico, dado por el Dr. Seidelin, quien le había diagnosticado «hipertrofia de la vesícula biliaria con expistaxis y vómitos biliosos», advirtiendo que lo rectificaría o ratificaría después de la autopsia.

Diagnóstico.—Gastritis equimótica.—Hepatitis aguda.—Nefritis aguda doble, magno grado.—Metamorfosis adiposa del miocardio.—Esplenitis aguda.—Colitis equimótica, magno grado.—Abscesos de las amígdalas.—Nódulo fibroso del riñón derecho.—Edema pulmonar.—Hiperhemia pulmonar.—Hiperhemia meníngea.—Adherencias pleurales en ambos lados.—Equimosis ventrículo leve grado, del colon magno grado, de la pleura y del pericardio.

Diagnóstico histológico.—Degeneración grasosa intensa del hígado congestión intensa, algunos focos hemorrágicos.

En la hoja adjunta he puesto las curvas de temperatura y del pulso, así como los principales signos que, según el Dr. Guiteras, caracterizan la fiebre amarilla. Voy a analizar los caracteres de cada uno de estos síntomas, por lo que respecta a su intensidad, época de aparición y evolución en general, para poder apreciar hasta qué punto el cuadro clínico presentado por Pack corresponde con el descrito por el Dr. Guiteras.

Dice el Dr. Guiteras, al comenzar el artículo que escribió después de la epidemia que prevaleció en Cuba de 1905 a 1908, pág. 175, «DEFINICIÓN.—Es una enfermedad oriunda de los centros populosos del litoral del Atlántico tropical y transmisible de hombre a hombre por la picada del mosquito estegomia. Sus caracteres distintivos son: 1) fiebre de dos a siete días, caracterizada por una invasión brusca y un período de estado de uno a cuatro días de duración, que termina por una lisis irregular e interrumpida a veces por una exacerbación secundaria; 2) un descenso notable del pulso que comienza en el período de estado; 3) vómitos; 4) ictericia; 5) albuminuria; 6) estancamiento de la circulación, y 7) hemorragias. Las lesiones principales son: degeneraciones perenquimatosas del hígado, el riñón y el estómago».

Utilizando la hoja adjunta, formada con los datos remitidos, examinemos cada uno de los signos indicados por el Dr. Guiteras, en el enfermo que nos ocupa.

Fiebre.—La fiebre duró siete días, comenzó bruscamente, tuvo una lisis irregular en el segundo y tercero días, y en el sexto la encontramos ya casi tan alta como la del principio. Si en todo rigor no sabemos cómo fué la temperatura en el período de remisión, sí llama la atención que la última temperatura que presentaba el enfermo al salir del Lazareto era de 37 y tendía a subir cuando cuatro horas antes era nueve décimos menor y *cuando* en la hoja remitida se encuentra una raya en 36,7 indicando probablemente que esta temperatura es la considerada como la media normal. Debemos pensar también que en nuestro enfermo la temperatura debía ser menor que la normal por los dos días de fiebre alta y síntomas de un padecimiento agudo y grave, así como por tres días de dieta hídrica. Se podría decir con bastante fundamento que el enfermo aludido no debió ser considerado como apirético y no sospechoso de fiebre amarilla cuando relacionando el pulso con la temperatura, se notaba ya la discrepancia a que todos los que han escrito acerca de la enfermedad le dan un valor tan grande. Dice el Dr. Guiteras, refiriéndose a la evolución de la fiebre (pág. 175): «Después de esta elevación inicial de la temperatura (el Dr. Guiteras hace referencia a esta elevación considerándola de un día; en las curvas que acompaña a su trabajo se puede ver que por lo general, es de dos días), el curso de la enfermedad varía, conformándose a uno de los *tres tipos* siguientes: *el tipo descendente* o forma benigna, *el tipo continuo* y *el tipo de remisión* o de fiebre secundaria».

Comparando la curva de la fiebre de Pack con algunas de las del trabajo que he tomado como modelo, se verá la semejanza (véase la curva IX, pág. 185, de un caso experimental) y se encontrará su primera parte enteramente análoga a la de un caso experimental terminado por curación; es decir, cuando la remisión no fué interrumpida por la elevación de fiebre secundaria. Véase también la semejanza de esta parte con toda la curva del caso fatal, trazo nº VI, pág. 182, y con la de tipo de remisión. Curación.—Curva VII, pág. 183.

Pero hay más: véamos la importancia que se le da y los caracteres que se asignan a la remisión:

Bérenger-Feraud (pág. 252) dice, refiriéndose a la fiebre amarilla de mediana intensidad, a los ataques que comienzan insidiosamente y al segundo período: «2º período.—Una remisión que parece de buen augurio a *primera* vista y que, sin embargo, ha sido muy bien caracterizada con frecuencia por la designación brutal de *mejoría de la muerte*, señala el principio de este período. Esta remisión no es sino aparente; es, propiamente hablando, una transición de duración variable, pues dura (según los casos) de algunas horas a dos días». (Dos días, en nuestro caso). Está caracterizado por los fenómenos siguientes:

«El pulso disminuye de fuerza y de amplitud, llega a la cifra normal de pulsaciones, y aun desciende de ella durante dos, tres, cuatro días; es blando, depresible.....» Sigue hablando el autor, de los caracteres del pulso, a los que da gran importancia, para terminar con que, en una palabra, es irregular. Después dice: «La temperatura de la piel baja un poco y puede, por sí sola, dar casi una certeza absoluta, a lo menos una presunción con respecto a la terminación, pues si la mejoría es de buen agüero, el calor baja, mientras que queda elevado relativamente si el peligro persiste.....» Más adelante (pág. 255): «Después de tres o cuatro días de elevación, los fenómenos del segundo período se atenúan si la enfermedad debe tener un desenlace favorable». En seguida (pág. 256): «Si las cosas deben cambiar empeorando, se ve, después de un corto período de tranquilidad, que mereció con razón el nombre siniestro de *mejoría de la muerte*, tranquilidad que ha sido más aparente que real, pues la temperatura ha quedado elevada; se ve, decía yo, que los diversos síntomas toman una severidad que hace bien pronto augurar el mal resultado». Por último, casi al terminar este párrafo (pág. 258): «Para resumir, diremos que esta fiebre amarilla de segundo grado puede ser considerada como una enfermedad que tiene dos períodos bien marcados, separados por una transición, la famosa *mejoría de la muerte*. Esta es la fiebre amarilla completa, la que confiere una seguridad, casi absoluta en algunas condiciones, a los individuos que han tenido la fortuna de sufrir sin morir».

El Dr. Guiteras hace referencia a esta remisión al tratar de la temperatura, y se expresa así (pág. 176): «En las descripciones clásicas de la fiebre amarilla que datan de épocas anteriores al uso sistemático del termómetro, se señala como carácter distintivo de la curva térmica una *remisión en el tercero o cuarto día* de la enfermedad, y tal era la importancia que a este síntoma se daba, que algunos autores tenían esta apirexia por fiebre de dos paroxismos, separados por un período de *remisión o calma*. No puede negarse que, si hacemos caso omiso del termómetro, nos impresiona a veces como exacta la descripción de que me ocupo. Salta a la vista que en el momento de cesar el eretismo vascular del período de invasión, se opera un cambio notable en el aspecto del paciente. Nótase en los casos graves una tendencia al éxtasis sanguíneo, al mismo tiempo que se presentan las hemorragias. Las extremidades se enfrían; en la frente, y sobre todo, en las muñecas, se siente la piel húmeda y fresca; aliviado de sus dolores, dice el enfermo que se siente mejor; pero todo esto no coincide necesariamente con un descenso del calor interno. Puede presentarse una remisión, porque en la fiebre amarilla, *lo mismo*

que en otras infecciones en que se desarrollan durante la primera semana *lesiones serias de carácter agudo*, ocurren, con más o menos frecuencia, oscilaciones de la temperatura, remisiones y fiebres secundarias. No debe sorprendernos, pues, que las curvas termométricas de la peste, la escarlatina, la varicela, el sarampión, la gripa, *se asemejen* a las de *la fiebre amarilla*».

Como se ve, el Dr. Guiteras, queriendo, al parecer, decir que el termómetro ha aclarado que no existe la remisión, asienta todo lo contrario: pues dice que «no puede negarse que, si hacemos caso omiso del termómetro, etc.», para agregar adelante hasta la explicación de por qué se presenta, cuando dice: «lo mismo que en otras infecciones.... ocurren, con más o menos frecuencia, oscilaciones de la temperatura». Y más aún, advierte: «No debe sorprendernos». ¿Qué será lo que él advierte que no debe sorprendernos: lo que él sabe que no se presenta o lo que está acostumbrado a observar, obedezca a este o a aquel mecanismo?

El Dr. Carroll, que indudablemente ya usó termómetro, opina absolutamente de acuerdo con los autores clásicos a que se refiere el Dr. Guiteras, aunque en contra de la opinión de este último señor. Define la enfermedad en los siguientes términos: «Una enfermedad aguda, específica, infecciosa pero no contagiosa, caracterizada por fiebre, que aparece algunas veces en uno, pero generalmente en dos paroxismos; el primero de los cuales es de corta duración y seguido por una breve remisión o apirexia *(intermission)*, que es seguida a su vez por fiebre secundaria, acompañada de albuminuria, ictericia, hemorragias pasivas de las membranas mucosas y en los casos graves por vómito negro».

Vamos a ver lo que opina sobre la fiebre el Dr. Lebredo, en su interesantísimo estudio, que es contemporáneo del del Dr. Guiteras. (Pág. 245):

«Es posible eliminar la fiebre amarilla, en algunos casos, refiriéndonos únicamente a la duración de la fiebre.

«Fiebre de uno y de dos días de duración, no es fiebre amarilla, no existe. Tampoco existe fiebre amarilla, si la fiebre dura por más de diez días con forma continua. Cuando nosotros encontramos un individuo con fiebre aún alta pasado el séptimo día de enfermedad, si se trata de fiebre amarilla, ha de estar muy grave y ha de presentar concomitantes síntomas muy evidentes de la forma grave de esta enfermedad.

«Yo no he encontrado nunca esas formas de fiebre amarilla, de forma tifoidea, de dieciocho a veinte días de duración; bien es verdad, que no creo en esas pirexias de una forma con apariencias de otras. Puede desarrollarse intercurrentemente cualquier infección en la convalecencia de la fiebre amarilla, pero tendrá sus propios caracteres bien definidos.

«La fiebre amarilla benigna dura de tres a cinco días. En los casos de cinco días, puede o no presentar la clásica remisión (no constante) del tercer día.

«No se interprete que la benigdad está siempre en relación discreta con la duración, puesto que casos de fiebre amarilla de cinco días de duración pueden presentar síntomas tan ligeros, que obligan a una minuciosa observación para encontrarlos; mientras que casos terribles, mortales, pueden durar solamente tres días. Pero esto es excepcional, siendo los casos de tres y cuatro días de duración, de la fiebre, los que dan el mayor contingente de la fiebre amarilla benigna.

«En estos casos benignos y aun en los intensos, es decir, en los casos de fiebre amarilla pura, nunca se presenta la hipertermia. La hipertermia, sobre todo al final, es un síntoma gravísimo, mortal.

«A la fiebre acompaña en algunos casos, en el primero y segundo día (época congestiva de los autores), el enrojecimiento de la cara y el pecho o congestión periférica, la inyección ocular, la línea dermográfica. Todos estos signos faltan la mayor parte de las veces en los casos benignos de tres a cuatro días de duración.

«Cuando los casos de fiebre amarilla son prolongados, es decir, en los que dura la fiebre ocho, nueve y diez días, y algunas veces once, siempre tocan la normal tras una gradación descendente, al quinto o al séptimo día. Estos casos no los creo yo puros. Todos estos casos son más o menos graves, pero se nota en ellos que alguna infección (séptica y hemorrágica la mayor parte de las veces) los complica. Se ve tras la curva clásica primitiva de la fiebre amarilla, que toca siempre a la normal en un período más o menos largo que hemos dicho entre el quinto y el séptimo días, cómo vuelve a subir la fiebre o se hace intermitente por dos o tres o más días; o bien tiene una convalecencia larga, con fiebres ligeras que muestran evidentemente que otra infección ha prolongado la infección primitiva, pura, de la fiebre amarilla».

Pulso.—Habla el Dr. Guiteras. (Véase la hoja adjunta): «Durante la invasión, en el primero y tal vez en el segundo día, el pulso no difiere del de otras afecciones febriles: es amplio, de mediana tensión y frecuente; se mantiene en relación con la elevación de la temperatura; pero al segundo o tercer día la frecuencia disminuye y puede continuar en descenso hasta llegar, con la defervescencia, a un ritmo de extraordinaria lentitud. Esta caída del pulso no está en relación con el descenso de la temperatura, antes al contrario, suele presentarse sin disminución de la fiebre o con incremento febril. Esta *falta de concordancia entre la temperatura y el pulso constituye uno de los síntomas mas característicos de la enfermedad.* Puede suceder que la línea general del pulso no se acomode constantemente a este tipo; pero es muy raro encontrar una cuadrícula de fiebre amarilla en que no aparezca alguna manifestación, aunque no sea más que por poco tiempo, de este fenómeno singular. Las curvas que acompañan este trabajo presentan todas ejemplos de *discrepancia* más o menos sostenida *entre el pulso* y *la temperatura.* Debo advertir, sin embargo, que este fenómeno *suele no presentarse*, particularmente en las mujeres y en los niños.

«El pulso durante el primer día llega a 110 o a veces más. En los casos cortos, de tipo descendente, ya en el segundo día empieza a bajar hasta ponerse entre cuarenta y cincuenta con la defervescencia. En los casos de fiebre secundaria, ésta suele afectar muy poco o nada el pulso; pero en los *casos mortales* sí se acelera en los últimos períodos de la enfermedad. En tales casos se nota con frecuencia un *descenso gradual o brusco de la temperatura* juntamente con *una elevación progresiva del pulso, signo de gravísima significación pronóstica*». (Véase la hoja en el día 24).

«La lentitud de la acción cardíaca durante la fiebre secundaria *engaña a menudo al inexperto*, en punto a la gravedad del mal. El médico, acostumbrado a seguir con ansiedad la frecuencia ascendente del pulso en los casos graves de neumonía, tifoidea, o de las fiebres eruptivas, apenas podrá descubrir

las señales de una muerte segura en un enfermo cuyo pulso late con media na amplitud y a razón de setenta por minuto. El clínico experimentado, sin embargo, notará que la tensión arterial disminuye, que las extremidades se enfrían, que los labios y la superficie del cuerpo toman color cianótico, que se presenta el hipo o que la respiración es suspirosa».

Bérenger-Feraud (fin de la página 378) dice: «El hecho del decrecimiento del pulso, del primero al segundo, al cuarto o quinto día es el carácter principal de la fiebre amarilla, según Faget».

El Dr. Lebredo dice en la página 246: «Conocido es el signo de Faget, que generalmente se da como evidente de fiebre amarilla: la disociación entre el pulso y la temperatura. Es indudable, que en los casos francos de mediana intensidad, se presenta clara esta disociación, descendiendo el pulso, mientras las temperaturas se elevan, o viceversa, de manera que el pulso y la temperatura hacen movimientos invertidos de ascenso y descenso.

«Este signo se presenta casi siempre desde el tercer día de la enfermedad, haciéndose evidente desde el segundo día en algunos casos raros, y dura hasta el fin de la fiebre.

«El descrito es el legítimo significado del *signo de Faget.* Hay que no confundirlo con la lentitud del pulso.

«Todo el tiempo que dura esa inversión entre el pulso y la temperatura, según el *signo de Faget,* el pulso se halla relativamente elevado, oscila entre 60, 65, a 80 y 90. Pero ésta no es la época del pulso lento.

«El pulso lento de 40 a 50 y 55 pulsaciones se presenta siempre en los casos de fiebre amarilla de alguna intensidad desde el día de la apirexia, algunas veces desde la víspera, y dura varios días. En los casos graves, complicados, de nueve a diez días de enfermedad, se presenta el pulso lento desde el día en que la temperatura *tocó* la normal, como ya hemos dicho del quinto al séptimo día.....!

«En Santa Clara, en la Quinta de salud que dirige el Dr. Cornide, tuvimos diferido el diagnóstico de un caso, con dos días de fiebre, con tinte ligero amarilloso al empezar el tercer dia, tan ligero que había que buscarlo en las escleróticas, con vestigios pequeñísimos albuminosos, esperando que se reforzaran los síntomas. Este individuo no llegó a cumplir su tercer día de fiebre, pues desapareció la temperatura, así como el ligero vestigio albuminoso; pero el pulso se hizo francamente lento y dicroto con algunas intermitencias, dándonos con esta prueba de intensa intervención circulatoria, la certidumbre de que se trataba de un caso de fiebre emarilla. Poco tiempo después ocurrieron varios casos de fiebre amarilla en el Cuartel de las tropas americanas.»

La disociación de la temperatura y el pulso es tan ostensible en el caso de Pack, que bastará pasar la vista por la hoja adjunta. Mientras se tomaron la temperatura y el pulso, en el principio y en el fin de la enfermedad, la inversión fué absoluta, apareció en el segundo día, persistió (haciéndose inversa) en el tercer día, se hizo de nuevo clara y directa (pulso bajo y temperatura alta) en el cuarto día, cuando se consideró al enfermo no sospechoso de fiebre amarilla; para volver a aparecer franca e inversa en el séptimo día, cuando (según el Dr. Guiteras) es de pronóstico fatal con ese carácter.

La curva, es verdad, está interrumpida; pero la simple inspección de la

hoja hace ver que (al parecer) cuando el enfermo fué transladado del Lazareto al Hospital la temperatura iba ascendiendo y se había elevado nueve décimos en el intervalo de cuatro horas, mientras el pulso iba descendiendo y era de 68 con temperatura de 37, cuando había sido de 78 con temperatura de 36,2, veinticuatro horas antes. En el séptimo día la disociación en sentido inverso es apreciable entre los datos recogidos a las siete de la mañana y a las siete de la noche.

Vómitos.—En nuestro enfermo los vómitos aparecieron en el sexto día (vómitos y bascas), en el séptimo hubo vómitos con pequeña cantidad de sangre coagulada y, en la mañana del octavo (en que murió el enfermo) fueron vómitos con coágulos sanguíneos negros. Además, en la autopsia se encontró: «El estómago contiene 350 centímetros cúbicos de un líquido negruzco grumoso..... El intestino delgado contiene en su parte superior un líquido de la misma naturaleza del contenido estomacal.....»

Dice el Dr. Guiteras (pág. 192): «*El vómito no es un síntoma constante* de la fiebre amarilla. Como fenómeno inicial es más frecuente en la *viruela* y en la *escarlatina*. Al principio los vómitos son de alimentos y suelen no volver a presentarse. La *persistencia del vómito* es un *síntoma grave*. Excluyendo los vómitos de alimentos iniciales, las materias arrojadas consisten generalmente en un líquido opalino que contiene cantidades variables de moco. Más tarde, si persiste el síntoma, pueden presentarse las hemorragias que se anuncian primero por la aparición de *partículas de color obscuro* que flotan en la superficie del líquido y se designan con el nombre de *alas de mosca*. Auméntase después el número de partículas, y va obscureciéndose el líquido hasta constituír un fiúido negruzco y siruposo: el *vómito negro*. La mancha que deja dicho líquido sobre una tela blanca es de un color pardo obscuro, rojizo, y no verdoso.

«En los casos graves que llegan a este extremo, se queja el paciente, en los intervalos más o menos largos entre los vómitos, de una sensación intolerable de ardor en el epigastrio y a lo largo del esófago; sensación que se agrava con frecuencia por el hipo penoso.

«El *vómito negro puede no presentarse en casos graves* y aun mortales; pero en estos últimos *se encuentra casi siempre el líquido borroso en el estómago*, en la autopsia.

«En los casos benignos suele no haber vómitos de ninguna clase si no los provoca el tratamiento; y falta también a menudo la sensibilidad del epigastrio a la presión».

El Dr. Lebredo dice (pág. 252): «h) *Vómitos.*—El vómito es el más constante de los fenómenos que se presentan en el curso de la fiebre amarilla. Muchas veces es cierto que los vómitos fueron provocados por indicaciones terapéuticas mal dirigidas; pero es un hecho que, al contrario, aun en individuos que han cometido algunos excesos de comida, no han sido los vómitos el síntoma más notable de la enfermedad... ..

«Pero no quiero pasar la oportunidad de requerir el hecho de la interpretación que suele darse, de que todo vómito de borras, es sinónimo de fiebre amarilla. Recordemos que el vómito negro puede presentarse en muchos casos, sin que se trate de fiebre amarilla.

«Vómito negro existe con gran frecuencia en los accesos perniciosos, tam-

bién en casos en que se ha abusado de la medicación mercurial (calomelanos); también se presenta con frecuencia en las infecciones del grupo bacilar hemorrágico (*Shiga, colibacilo, bacilo piociánico*, etc., y aun en las *septicemias*).

. . . . . .

«Por lo que respecta a la *borra de la fiebre amarilla*, se presenta en los casos gravísimos, cuya curva térmica se hace anómala, y debe ser provocada por infecciones secundarias, como ya mostramos el Dr. Cartaya y nosotros en un trabajo anterior.»

Ictericia.—Bérenger-Feraud cita, y yo no resisto a la tentación de mencionarlas por la autorización de ellas, las opiniones completamente divergentes, opuestas, de Dutreuleau y de Trouseau. Dice el primero: «Es el único síntoma que sea constante en la fiebre amarilla.» Dice el segundo: «Hay un punto sobre el cual es fácil convenir: sobre la ausencia de icteria en la fiebre amarilla. En más de mil enfermos que me ha sido dado ver, no hubo uno solo atacado de ictericia.» Bérenger-Feraud explica este desacuerdo diciendo que Trousseau se preocupó por quitar del ánimo del principiante la idea de buscar la ictericia como síntoma del principio de la fiebre llamada amarilla; de tal manera que se esperara encontrar este síntoma manifiesto para diagnosticar la enfermedad en el principio. Después analiza las clases de ictericia que se pueden presentar: la biliféica (la habitualmente vista en muchos enfermos de las vías biliarias) y la hemaféica; y termina su estudio del síntoma con las siguientes frases (pág. 354): «Según estos diversos trabajos, se sabe hoy que la primera de estas dos o tres ictericias, comprobadas en la fiebre amarilla, tiene los caracteres siguientes: es constante, patognomónica de la enfermedad en alto grado, aparece más o menos claramente cuando la enfermedad dura algunos días o, al menos, aparece en el cadáver si la muerte ha sido demasiado violenta. Esta ictericia no siempre se produce por la bilis, sino que coincide y aun depende del retardo en la vía arterial y capilar; es la ictericia llamada hemaféica.

«La segunda ictericia, que es accidental y que no es patognomónica, aparece más o menos tarde, en el segundo período de la enfermedad, está muy lejos de ser constante, es excepcional: es una ictericia biliféica que lleva a la sangre y a la orina los elementos de la bilis.

«En fin, yo añadiría: que la combinación de esas dos ictericias ha hecho admitir una ictericia mixta, que se observaría en algunas circunstancias especiales. Pero confieso que, por mi parte, tengo dificultad, etc. . . .»

Dr. Guiteras (pág. 193).—Después de decir algunas palabras acerca de la patogenia de la ictericia y, sin decidirse por alguna, se expresa así: «*Pocas veces, o tal vez nunca, falta* la ictericia *en la fiebre amarilla.* En algunos casos benignos se discute su existencia; y también en algunos de rápida terminación fatal *puede no presentarse hasta después de la muerte. El cadáver siempre se pone amarillo.*

«. . . . La intesidad de la ictericia *no es por sí sola, indicio de gravedad*, a menos que no exista con tendencia marcada a las hemorragias. *Más grave es la precocidad de la ictericia pronunciada.*»

Dr. Lebredo (pág. 258.): «Si admitimos pues, como admiten algunos, ... la existencia de una ictericia hematógena, podríamos interpretar los fenómenos ictéricos de la fiebre amarilla de una manera sencilla.

«Esta ictericia hematógena, producto de la acción del virus sobre la sangre, mejor dicho, sobre su hemoglobina, nos explicaría esa legítima ictericia de la fiebre amarilla de un color pálido, color algo pajizo, *gamuza*, tan distinto de la de color verdoso con reflejos rojizos, muy intenso, que se observa en los casos de obstrucción al libre curso de la bilis.

. . . . . .

«En clínica existen claras esas diferencias.

«Así vemos cómo en los casos puros y en los benignos de la fiebre amarilla no pasa de la coloración característica descrita la ictericia (color claro, pajizo) durante toda la enfermedad, y aumenta y decrece según aumenta o disminuye la intensidad de la infección.

«Pero cuando la enfermedad se *prolonga*, entonces puede hacerse muy intensa la ictericia por la absorción biliaria....

«La de los casos benignos, no se revela fácilmente a la vista, muchas veces no se presenta en la piel. Se hace necesario buscarla en los ojos y se requiere cierta práctica para su determinación.

. . . . . .

«¿Es concebible un caso de fiebre amarilla sin ictericia? No lo creemos. En los casos muy benignos, puede ser de imposible identificación, por ser muy ligera; también por ser muy fugaz; por haber aparecido y desaparecido rápidamente puede pasar sin ser observada, pero siempre existe o existió.»

A este propósito me parece importante trascribir cómo expresan los DD. Mesa Gutiérez y Prieto (don Ismael), la impresión que les dieron los casos observados en Monterrey, por podernos imaginar mejor los caracteres de la ictericia conforme a los términos por ellos usados cuya verdadera significación conocemos. El Dr. Mesa Gutiérrez apunta como datos clínicos de sus cuatro observaciones «tinte subictérico» en las tres primeras sin indicar la fecha de la enfermedad; en la cuarta, más detallada, dice en el cuarto día de enfermedad «ligero tinte subictérico en las conjuntivas.»

El Sr, Dr. Prieto dice: «Pocos días antes de la remisión, a veces en el curso de ésta, ha aparecido la icteria, que en lo general, ha sido poco pronunciada, prestando a las conjuntivas y a la piel el tinte que se llama subictérico.»

Albuminuria.—Dr. Guiteras (pág. 194): «*La presencia de albúmina en la orina* constituye uno de los síntomas característicos de esta enfermedad.

«En una larga serie de casos cuidadosamente estudiados, siempre he podido comprobar la presencia de albúmina en la orina. En ninguna de las enfermedades infecciosas es la *albuminuria un síntoma tan constante*». En seguida indica que también se ha encontrado mucho más frecuentemente de lo que se creía en la tifoidea, gripa, dengue y paludismo. «En estas infecciones, sin embargo, a menos que la infección sea muy intensa, la albúmina se presenta en muy pequeña cantidad o más tarde que en la fiebre amarilla.»

Dr. Lebredo (pág. 250): «Considero a la albuminuria el síntoma más notable y manifiesto de la fiebre amarilla, pues es constante.

«No hemos visto nunca fiebre amarilla sin albúmina.

«La presencia de la albúmina en la orina, no constituye síntoma patognomónico de ninguna enfermedad. Pero el día de su aparición y la gradación en su aumento y disminución, le dan un carácter perfectamente determinado en la fiebre amarilla.

«Todos conocemos que la albuminuria de la fiebre amarilla se presenta al tercer día, cuando más temprano al final del segundo día; que dura varios más, para desaparecer después, siguiendo en éste, sintomatológicamente, el proceso de nefritis que siempre acompaña a la fiebre amarilla.

.....

«La albuminuria precoz al primero y segundo días de la fiebre, habla en contra de la fiebre amarilla. Muchas enfermedades agudas, presentan albuminuria precoz, la gripa principalmente; pero en ellas la cantidad de albúmina no varía, se conserva próximamente al mismo grado, por lo general como vestigio, siendo esta invariabilidad en la cantidad, la que excluye el diagnóstico de fiebre amarilla.»

Estancamiento de la circulación.—Este carácter de la enfermedad apareció en nuestro enfermo, comprobado por las hemorragias en el segundo acceso y por lo que se descubrió en la autopsia.

Hemorragias.—Bérenger-Feraud (pág. 405): «Las hemorragias son tan frecuentes en un momento de la fiebre amarilla, que se las puede considerar como inherentes a un período de la enfermedad. Solamente que presentan las mayores diferencias con respecto a número, sitio, abundancia, etc; y aun, es preciso añadir, que en algunas epidemias parecen producirse más frecuentemente que en otras». En la siguiente página pone dos cuadros correspondientes a 51 y 213 casos, para apreciar los lugares más frecuentes de las hemorragias:

Bucales	23
,, y nasales	12
,, y vómito negro	13
Anales	3
	51

Por el estómago, vómito negro	111
Por la boca, estomatorragia	22
Por la nariz, epistaxis	31
Por el intestino, enterorragia	15
Por infiltración subepidérmica, petequias	15
Por diversas soluciones de continuidad	9
	213

Dr. Guiteras (pág. 105): «De 277 casos bien estudiados, 122 presentaron hemorragias. Probablemente entre un número considerable de los otros, no faltaron algunos con *encías esponjosas* que sangraban fácilmente a la presión. De los casos no hemorrágicos curaron 148 y fallecieron 7; de los hemorrágicos curaron 66 y murieron 56. Los casos fatales tuvieron, con muy pocas excepciones, gastrorragia, y presentaron la mayor parte al mismo tiempo alguna otra forma de hemorragia. De los casos que curaron, 27 tuvieron *vómito*

negro. En la mayor parte de éstos, sin embargo, el síntoma no se presentó con violencia.

«....En 52% de los casos de gastrorragia *el síntoma aparece del cuarto al quinto día;* pero lo he visto aparecer desde el segundo o demorarse hasta el onceno. Los reactivos,....

«*La hemorragia gingival y la nasal* son las manifestaciones *hemofílicas* más frecuentes» ...

Dr. Lebredo.—El Dr. Lebredo en su trabajo que, como dije antes, se refiere a los casos benignos en especial, no tiene ni capítulo de hemorragias; voy a transcribir solamente lo que dice a propósito del estado de las encías, al cual le da importancia para el diagnóstico. (Pág. 245): «El estado de las encías puede tener determinado valor, como complemento del diagnóstico.

«En los individuos cuidadosos y aseados, la aparición de la gingivitis desde los primeros días de la enfermedad, puede tener gran importancia. Al contrario, si la observación se hace en individuos poco aseados, cuyos dientes.....

«Una gran palidez en las encías, suele presentarse en los individuos palúdicos, encías casi exangües, y en estas circunstancias, puede este signo no tener valor como negativo, de la fiebre amarilla, siempre de acuerdo con los demás síntomas del caso».

DIAGNÓSTICO ANATÓMICO.—Hemos visto ya todo lo referente a la historia clínica. Para el diagnóstico anatómico los trabajos de los médicos de la Habana nos prestan poca ayuda, dada su naturaleza. En cambio los trabajos de nuestros compatriotas (en la epidemia de Monterrey) sí nos proporcionan puntos de comparación, que me parecen importantes, pues si las autopsias practicadas por el Dr. Mesa Gutiérrez fueron muy poco numerosas, sus relatos están hechos con todo detalle. Para abreviar, especialmente porque en este sentido lo que tiene valor es más bien lo negativo que lo positivo, voy solamente a transcribir lo que el Dr. Mesa Gutiérrez dice acerca de uno de sus casos, para que se vea que casi pueden superponerse los caracteres anotados por él en aquel entonces y los que el Dr. Seidelin encontró en Pack, aun en sus detalles.

El diagnóstico anatómico de Pack consta al comenzar este informe.

El Dr. Mesa Gutiérrez dice (Boletín del Consejo Superior de Salubridad, abril de 1899, pág. 357. Primera autopsia de las cuatro que practicó y que se refiere a un enfermo que duró siete días): «*Diagnóstico anatómico.*—Ligera congestión y edema del encéfalo. Miocarditis aguda. Pleuresía fibrosa izquierda. Equimosis en la pleura derecha. Congestión pulmonar hipostática. Focos hemorrágicos en el pulmón derecho. Infarto agudo del bazo. Dilatación de la vejiga. Erosiones de las mucosas gástrica y duodenal. Ulceras catarrales del ciego. Tumefacción de las glándulas de Peyer. Degeneración grasosa del hígado».

Ciertamente que en el diagnóstico de las lesiones presentadas por el cadáver de Pack no aparece la degeneración grasosa del hígado, que es casi el único dato positivo del diagnóstico macroscópico; pero como se verá, el informe del Dr. Seidelin califica las lesiones encontradas en esta víscera con el nombre de «Hepatitis acuta», sin hacer el diagnóstico histológico.

Por lo demás, el aspecto macroscópico del hígado, pudiéramos decir que clasificado con todo rigor, más bien se hubiera podido decir: hígado congestionadísimo, de color rojo obscuro.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO.—Dice el Dr. Guiteras en la definición de la enfermedad (pág. 175): «Las lesiones principales son degeneraciones parenquimatosas del hígado, el riñón y el estómago».

El Dr. Mesa Gutiérrez, con toda clase de detalles, apunta como lesión constante en todas las autopsias que verificó, la degeneración grasosa del hígado.

En el caso de Pack, con los pocos elementos con que cuento para esta clase de investigaciones, por conocer muy poco y tener escasísima práctica en ellas, se ve que las lesiones encontradas por mí, *creyendo no encontrarlas por el aspecto macroscópico del hígado*, fueron: «degeneración grasosa intensa, congestión intensa y algunos focos hemorrágicos».

Si se comparan estos datos con los apuntados por el Dr. Mesa en alguna de sus cuatro autopsias, apuntamientos que he consultado posteriormente al estudio que hice del hígado, se podrá ver que el Dr. Mesa habla de una estructura casi imposible de determinar bien; muy probablemente por lo avanzado de la degeneración y su mezcla con otras lesiones. Dice el Dr. Mesa Gutiérrez (pág. 359): «Lo avanzado y lo uniforme de esta degeneración hace que sea muy difícil reconocer la estructura del órgano....»

Después de todo lo dicho, me parece muy difícil que cualquiera de los médicos mexicanos que no ejercen en las costas, contando con los elementos de diagnóstico anotados y si se tratara de una persona de su familia, no la medicinara tal y como si estuviera seguro de que se encontraba con un caso de fiebre amarilla; aunque no le fuera posible encontrar el caso de fiebre amarilla anterior que le explicara el que veía. A este propósito voy a transcribir lo que dice el Dr. Guiteras al principio del párrafo refarente a Diagnóstico de su interesante artículo (pág. 197): «Es un hecho curioso que el descubrimiento del *primer caso de fiebre amarilla en una localidad*, suele hacerse por *médicos poco conocedores* de la enfermedad; y es que éstos, tal vez por no ser inmunes, son los más interesados, los que más en alerta están, los que más abierto tienen el espíritu a la sospecha». Continúo transcribiendo, porque el párrafo siguiente me parece enteramente aplicable a nuestras condiciones.

«Conviene, pues, cultivar entre nosotros esa suspicacia y vigilancia, teniendo en cuenta que *no hay lugar en la Isla de Cuba* (Yo diría, para México, no hay lugar de nuestras costas, principalmente del Golfo) donde no pueda introducirse la fiebre amarilla *y propagarse después de introducida*, y que nuestra *población inmune va disminuyendo a medida que nos alejamos de la época llamada de la endemicidad amarilla*».

Tiene cuidado el Sr. Dr. Guiteras de decir que no hay lugar de la Isla donde no pueda *introducirse* la fiebre amarilla, subrayando después «y propagarse después de introducida,» para terminar al final con las palabras «de la época *llamada* de la endemicidad amarilla»: palabras que me trajeron a la

memoria otras célebres de nuestra historia: «*El llamado candil del llamado Imperio*».

Por lo que veremos adelante, parece que el Dr. Guiteras no solamente debió decir que no hay lugar de la Isla donde no pueda introducirse la fiebre amarilla, sino introducirse o *producirse;* pues, sin quitarle ni un ápice de la imponderable importancia que tiene, a la doctrina—no teoría—del mosquito, para explicar LA PROPAGACIÓN DE LA FIEBRE AMARILLA, dicha doctrina no tiene ninguna aplicación para explicar la PRODUCCIÓN del *caso* de fiebre amarilla cuya propagación sí explica con todos los requisitos científicos. Resalta tanto más esta omisión, cuanto que el trabajo que estoy estudiando es el de conjunto de la epidemia que reinó en la Isla, de octubre de 1905 a diciembre de 1908, y. apropósito del primer caso que dió lugar a esa epidemia, dice el mismo Sr. Dr. Guiteras (pág. 17): «En 1905, al contrario, pasó enteramente inadvertido el primer caso, teniendo, por consiguiente, la oportunidad de dar lugar a infecciones secundarias». Es de suponerse que en ese año de 1995 la vigilancia de las autoridades sanitarias se haya redoblado, porque la enfermedad reinaba epidémicamente en la Louisiana y esporádicamente en Veracruz, no obstante lo cual no le fué posible señalar el caso que *introdujo* la enfermedad.

Pero he adelantado todo esto, que forma parte de lo último que trataré en el presente informe. Voy por ahora a enumerar las enfermedades con las cuales se hubiera podido confundir la que padeció Pack, para hacer el diagnóstico diferencial.

Las enfermedades, según el Sr. Dr. Guiteras, con las cuales puede confundirse la fiebre amarilla y con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial son las siguientes: dengue, influenza, fiebre tifoidea, paludismo e ictericias graves.

Contando por un lado con que el cuadro sintomático de Pack corresponde por las manifestaciones positivas con el de la fiebre amarilla, voy, por otra parte, a enumerar las razones que hacen eliminar todas estas dolencias:

Dengue.—En esta enfermedad hay erupción característica, fiebre alta, de 39,5 o más, que dura dos, tres o más días; fuertes dolores (manifestaciones que faltaron en Pack) y no se presentan la ictericia ni la disociación del pulso y la temperatura.

Influenza.—Remisiones más acentuadas de la temperatura, falta de ictericia, de albuminuria y del signo de Faget.

Tifoidea.—Apenas hay necesidad de mencionar esta enfermedad en nuestro caso.

Paludismo.—Aunque la existencia del paludismo no excluía la de la fiebre amarilla, las formas de paludismo confundibles con la fiebre amarilla, las de la estivo-otoñal tienen un curso de temperatura absolutamente distinto del de Pack, no presentan la remisión «mejoría de la muerte», no presentan albuminuria ni signo de Faget,

Ictericias graves.—Voy simplemente a transcribir lo que dice el Dr. Guiteras: «En la *atrofia amarilla aguda* tenemos los siguientes caracteres distintivos: frecuencia de la afección en la preñez; síntomas gastrohepáticos prodromales, seguidos de invasión brusca con ictericia progresiva e intensa; fiebre generalmente de poca intensidad y de corta duración, continuando la enfer-

medad un curso afebril; ausencia de las congestiones periféricas; disminución progresiva del volumen del hígado (léase a este propósito el informe de la autopsia de Pack); heces fecales con frecuencia descoloridas; disminución de la urea y presencia de leucina y tirosina en la orina; gran postración, palidez, disminución de la hemoglobina y ligeros edemas.

«En la ictericia infecciosa *(enfermedad de Weil)* el cuadro de la invasión se asemeja mucho al de la fiebre amarilla; pero los síntomas gastrohepáticos son generalmente más pronunciados desde el principio; la ictericia es mucho más intensa, de tinte ocre rojizo al principio y a veces verdoso hacia el fin; hay diarrea; las materias fecales están a menudo descoloridas; el hígado y el bazo grandes y sensibles a la presión; las masas musculares también adoloridas; la diátesis hemorrágica, si se presenta, lo hace más tarde que en la fiebre amarilla; la duración de la enfermedad es más larga, señalándose a menudo dos paroxismos y presentándose con frecuencia fenómenos tíficos. En algunos casos se ha encontrado el *proteus flavescens* en la orina. La albuminuria no es tan constante ni intensa como en la fiebre amarilla. El pulso es generalmente rápido.»

He trascrito lo de estas dos últimas enfermedades, porque son las únicas, especialmente la última, con las cuales tiene remoto parecido el cuadro clínico presentado por Pack.

Queda, por último, el argumento único que pudiera presentarse en contra del diagnóstico de fiebre amarilla para el padecimiento de Pack, y es el siguiente: ¿CÓMO SE PUEDE EXPLICAR ESTE CASO? ¿CONFORME A LA DOCTRINA DEL MOSQUITO? ¿SIN OTRO CASO ANTERIOR QUE SE HUBIERA PRESENTADO DENTRO DE LOS LÍMITES DE TIEMPO QUE SE HA DEMOSTRADO QUE PUEDE VIVIR UN MOSCO INFECTADO?

Voy a tratar de valorizar todos los elementos científicos en que se funda la doctrina del mosquito NO COMO PROPAGADOR DE LA FIEBRE AMARILLA sino en relación con el alcance que se le ha querido dar COMO FACTOR INDISPENSABLE PARA LA EXISTENCIA DE LA FIEBRE AMARILLA. Desechando absolutamente el concepto llamado «herejía científica», supuesto que la ciencia no es religión, voy a exponer mis ideas disidentes de las que, al parecer, son universalmente admitidas. Mi insignificancia científica me pone a cubierto del temor al ridículo (un grande error no ridiculiza a una persona absolutamente desautorizada); mi modo de proceder me aconseja como la mejor manera de corresponder a la confianza de mi muy respetado y querido maestro, el Sr. Presidente del Consejo, expresarle sin ambajes mis ideas aun cuando difieran de las suyas.

Desde que el Dr. Reed nos leyó, en la reunión de la Asociación de Salubridad Pública Americana que tuvo lugar en Búfalo en 1901, su célebre memoria, resumen de los trabajos de la Comisión Americana en Cuba acerca de la *transmisión* de la fiebre amarilla por el mosquito, y oía yo hablar con entusiasmo de la *extinción* de la fiebre amarilla; me parecía que tal esperanza no estaba bien fundada, supuesto que los adelantos realizados no hablaban ni palabra del germen de la enfermedad y, sin este conocimiento, nada se podía asegurar sobre el procedimiento que pudiera impedir la producción

del padecimiento. Los datos que voy a acumular, tomados de los escritores cubanos, parecen apoyar este modo de pensar, que no es propiamente pesimista ni mucho menos, sino que antes bien traería como consecuencia la prosecución de las investigaciones que tiendan al descubrimiento del germen sin el optimismo de creer que la fiebre amarilla ya no *puede existir*, pero con la tranquilidad, para los pueblos amagados, de que las epidemias asoladoras de antaño *ya no se presentarán*.

Dr. Arístides Agramonte (pág. 56): «En su primera comunicación (y por veinte años de pluma no descansó en la contienda contra todas las autoridades de todos los países), el *Dr. Finlay* ya marcaba los tres requisitos indispensables para la propagación segura, es decir: un caso de fiebre amarilla, un mosquito que se infectara con él, y un individuo susceptible de adquirir la enfermedad, un no inmune.

El luminoso trabajo, ya histórico, constituye la base de la doctrina moderna; allí..... »

Como se ve, el sabio y venerable Dr. Finlay no trató de explicar con su teoría más que la PROPAGACIÓN del mal: el simple enunciado de la teoría supone un PRIMER CASO DE FIEBRE AMARILLA, caso que con toda evidencia no pensó ni, muy probablemente piensa, explicarse con su teoría.

La Comisión Americana confirmó, del modo más perfecto que se pudiera exigir, la exactitud de las proposiciones del Dr. Finlay con toda la extensión de ellas: hasta donde los conocimientos actuales pueden llegar, SIN EL CONOCIMIENTO DEL GERMEN, la fiebre amarilla sólo se trasmite por intermedio del mosquito y no se trasmite por ninguno de los procedimientos que se suponían. Pero hizo más, mucho más: persiguiendo al DESCONOCIDO en su emigración al través del mosquito y, por la experimentación más rigurosa, llegó (acompañado en esta labor por los notables médicos cubanos) a determinar muchos de los caracteres de su evolución, época propicia de la enfermedad para que el germen tomado del hombre se pueda desarrollar en el mosquito, tiempo necesario de permanencia en el mosquito para que sea capaz de germinar después en un hombre sano, duracion del perícdo de incubación en el hombre. Para encomiar la importancia y el valor de estos trabajos, bastaría decir que, con la exactitud casi matemática con que estos diversos períodos han sido precisados, existen muy pocos entre los gérmenes vivos que son perfectamente conocidos, y aun en las infecciones experimentales.

Dice el Dr. Agramonte (pág. 56): «Después de publicado el informe de la Comisión del Ejército, han confirmado sus experimentos numerosos investigadores, al mismo tiempo aumentado los conocimientos de una manera precisa, por más que aún hay mucho que averiguar de la etiología de la fiebre amarilla.» Seguramente que sí queda aún mucho que averiguar; la indudable naturaleza microbiana de la infección amarilla exige para su estudio, como para todas las enfermedades semejantes, el de la semilla y el del terreno, las condiciones eugenésicas y las disgenésicas de la primera, las que pueden hacer estéril el segundo. Pudiéramos decir que conocemos si no el único sí el principal de los abonos, el organismo del mosco, pero nada más.

Veamos si la proposición tan sesuda del Dr. Agramonte está de acuerdo con las ideas de otros de los escritores, o éstos caminaron en su entusías-

mo, mucho más allá de lo que rigurosamente puede considerarse como científicamente adquirido.

El Dr. Enrique B. Barnet, en su artículo «TRIBUTO DE GRATITUD» (pág. 43) comienza con el siguiente epígrafe: «Without Mosquitoes There Can Be No Yellow Fever. Carroll».

Salta a la vista el contraste entre lo único a que se refirió el Dr. Finlay con su teoría y lo que los investigadores han demostrado, por una parte, y la idea que informa la última proposición. Hay una distancia enorme entre que el mosco sea indispensable para PROPAGAR la enfermedad y el considerarlo tan indispensable que sólo él pueda DETERMINAR la enfermedad.

He leído con todo detenimiento el artículo «Yellow Fever», escrito por el Dr. Carroll en la obra de Osler y no he encontrado absolutamente nada que autorice el epígrafe empleado por el Dr. Barnet «Sin mosquitos no hay fiebre amarilla». Lo único que pudiera relacionarse con esta idea es lo siguiente: al finalizar el párrafo de Etiología (pág. 747 del tomo de enfermedades infecciosas), después de indicar que el agente es desconocido, enumera los argumentos aducidos para creer que dicho agente pertenezca al grupo de las bacterias y los que existen para suponer que es un protozoario. Al referirse a estos últimos dice «su existencia parasitaria obligada (la existencia del germen) en el hombre y el mosquito, alternativamente.» De estar demostrado esto, seguramente que sí se podría asegurar que el día que no hubiera mosquitos no habría tampoco fiebre amarilla; aunque tal aseveración no pasaría de los términos del idealismo, pues que *ese día* en que ya no existiera el mosquito debe encontrarse tan lejano y fuera del alcance de la humanidad como el día en que no haya piojos o chinches. Y entonces toda la importancia de la frase, cuasi aforismo, quedaría limitada al amplísimo campo de lo ideal.

No sé que tal proposición haya sido demostrada y, si lo fuera, quedaría todavía por saber y demostrar que el germen de la fiebre amarilla nunca pudiera infectar en primer lugar al hombre, sino que sus condiciones biológicas exigen que infecte o penetre primero en el mosco; es decir, que fuera semejante al germen de la rabia, de la cual no se conoce un caso espontáneo en el hombre sin haber pasado por algún animal.

Voy a transcribir algunos párrafos del mencionado artículo, para que se vea que la idea que se desprende de ellos es más bien contraria al absolutismo de la frase antes aludida; y que lo considerado por el Dr. Carroll como teoría del mosquito se refiere al papel de dicho insecto en la propagación más o menos intensa, epidémica, de la enfermedad y no en la producción del caso considerado como el primero.

Pág. 756: «En lo relativo a profilaxis general es necesario llevar en la mente que tres factores son indispensables para la producción de un brote epidémico (OUTBREAK....explosión, estallido, acción de estallar), a saber: (a) *casos preexistentes* de la enfermedad; (b) mosquitos del género STEGOMYA y (c) la presencia de no inmunes....» He subrayado el primero de los factores «casos preexistentes» porque éstos son los únicos que estamos considerando: TODOS LOS QUE CONSTITUYEN UN BROTE EPIDÉMICO nos los explica completamente la doctrina del mosco y de esos no nos ocupamos.

Dice más adelante, en la misma página: «Es ahora un hecho establecido

que *debe* trascurrir un intervalo de dos a tres semanas entre la importación de un primer caso y la aparición de casos secundarios, donde quiera que se esté trazando el curso de un brote epidémico en una localidad no epidemiada (*in other than an epidemic locality*); puede tomarse como absolutamente garantizado que donde quiera que un grupo de casos aparece a la vez, el caso primario del que se originó el grupo debe haber existido dos o más semanas antes. Si en vez de un grupo se ha producido un solo caso secundario, la dificultad será muy grande porque puede suponerse que este caso es el primario....»

He trascrito antes el párrafo del Dr. Guiteras en que dice que el primer caso que dió lugar a la epidemia, cuyo estudio le sirvió para su trabajo, les pasó desadverido: leo en el artículo del Dr. Carroll (pág. 738, al final): «El Dr. Boyce reconoció el hecho importante (el año de 1905) de que en Belice, así como en New Orleans y en otros lugares, los primeros casos escaparon al reconocimiento y se permitió a la enfermedad llegar a establecerse firmemente antes de que su presencia fuera declarada.»

Aunque el Dr. Carroll menciona lo que acabo de trascribir para encomiar el éxito de las medidas tomadas, supuesto que dieron resultado no obstante que comenzaron a estar en vigor cuando ya la enfermedad estaba firmente establecida; se ve que en todos los países de condiciones climatológicas, o naturales en general, en que el germen desconocido de la fiebre amarilla puede vivir, desde que impera la doctrina del mosquito, los médicos más o menos interesados o sugestionados por tal teoría, cuando han tenido epidemias, están a caza del *primer caso importado* de alguno de sus vecinos, sin darle alcance, y confiesan que ese *primer caso que debe haber llegado de fuera* se les escapó.

¿Quién podrá decir cuál es, en cualquiera parte del mundo, el *primer caso* de escarlatina que da lugar a una epidemia, si he de poner un ejemplo de una enfermedad de germen y modo de propagación desconocidos?

¿Quién podrá decir en Hong Kong cuál es el *primer caso* de peste bubónica que da lugar a una epidemia, si debo citar un caso de germen y modo de propagación conocidos?

Este empeño recuerda el que durante mucho tiempo existió en todos los países por echar la culpa a los vecinos llamando a la sífilis mal galo, mal americano, mal napolitano, etc.; como si para el desarrollo del germen de dicha enfermedad se tratara de especies animales diferentes, según que los hombres fueran de Francia, América o Nápoles. ¿La doctrina del mosquito puede haber cambiado las condiciones naturales de los países intertropicales, en donde el germen de la fiebre amarilla ha encontrado siempre condiciones favorables de existencia, para que ya ahora no se pueda desarrollar lo mismo que antes? ¿Algún lugar, de los colocados en esas condiciones, puede estar seguro de haber agotado los mosquitos que, según lo demostrado, son *los principales si no es que los únicos transmisores* del germen?

Voy, antes de terminar, a hacer la última trascripción de las líneas escritas por el Dr. Carroll (pág. 747): «Parece haber buenas razones para creer que la inmunidad de que gozan los habitantes de países en donde la enfermedad ha llegado a ser endémica resulta de infecciones de mediana intensidad sufridas durante la primera y la segunda infancias (*childhood and infancy*). Este papel ha sido atribuído a la fiebre de borras de los niños en Cuba.»

En la pág. 746, al final: «Si se pudieran destruír los focos endémicos permanentes de Río de Janeiro y de algunas de las pequeñas repúblicas de la América Central, por inteligentes y sistemáticos esfuerzos, los Estados Unidos y México estarían libres del peligro de repetidas invasiones de fiebre amarilla y la acción concertada de todos los países interesados haría una cosa fácil asegurar la completa supresión de la enfermedad y la inmunidad para lo futuro».

Aquí habla también el Dr. Carroll de *invasiones;* pero en rigor debió haber completado la frase, de acuerdo con lo que asienta en otro lugar: invasiones sin invasor conocido, como fueron desconocidos los que, *según él llevaron* la enfermedad a New Orleans, a Belice y a otros lugares.

Pero el asunto importante que quiero hacer resaltar con las trascripciones últimas es el siguiente: realmente que una inmunidad como la que manifiestan los nativos, hasta donde los conocimientos actuales han alcanzado, no puede explicarse más que por infecciones ligeras experimentales (vacunas) o naturales; para todas esas infecciones ligeras es indispensable (según la doctrina admitida) el mosquito; luego se debe admitir, a riesgo de pecar de flagrante inconsecuencia con la misma doctrina, que desde tiempo inmemorial los mosquitos han estado siempre infectados o en comensalismo con el germen de la fiebre amarilla, produciendo infecciones vacunadoras o infecciones graves y mortales, según las condiciones eugenésicas o disgenésicas del germen, condiciones que nos son completamente desconocidas, como las que hacen que los gérmenes del sarampión y de la escarlatina sean poco virulentos durante mucho tiempo, años, o los susceptibles muy resistentes, y que, en otras ocasiones aumenten de virulencia (dichos gérmenes) o disminuya la resistencia de los que no han padecido de esas enfermedades.

Creo que si los médicos de los países interesados en este asunto, dedicaran su labor constantemente, más que a estar buscando de dónde puede haberlas llegado la enfermedad y de este modo eludiendo el cargo de que en sus países ha existido y existe el germen de la fiebre amarilla; dedicaran sus actividades, decía yo, a estudiar la patogénesis de la enfermedad, realizarían obra verdaderamente útil y de ingente necesidad.

Es mucho, demasiado conseguir (con lo adquirido) que sepamos, con la seguridad con que lo sabemos, que al iniciarse una exacerbación de la virulencia del germen de la fiebre amarilla, defendiendo del mosquito al enfermo, preservamos a los sanos más eficazmente que si los vacunáramos, y que, muy probablemente no reaparecerán epidemias de la intensidad y duración de las que ya van siendo tradicionales. Pero para realizar esto, es, en mi concepto, indispensable, mientras no conozcamos el germen y sus condiciones biológicas, que las autoridades sanitarias no consideren la doctrina del mosquito sino en su verdadera significación; que por ningún motivo se siembre la confianza infundada de que con las medidas que derivan de dicha doctrina *la fiebre amarilla desaparecerá*, mucho menos que *ha desaparecido*. Esta confianza en todos los médicos, especialmente en los inmunes, puede hacer y creo que en realidad hace que no estén prevenidos en contra del mal; que su sagacidad clínica para descubrir los casos de mediana intensidad no pueda ejercitarse y que brotes epidémicos, que pudieran evitarse, continúen de modo indefinido sembrando la intranquilidad y trastornos bien conocidos en las relaciones comerciales e internacionales.

México, octubre 21 de 1910. O. González Fabela.