

EDITORIALES

NUEVOS DESENVOLVIMIENTOS EN LA FIEBRE AMARILLA

En su trabajo publicado en el número anterior¹ Soper ha expuesto de mano maestra la situación epidemiológica de la fiebre amarilla, tal como se le presenta a un individuo familiarizado con el mal, haciendo destacar la importancia que continuará revistiendo el problema, lo cual quizás coja de sorpresa a quienes no han estudiado los desenvolvimientos más recientes.

En estos últimos años, o sea desde que Beeuwkes, Balfour² y los demás representantes de la Fundación Rockefeller iniciaran en 1925 sus memorables trabajos, ha tenido lugar, en lo tocante a fiebre amarilla, una serie de observaciones y adelantos de la mayor importancia, algunos de los cuales son los siguientes:

1. Muchos casos de fiebre amarilla en centros endémicos son tan leves que pasan desapercibidos clínicamente, salvo cuando un epidemiólogo pone sobre la pista de ellos. La falta de casos clínicos reconocidos no denota, pues, forzosamente inexistencia del mal, ni siquiera de casos letales.

2. El mosquito *Aedes aegypti* no es el único vector, aunque sin duda el más importante, pues la enfermedad puede ser transmitida, por lo menos experimentalmente, por otras especies, y en algunas localidades donde no se han encontrado *Aedes aegypti*, no se ha podido determinar cuál ha sido el vector de los casos observados, sugiriendo la modalidad epidemiológica vectores de vida más larga que la que gozan los mosquitos.

3. Aun extinguida en los centros endémicos urbanos, la enfermedad puede subsistir en "focos silenciosos" en los distritos rurales, y de éstos extenderse en ocasiones a ciudades y puertos considerados indemnes.

4. Ciertos animales de experimentación (en particular monos y ratones) muestran susceptibilidad al mal, de modo que pueden ser utilizados para investigaciones de laboratorio.

5. Algunas pruebas de laboratorio, y en particular la del ratón blanco, permiten averiguar, con bastante certidumbre, si un individuo dado ha padecido o no de fiebre amarilla.³

6. Un instrumento llamado viscerótomo⁴ permite extraer, para examen anatómopatológico, pequeñas fracciones de hígado, sin ocasionar más que lesiones casi imperceptibles, eliminando así posibles objeciones de familiares o allegados a una autopsia formal.

7. El virus pertenece al grupo de los filtrables. Esto viene a ser un redescubrimiento, pues ya lo apuntara la Comisión de 1899, encabezada por Reed.⁵

¹ Bol. Of. San Pan., mzo. 1935, p. 204.

² Bol. Of. San. Pan., mayo 1928, p. 544, y jul. 1932, p. 742.

³ Ver Publicación No. 57, Of. San. Pan.

⁴ Bol. Of. San. Pan., ab. 1931, pp. 517 y 519; ab. 1934, p. 375, y nbre. 1934, p. 1025.

⁵ Reed, Walter, y Carroll, James: Am. Medicine, p. 381, fbro. 22, 1902; ver también Rosenau, Parker, Francis y Beyer: Yellow Fever Inst. Bull. No. 14 (1905), p. 58.

8. El virus amarílico puede ser conservado y transportado a laboratorios muy distantes y situados en otros países, para diagnóstico y estudio experimental.

9. Varias vacunas ofrecen protección contra la fiebre amarilla a las personas residentes o de paso en regiones endémicas, dos de las cuales, a saber la de Sawyer-Findlay, que comprende virus atenuado y antisuero, aunque hay ciertas diferencias entre los métodos de ambos autores, y la de Laigret, que sólo comprende virus atenuado, han sido ya ensayadas con éxito en grupos bastante numerosos, la última en particular en millares de personas.⁶

Comparando ambos métodos, Nicolle ha hecho notar en la sesión del 19 de febrero 1935 de la Academia de Medicina de París que la vacunación con virus viviente atenuado ha sido ya aplicada en el África Occidental a 3,000 personas completamente vacunadas, es decir, que recibieron las tres dosis de virus, y un número por lo menos igual se halla ahora en vías de vacunación, es decir, que ya han recibido una o dos dosis. Con una experiencia así en el hombre de la inocuidad y actividad del método no hay para que, dice dicho autor, hablar más de experimentación en animales. Para Nicolle, en tanto que no se podía emplear sin peligro el virus solo, la serovacunación prestaba servicios, pero queda suplantada desde que se cuenta con un método inocuo, eficaz y más sencillo que utiliza el virus solo.

Como se verá, aunque mucho han aumentado nuestros conocimientos relativos a la fiebre amarilla, en cambio han surgido nuevos problemas. Por ejemplo, ¿cuál es el vector o vectores en los sitios donde no existen *Aedes aegypti*? Otro punto digno de nota derivado de lo anterior es que el índice aéxico, cuya inferioridad a 5 estaba considerada como línea de defensa contra el mal, no ofrece toda la seguridad anticipada, pues aun cuando existan coeficientes inferiores a 5, pueden haber casos de fiebre amarilla. Esto no obsta para que el mantenimiento de índices bajos siga siendo, sobre todo en los puertos, un factor primordial y esencial en la lucha contra la fiebre amarilla.

Basándose en gran parte en lo expuesto de manera tan magistral por Soper, la IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó a todos los países del continente el siguiente programa de estudios y profilaxia:⁷

1° Investigación sistemática del poder protector del suero sanguíneo en los habitantes de todos los países y regiones inter-tropicales del continente, para establecer la distribución geográfica de la enfermedad en los últimos años.

2° Investigación anatómo-patológica sistemática (recolección por viscerotomía y examen de muestras de hígado de los sujetos fallecidos por enfermedad febril de menos de 10 días de evolución) en todas las regiones anteriormente endémicas y en aquellas en que la investigación del poder protector del suero permite asegurar la existencia actual o anterior de la enfermedad.

3° Creación de servicios antilarvarios permanentes que garanticen un índice estegómico mínimo o nulo en todas las ciudades y puertos marítimos, fluviales, aéreos de la zona intertropical del continente.

4° Creación de iguales servicios en todas las localidades infectadas y en las regiones próximas.

5° Adopción de un reglamento que facilite y garantice la lucha antilarvaria y la viscerotomía. Se aconseja una reglamentación semejante a la adoptada por Brasil, Bolivia y Paraguay.

⁶ Bol. Of. San. Pan., mzo. 1935, p. 236-237; sbre. 1934, p. 885, y jun. 1934, p. 528.

⁷ Bol. Of. San. Pan., eno. 1935, p. 8.

6° Información trimestral a la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el desarrollo de la campaña antilarvaria y los respectivos índices estegómicos.

7° Determinación de métodos suplementarios de la lucha en las regiones rurales en que la policía de focos resulte ineficaz o impracticable.

8° Vacunación antiamarilla preventiva de las personas receptivas que transiten por regiones endémicas o emigren de las mismas y de las poblaciones rurales en que, existiendo fiebre amarilla, la lucha contra los transmisores sea difícil o imposible.

9° Creación de laboratorios especiales para el estudio de la fiebre amarilla. Aquellos países que no dispongan de laboratorios o institutos especializados, concertarán con los de los países vecinos o con los de instituciones privadas de carácter internacional la realización de las investigaciones correspondientes.

EL DESTINO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En su reciente libro titulado "El Destino de las Enfermedades Infecciosas," Charles Nicolle, a quien tantas contribuciones deben la higiene y la bacteriología, reiterando en gran parte conceptos ya esbozados, si no anunciados en su previa obra "Naissance, Vie et Mort de Maladies Infectieuses," hace notar que un estudio de la historia médica demuestra como evolucionan las enfermedades infecciosas, pues mientras algunas parecen en vías de difusión, otras retroceden y se contraen, o pierden gravedad. Bastantes de ellas hasta revelan cierta tendencia a desprenderse de sus caracteres de afección general, para localizarse en ciertos órganos.

Una forma particular de las enfermedades infecciosas que ha descubierto el mismo autor, es la infección inaparente, que otros prefieren llamar infección subclínica, o sea una enfermedad sin síntomas que, sin embargo, resulta inoculable y contagiosa, la cual parece constituir la etapa ordinaria por que pasa una infección antes de desaparecer. Cuando una enfermedad dada azota durante varios siglos a la población de una región del globo, sus ataques determinan en los habitantes una resistencia cada vez mayor, hasta que reviste en ellos la forma asintomática, mientras que los recién llegados continúan siendo presa de formas clínicamente netas y graves. Es de ese modo, por virtud de los procedimientos naturales de localización de las lesiones y de atenuación sintomática derivados de la inmunización hereditaria, que las enfermedades infecciosas tienden a desaparecer gradualmente.¹

Los métodos racionales de vacunación y reconocimiento de las formas de transmisión, obras humanas ésas, pueden facilitar considerablemente dicha atenuación; pero si la inteligencia del hombre le sirve maravillosamente en ciertas empresas particulares, razones políticas y sociales, muy humanas todas ellas, se oponen actualmente

¹ Véanse también en el BOLETÍN, "Disminución de unas enfermedades y aumento de otras," ed., sbr. 1928, p. 1128; "Los vaivenes de la epidemiología," ed., obra. 1930, p. 1235.

y se opondrán sin duda por mucho tiempo, y quizás para siempre, a la desaparición de las enfermedades contra las cuales el hombre se encuentra ya perfectamente armado por los conocimientos adquiridos.

En ciertos casos, por ejemplo, sustrayendo una población o grupo a una enfermedad, la inteligencia humana, contrariando así la manera de actuar de la naturaleza y protegiendo a ciertas colectividades contra un mal, crea también una reserva de sujetos susceptibles. En otras palabras, la dolencia quizás ya en vías de desaparición en la población previamente atacada, puede dar de nuevo con ese grupo en el curso de algún trastorno mundial, encontrando así allí ocasión de reanudar sus antiguas acechanzas.

Puede hasta que surjan enfermedades infecciosas nuevas y el hombre quizás ni las vea aparecer, pues para tomar nota de su existencia precisa siempre que cierto número de individuos hayan sido ya víctimas de ella. Ciertas enfermedades desaparecerán sin duda, gracias a los métodos científicos o a la extinción natural, pero, en conjunto, probablemente no habrá mayor cambio en el régimen de las enfermedades infecciosas. Poca duda cabe, y de ello ya hay ejemplos en el pasado y el presente, que si la civilización continúa extendiéndose y perfeccionándose, gracias al contacto cada vez mayor entre diversas regiones, también se elevará más el grupo de enfermedades infecciosas en cada región, pero resulta consolador pensar, al mismo tiempo, que los adelantos de la higiene y de la medicina facilitarán la profilaxia y mermarán la gravedad, como ya lo han hecho tan marcadamente en el caso de otras dolencias, como la viruela, la peste, la fiebre amarilla, el tifo, la difteria, y en general todo el grupo transmisible dondequiera que han sabido y podido aplicar los conocimientos aportados por la ciencia.

GRACIAS A LOS LECTORES

Deseamos ofrecer las gracias más expresivas a nuestros lectores por la prontitud con que han devuelto las tarjetas, cuyo envío fuera anunciado en el BOLETÍN de enero 1935. La multitud de contestaciones y comentarios favorables sobre el BOLETÍN impiden responder individualmente, pero nos aprovechamos de este medio para expresar a todos los corresponsales el agradecimiento más sincero por su constante apoyo y fiel cooperación.

Médicos de las Antillas.—*La Tribuna Médica* de Santo Domingo (nbre. 1934) hace notar que, mientras que en Cuba hay un médico por cada 1,286 habitantes, y en Puerto Rico uno por cada 3,200, en la República Dominicana la proporción es de uno por 4,058. En cambio, en Santo Domingo, la capital, hay uno para menos de cada 600 personas. La República Dominicana vendría a ocupar el décimotercer lugar entre las 20 Repúblicas latinas de América, en cuanto a la proporción de médicos.