

2°.—Los países del Continente Americano se comprometen a declarar simultáneamente su neutralidad absoluta en relación con cualquier conflicto armado que pueda surgir entre los demás estados.

3°.—Los países del Continente Americano procurarán cuanto antes, la adopción de un Código de Paz que provea a la resolución jurídica y, por tanto, permanente, de los conflictos internacionales, y

4°.—Hágase del conocimiento de las demás Secciones de este Congreso las anteriores resoluciones, para que las tomen en consideración y las aprueben, en su caso y, en consecuencia, se tengan como voto general de esta reunión científica.

29. Se recomienda a los Gobiernos que, antes de adoptar medidas restrictivas a la importación de productos extranjeros, tomen en consideración, en pro de la paz, además de sus propios intereses materiales, los que afecten la solidaridad moral y espiritual internacional.

UNA EPIDEMIA DE PAPATASÍ EN ARJONA, BOLÍVAR (COLOMBIA)¹

Por el Dr. JOSÉ COGOLLO DUQUE

Arjona es una población del Departamento de Bolívar, a unos 38 km. de Cartagena sobre el mar Caribe y a 70 de Calamar, puerto sobre el río Magdalena. Tiene una temperatura de 30 a 32 C. a la sombra y el número de sus habitantes es de 15,000.

Al acentuarse la estación seca, durante el mes de marzo del presente año y cuando habitualmente decrece el paludismo que periódicamente toma fuerza de noviembre en adelante, después de las copiosas lluvias de agosto y octubre, notamos un recrudecimiento de casos febriles que seguimos considerando y tratando como paludismo en su gran mayoría. Estos fueron aumentando y llamó nuestra atención la brevedad de la fiebre—2 a 3 días—el enrojecimiento de los ojos, la fuerte y constante cefalalgia y la intensidad de los dolores de la región lumbar; la inusitada infección de todos o casi todos los individuos de una familia y la propagación casi siempre de casa a casa. Con estas observaciones hicimos un estudio minucioso de los casos clínicos, llegando al convencimiento de que estábamos en presencia de una entidad nosológica enteramente nueva para nosotros.

Ya a principios de abril creíamos haber establecido el diagnóstico clínico, y queriendo su comprobación por el laboratorio invitamos para ello al Dr. Ignacio Oñoro, distinguido médico y laboratorista de Cartagena. Como antecedente de nuestras observaciones y por fijar en ella lo más saliente de la sintomatología, transcribimos nuestra carta al Dr. Oñoro:

¹ Observada y asistida por los Dres. José Cogollo Duque y Andrés G. Tarrá.

Le invito a trasladarse a ésta para que estudiemos en colaboración una enfermedad febril, de carácter epidémico, que desde hace algunas semanas ha hecho su aparición aquí. En sus comienzos se la confundía con paludismo por haber aparecido cuando no escaseaba éste; pero la multiplicidad de los casos y la observación minuciosa de ellos nos ha hecho concluir que se trata de una enfermedad nueva entre nosotros. He cambiado ideas con el Dr. Tarrá y estamos en condiciones de afirmar que no es paludismo, gripe ni dengue. No es paludismo, porque aun cuando no disponemos de exámenes de sangre, su evolución y curso no se le parecen, siendo fija en dos o tres días su duración, hágase o no tratamiento químico; no es gripe, por la ausencia constante de fenómenos respiratorios, y no es dengue porque no hay erupción rubeolar ni descamación furfurácea. Por mi parte la he clasificado como una fiebre papatasí. Hay en nuestro medio el flebotomo papatasí, agente trasmisor de esta enfermedad? Ayúdenos a identificarlo y a hacer las comprobaciones de laboratorio de rigor.

La incubación alcanza unos ocho a diez días, siendo en ocasiones tan breve que hemos podido fijarla para algunos casos en 24 horas. En veces hay un período prodómico que puede alcanzar 6 ú 8 horas, manifestándose por lasitud, punzadas en el cuerpo, sobre todo en las pantorrillas, ligero abatimiento y cierta desazón general; pero en la gran mayoría de casos este período prodómico falta o es muy breve. Después de una ligera pesantez de cabeza y ardor en los ojos sobreviene un fuerte escalofrío; dos o tres horas después la temperatura alcanza 38.5 o 39, subiendo en 8 a 12 horas a 40 o 41. La cara se congestiona; los ojos se inyectan; hay cefalalgia con predominio de las regiones temporal y supraorbitaria. Su intensidad es tal que muchas veces no permite al enfermo abrir los ojos ni verificar los más ligeros movimientos de cabeza; los ojos arden; la región lumbar es extremadamente dolorosa, con sensación de arrancamiento de huesos. Hay una forma gástrica, con vómitos casi incoercibles.

El Dr. Oñoro visitó Arjona, viendo varios casos recientes y antiguos. Comprobó la ausencia de trastornos respiratorios, de erupción rubeolar y de descamación; capturó flebotomos, entre los que identificó el papatasí; tomó sangre a varios pacientes comprobando en todos la ausencia de parásitos hemáticos. Todas las muestras de sangre acusaron una manifiesta leucopenia, inclusive en madres lactantes. Copiamos parte del reporte:

Entre los flebotomos hay el papatasí. En ninguna de las muestras de sangre hay parásitos. Hay leucopenia; véase:

C. de M. (lactante)—leucocitos	4,300
L. S.....	3,100
C. T.....	3,150
L. D. (lactante).....	3,900

Es, pues, con toda seguridad, una epidemia de fiebre papatasí lo que hay en Arjona.

Cuadro clínico.—El cuadro clínico descrito al Dr. Oñoro podemos completarlo, anotando que la fiebre que describimos es notoriamente congestiva, de ahí la rubicundez de las mucosas bucal y faríngea; la epistaxis, que no es infrecuente, siendo a veces abundante y motivo de alarma entre los familiares del enfermo, bien por lo manifestamente

copiosa, bien porque el paciente en estupor bajo la acción de una hiperpirexia, deglute la sangre que devuelve más tarde en un vómito que provoca la alarma. Las encías sangran, sobre todo si hay piezas dentarias en mal estado que provoquen inflamación. La metrorragia es un accidente casi constante y que sobreviene generalmente al tercer día. En más de una ocasión hemos observado el hecho de que una mujer en plena menopausia—en un caso ocho años de ausencia—ha sufrido hemorragia uterina. El aborto puede ocurrir, ya durante la misma enfermedad, ya en los días subsiguientes. El enrojecimiento de los ojos es en ocasiones difuso; unas veces en arborizaciones venosas que convergen hacia la córnea; otras en forma de abanico que se abre de alguno de los ángulos del ojo hacia el centro. Es tan constante que, dentro de la epidemia, basta escuchar de labios del enfermo que tiene fiebre, fuerte dolor de cabeza de las sienes a la región supraorbitaria y raquialgia intensa para establecer el diagnóstico por el enrojecimiento de los ojos. En el niño los ojos son menos rojos en razón de la menor vascularización, pero se vuelven notoriamente brillantes.

La fiebre estalla en cualquier momento del día, pero con mayor frecuencia en la tarde y en la noche. El escalofrío con que se inicia puede repetir dos y tres veces el primer día. En ocasiones hay frecuentes crisis sudorales y pequeñas oscilaciones de temperatura. En relación con ésta los casos pueden dividirse en tres grupos: El de los que no pasa de 39 a 39.5, que son los menos; el de los de 40 a 40.5, lo común y corriente, y el de hiperpirexias, de 41 y más, que tiene un alto porcentaje. Para los dos últimos grupos un ataque parece conferir inmunidad casi constantemente; para el primero no, o esta inmunidad es muy breve. Hemos observado muchísimos casos de repetición dentro del primer grupo, pasado un mes de haber sufrido la enfermedad; casi siempre es más fuerte que el primer ataque.

En todos los grupos puede haber una remisión bastante apreciable en la mañana del segundo día para ascender de nuevo en la tarde. Para todos los casos después de dos o tres días de fiebre, ésta desaparece de manera cierta en una lisis de pequeñas oscilaciones, que es a veces tan breve que semeja una crisis. Sin embargo, alguna que otra vez puede prolongarse la fiebre por seis u ocho días, siendo más alta los tres primeros y el último. Pero puede ocurrir, como en un caso reciente, que se mantenga en más de 40 todo el tiempo. En los niños es frecuente observar que después de un ligero abatimiento y sin que la fiebre sea muy alta aun, sobrevienen convulsiones; otras veces ocurren bajo los efectos de una hiperpirexia.

Desde que estalla la fiebre puede haber náuseas y vómitos, y vale anotar que hay una modalidad coleriforme, que se manifiesta generalmente cuando la fiebre se desprende.

Esta fiebre no respeta edad ni sexo. La hemos visto lo mismo en

ancianos que en niños durante la primera semana del nacimiento. Tenemos una observación de una madre que la sufrió durante el trabajo del parto y antes de las 24 horas de nacido el niño tenía éste fiebre que estimamos no ser sino papatasí. Murió durante el tercer día con fiebre de 40. Otra señora tuvo gemelos tres días después de la última fiebre y nacieron con temperatura de 38. Uno murió al sexto día; el otro sobrevive.

Descendida la temperatura a lo normal, el enfermo pasa un día de relativo bienestar, pero el segundo día de apirexia se inicia un estado de depresión física y mental, con fatigas y vértigos, que dura por una o dos semanas. Probablemente este estado se relaciona con la baja de la presión arterial que sigue al descenso de la fiebre.

Semiología.—Sintetizando la sintomatología, anotamos que es una fiebre de dos a tres días de duración, que estalla casi siempre de una manera más o menos brusca y que alcanza 40 o más en 8 a 12 horas, con enrojecimiento de los ojos, intenso dolor de cabeza de las regiones temporal y supraorbitaria y dolores lumbares muy fuertes, que arrancan constantes ayes al enfermo. Desde el segundo día el pulso es lento, no guardando relación con la temperatura.

Diagnóstico diferencial.—El diagnóstico diferencial hay que fijarlo principalmente con el paludismo, la gripe y el dengue; particularmente éste se le parece mucho, pero como ya hemos anotado, en nuestra epidemia no ha habido erupción ni descamación, ni ninguna manifestación cutánea distinta de un eritema que puede presentarse en los niños y personas de piel delicada, el primero o segundo día de la enfermedad por efectos de la hiperpirexia.

Mortalidad.—La mortalidad es prácticamente nula. Se cuentan algunas bajas en ancianos debilitados y niños pequeños en quienes no se ha vigilado debidamente la temperatura.

Tratamiento.—En cuanto a tratamiento, es puramente sintomático. Una vez que la fiebre estalla nada la detiene; desaparece espontáneamente al realizar su ciclo. Hemos empleado con algún resultado para modificar el cuadro, el opio, la ergotina a pequeñas dosis, la tintura de cáñamo indiano, que alivian algo la cefalalgia. Pero el gran recurso es la hidroterapia, que con los analgésicos como la analgesina, el gardán, el compral, etc., alivian al enfermo.

Podemos concluir anotando que la epidemia ha terminado en el mes de julio, después de haber afectado alrededor del 25% de la población.

No debo cerrar estas anotaciones sin hacer mención especial de los Dres.: Andrés G. Tarrán, quien con nosotros han observado y asistido la epidemia; Ignacio Oñoro, y Miguel A. Lengua, profesor de enfermedades tropicales, quien con sus alumnos y un laboratorista comprobó las conclusiones a que habíamos llegado anteriormente.

Nota.—No hemos encontrado información alguna sobre que haya habido en Colombia papatasí antes de esta epidemia.