

EDITORIALES

LA RECIENTE EPIDEMIA DE DENGUE EN GRECIA

A juzgar por los periódicos y los informes oficiales, la epidemia de dengue que aun azota a Grecia en casi toda su extensión debió alcanzar una intensidad enorme, pues se habla de centenares de miles de casos y de 40 muertes diarias—sobre todo en personas ancianas, crónicamente enfermas y extenuadas—en Atenas y el Pireo, donde agobió a casi toda la población, habiendo que reducir y hasta suspender servicios tales como escuelas, teléfonos, telégrafos, trenes, policía y aun la vida política, al caer en cama el recién nombrado Presidente del Consejo de Ministros, Sr. Venizelos.

No tienen nada de extraño las epidemias de dengue, donde existen condiciones propicias a su desarrollo, sobre todo en regiones tropicales. Tampoco son desconocidas en regiones extratropicales, sobre todo en el verano, como lo patentizan las comparativamente recientes epidemias (1922) de Houston, Texas, en cuyo Estado se calcula que atacó a unas 500,000-600,000 personas, y de Natal, África del Sur (1927), donde abarcó una zona de 120 kilómetros de largo, cebándose en la ciudad de Durham, en la cual produjo unas 50,000 casos, o sea la mitad de la población europea. Otras grandes epidemias han sido las de Galveston, Texas, en 1917 (mitad de los habitantes), Austin, Texas, en 1885 (16,000 de 22,000 habitantes), Cairo, Egipto, en 1880 (cuatro quintas partes de la población), y Lima, Perú, en 1818 (casi toda la gente). Por el norte han alcanzado hasta Filadelfia y por el sur a São Paulo.

En la cuenca del Mediterráneo, esos empujes de la dolencia han sido casi periódicos, como lo indica su aparición en Adalia (1899) y en casi todo el Levante (1889), para no referirnos a las epidemias anteriores en la misma región y otras partes como la costa oriental de España. Copanaris,¹ el actual Director General de Higiene de Grecia, declara que la primera (reciente) epidemia de dengue en su país sobrevino en 1881 en la Canea, en Creta, y en Siros, donde agobió más o menos a la mitad de la población. En 1889 la dolencia azotó a Constantinopla, Esmirna, Atenas y el Pireo, infectando a más de 10,000 personas en este último puerto. Manson cita la epidemia de 1895 a 1897 que devastó los costas griegas del Mar Egeo mientras la enfermedad frecuentaba la Siria y el Asia Menor. En 1920 el dengue reapareció en el Pireo, y por fin el año pasado se manifestó otra epidemia en Atenas a mediados de septiembre, que duró hasta el de enero de 1928, enfermó a más de 90,000 sujetos y atacó sobre todo a ciertos barrios. Después de una rápida propa-

¹ Copanaris, Ph.: Bull. Off. Intern. Hyg. Pub. 20:899 (jun.) 1928.

gación, al descender la temperatura se notó, como era de esperar, una remisión brusca, pero al mejorar las condiciones meteorológicas, la epidemia se agudizó de nuevo, sin ceder hasta que en enero el invierno se volvió más recio, y permaneciendo quiescente hasta julio de este año.

La iniciación fué brusca, a veces precedida de un ligero escalofrío, cefalea intensa, violentos dolores reumatoideos, y mialgias cada vez más agudas. La temperatura llegó hasta 40 C. En la gran mayoría de los casos aparecía una erupción escarlatinoidea hacia el tercer o cuarto día, cuando se observaba una remisión. En otros enfermos el exantema era final, es decir, que se presentaba hacia el sexto o séptimo día, sobreviniendo entonces la defervescencia, acompañada de sudores abundantes. En ciertos casos también se observó exantema de la bóveda palatina, y además, ligero infarto de los ganglios cervicales. Los pulmones manifestaban ligera congestión, sobre todo hacia el final de la dolencia. A veces también había ligeros trastornos gastrointestinales. La extenuación y prolongada convalecencia fueron muy características. Las muertes fueron en personas debilitadas o que acusaban lesiones crónicas.

La marcha epidemiológica y evolución clínica no dejaron duda alguna sobre el diagnóstico. La sangre acusó leucopenia constante y la orina indicios de albúmina. Las investigaciones realizadas en el laboratorio griego en busca del espiroqueto de Couvy resultaron infructuosas. Durante toda la duración de la epidemia se notaron *Stegomyias (Aedes)* en número considerable, en tanto que los flebotomos eran muy raros. Remisiones y exacerbaciones dependían de la disminución y multiplicación de los mosquitos. En tanto que en los últimos veinte años no se había observado dengue en Grecia, desde el año 1912 han sobrevenido sobre todo en Macedonia, epidemias considerables de fiebre de tres días, en particular en el verano, y al final de las mismas casos atípicos que revestían el cuadro clínico del dengue. Durante la epidemia de 1927 llamó la atención en la Provincia de Mesenia, en el sur de Grecia, la presencia simultánea de 25 afectados de fiebre de tres días y de 10 dengosos. Como el clima cálido favorece allí la prolongación de la vida de los flebotomos, eso explica probablemente la coexistencia de ambas enfermedades.

En ciertos países el dengue es endémico tomando carácter estacional. Schule² hizo notar hace poco que esa afección motiva la mayor parte de los ingresos en el hospital militar de Manila, y que aunque la población es un foco de la dolencia, Corregidor y el Campamento Stotsenberg se encuentran prácticamente indemnes. El dengue no ocasiona allí muertes y el número de días que hace perder en el hospital es pequeño. Su gravedad varía cada año. Epidemiológicamente, un factor importante en la propagación consiste en que muchos pacientes no se sienten suficientemente enfermos para ingresar en el hospital y sirven

² Schule, P.: Mil. Surgeon 63:265 (ago.) 1928.

por lo tanto para infectar a los abundantes mosquitos. El dengue es transmitido por los *Aedes*, que son mosquitos domésticos y muy numerosos en el distrito de Manila. Muy picadores, muéstranse más activos durante el día, prefiriendo la sangre humana a todas las demás. La hembra tiene que recibir una comida de sangre para poder poner huevos fecundos. Entre los factores que revisten importancia en la propagación de la dolencia figuran los siguientes: (1) Susceptibilidad o falta de inmunidad de la población en general. Los indígenas probablemente contraen el dengue en su niñez, y tras varios ataques manifiestan mucha inmunidad, pero los blancos no son inmunes y resultan más susceptibles. Como las fuerzas militares blancas cambien completamente cada dos años en las Filipinas, llega constantemente a Manila un numeroso grupo susceptible. La proporción de casos de dengue varía allí de 13 a 213 por mil, según sea la susceptibilidad de la población presente. Por ejemplo, en 1919 había 5,000 soldados, y el coeficiente fué de 50 por mil. En 1920 había 10,000 soldados y el coeficiente fué de 213 por mil, en tanto que en 1925 los soldados bajaron a 8,000 y el coeficiente a 75. Como 40 por ciento de los recién llegados contraen el dengue en el primer año de su residencia en Manila, y de éstos, 30 por ciento tienen uno o más ataques en los años siguientes, experimentando algunos sujetos hasta cuatro o cinco ataques. La inmunidad puede ser muy breve, y en los experimentos en soldados se descubrió que 6 de 17 podían reinfectarse a los 60 días de reponerse del dengue. (2) El segundo factor en la propagación es la frecuencia del *Aedes*, que es menos numeroso en la estación seca y aumenta muy rápidamente en la época lluviosa. En los años de lluvias muy violentas los mosquitos tal vez no aumenten debido a inundarse sus criaderos y perderse así los huevos. (3) El último factor en la propagación de la enfermedad consiste en la protección del individuo contra las picaduras del mosquito infectado. La hembra es infecciosa desde unos ocho días después de alimentarse en un dengoso (con tal que se alimente en los primeros tres días de la enfermedad), y continúa siéndolo toda su vida, que dura por lo menos tres meses. Si se resguardara contra los mosquitos a todos los enfermos de dengue durante los primeros cuatro días de la fiebre, la afección acabaría. Sin embargo, el dengue no parece peligroso a los filipinos, y es dudoso que la legislatura insular implante obras eficaces contra el mosquito.

A pesar de todos los esfuerzos no se ha podido descubrir todavía el organismo causante del dengue. La gran importancia de la enfermedad para el higienista consiste en que, según demostraran Siler y sus colaboradores, es transmitido por el mismo mosquito de la fiebre amarilla: el *Aedes aegypti*. Todo país, pues, azotado por el "trancazo," contiene una situación ideal para la fiebre amarilla, enfermedad ésta cien veces peor en sus estragos y en sus consecuencias epidemiológicas y económicas.

EL CÓDIGO TELEGRÁFICO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

De cuando en cuando las autoridades de higiene de las varias Repúblicas americanas se han comprometido, primero en convenciones y últimamente por medio de tratados, a comunicar, tanto mutuamente como a la Oficina Sanitaria Panamericana, los casos de las enfermedades transmisibles más importantes o por lo menos más temidas, tales como peste, fiebre amarilla y cólera, que sobrevinieran en su territorio. En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Lima, Perú, en el mes de octubre de 1927, la Oficina Sanitaria Panamericana fué autorizada a aceptar la representación regional de la Oficina Internacional de Higiene Pública, institución ésta en la cual, como es bien sabido, se encuentran representados casi todos los países civilizados del mundo. La Oficina Sanitaria Panamericana ya actúa desde hace algún tiempo como centro de información de las Repúblicas Americanas, colectando datos relativos a las enfermedades transmisibles, directamente por conducto de los Departamentos de Sanidad de cada Republica y recibiendo además de la Oficina Internacional informes relativos a los demás países. Todos esos informes son a su vez transmitidos regularmente a todas las Repúblicas Americanas, bien por cable o en los comunicados semanales o en el BOLETÍN de la Oficina, según sean su naturaleza o importancia.

A fin de perfeccionar y facilitar la transmisión de todos los despachos de ese género, la Oficina Sanitaria Panamericana acaba de publicar un Código Telegráfico que ya ha sido puesto en manos de todos los interesados, o sea los Directores de Sanidad de las Repúblicas representadas en la misma. El asunto ha sido estudiado detenidamente y todo indica que el nuevo Código simplificará el envío de partes de índole higiénica, a la vez que mermará marcadamente el costo involucrado, siempre que se observen cuidadosamente las instrucciones contenidas en el mismo. Claro está que precisa emplear dicho Código durante algún tiempo para descubrir su verdadera utilidad, así como si adolece de alguna imperfección, y la Oficina Sanitaria Panamericana agradecerá cualquier información que le envíen sobre este punto las personas a quienes corresponde usar el nuevo método.

LA PROFILAXIS DE LA DIFTERIA

Una doctrina que no deben cansarse de divulgar los jefes de sanidad es que nadie debería enfermarse ni morir de difteria y que los padres pueden fácilmente proteger a sus hijos contra tal flagelo. El modo de hacerlo es bastante sencillo, pues basta con determinar, por medio de la reacción de Schick, si el niño es susceptible a la enfermedad, y