

# Sobre la supuesta endemividad de la fiebre amarilla en la costa del Perú.

(Continuación)

POR EL DR. JULIAN ARCE

*Profesor de Medicina Tropical en la Facultad de Medicina.*

Capítulo IX.

*Epidemia de 1885 (primera parte).*

A semejanza de lo ocurrido en los años anteriores, en el verano de 1885 reapareció la pirexia epidémica, que, calificada siempre de fiebre amarilla, grasó en algunos lugares de la costa, provocando alarmas y originando, como en las ocasiones precedentes, serias controversias acerca de su naturaleza.

Muy pocos datos existen respecto de la extensión que en dicho año 85 alcanzara la epidemia y, a la verdad, las crónicas médicas de aquella época solo consignan, de modo preciso, las ciudades de Trujillo, Callao y Lima, entre las invadidas, en mayor o menor grado, por el flagelo. Mas, hay algunos indicios, como se verá más adelante, de que también se presentó en otros puntos del litoral.

En Trujillo, según el decir de PORTURAS que hemos transcrito en el capítulo V, la epidemia se desarrolló al entrar el estío de 1885, haciendo continuación a los casos de fiebre que desde abril de 1884 se habían observado en el curso de este año. Los caracteres de la epidemia fueron idénticos a los que presentó la de 1882, con las únicas variantes clínicas de la mayor elevación de la temperatura que marcaba el principio de la fiebre, llegando algunas veces a 41°C, y del predominio de la forma congestiva. Las consideraciones que hicimos al estudiar, en conjunto, el trabajo de PORTURAS y que nos llevaron a la conclusión de que las epidemias de Trujillo de 1882 - 85, por

él descritas, correspondien a la fiebre biliosa hemoglobinúrica, nos exhimen de mayores comentarios sobre este asunto, que consideramos perfectamente dilucidado.

A principios de febrero de 1885, aparecieron en el Callao los primeros casos de la titulada fiebre amarilla. En efecto, el 11 de dicho mes, el secretario de la junta suprema de sanidad ofició al presidente de la junta litoral de sanidad de ese puerto, pidiéndole informe sobre la denuncia contenida en el diario «El Callao» de la misma fecha, según la cual, se había presentado en dicha localidad un caso de fiebre amarilla, de carácter congestivo, que terminó fatalmente (1). Además, el día 10 había fallecido también en el Callao, un religioso dominico, después de violenta enfermedad, que fué, según unos, colerina, y según otros, fiebre amarilla. El médico titular, Dr. T. MELGAR, comunicó a su vez, a la junta litoral de sanidad, los siguientes hechos: «En días pasados, ví en la calle de Montezuma, casa N.º. 71 R, un enfermo de *fiebre amarilla* que asistía el Dr. MARTINEZ; de forma hemorrágica, que terminó felizmente por completa curación».

«El enfermo vino de Lima, después de dos días de atacado yá de la enfermedad mencionada. Es hijo de Huancayo y avecindado en la costa hace siete años.»

«Ayer tuve noticia de la denuncia hecha por el médico de policía a la Alcaldía Municipal, de otro caso de este grave flagelo, en la persona del fraile dominico don Lizardo Salazar, residente en el Callao, después de siete u ocho meses».

«Imposible fué al infrascrito constatar el hecho, pues ya había sido enterrado el cadáver del mencionado, por orden de la Municipalidad; no habiendo mediado entre la denuncia, muerte y entierro mas que unas pocas horas».

«El señor Alcalde Municipal me comunica hoy mismo, las presunciones que abriga, de haber muerto de fiebre amarilla, un menor de edad entrado al hospital de Guadalupe antes de ayer».

«Todos estos casos, que no son importados y que han tenido lugar en tan pocos días, prueban la existencia del veneno amarillo tanto en esta ciudad como en Lima, y la necesidad urgente de destruir todas aquellas causas sociales que favorecen su desarrollo. . . .»

«Por el contenido del presente oficio US. verá, que solo me consta uno de los casos de fiebre amarilla referidos y que es de la sola responsabilidad del médico de policía y Alcalde Municipal, el juicio emitido sobre los otros dos». (2)

(1) «El Comercio» Lima, 12 de febrero de 1885.

(2) «El Comercio» Lima, 13 de febrero de 1885.

En el mismo número de «El Comercio» donde se publica el oficio precedente, se dá, también, la noticia, de haberse presentado un caso de fiebre amarilla en el Lazareto de Lima. Por otra parte, la comisión de epidemias de la Academia Libre de Medicina en su informe fechado el 22 de febrero, afirma, asimismo, haber ocurrido, en esta capital, «en la última semana», dos casos sospechosos de esa enfermedad. (1)

Independientemente de estos datos, sobre los cuales no hemos podido encontrar nuevas referencias, existen en el archivo de la Academia Nacional de Medicina, las dos historias clínicas que copio a continuación y que permiten formarse idea de la clase de fiebres sindicadas, entonces, de tifus icterodes.

La primera fué comunicada, en carta fechada el 27 de febrero de 1885, por el Dr. M. R. GANOZA al Dr. L. VILLAR, en los términos siguientes: «En mi servicio en el Hospital de San Bartolomé, sala de San Ramón, tuve a principios del mes, un enfermo, de raza india, constitución linfática, y de una edad de 25 a 30 años a lo más, y que pertenecía a uno de los cuerpos de policía de esta capital. El día que lo encontré en la visita de la mañana, tenía una fiebre muy alta, inyección conjuntival, epigastralgia, gastralgia, náuseas sin vómitos, falta de orina, desacuerdo del pulso con la temperatura; y me decía, que tenía fiebre desde seis días atrás, que no había podido cortársela, y que le obligaba a buscar ya su curación en el Hospital».

«Este cuadro, pues, me hacía ya diagnosticar una fiebre amarilla, y no queriendo sembrar la alarma en el establecimiento, reservé este diagnóstico hasta la segunda visita, en que lo encontré adinámico, vacuidad de su vejiga urinaria, vómitos y diarreas de poca cantidad, pero ambos síntomas eran propios de la enfermedad, pues que eran sanguinolentos, y aun de sangre pura; este día, la conjuntiva y toda la piel, tenían su tinte icterico característico.»

«En vista de este cuadro que juzgué de diagnóstico evidente, ordené su pase al Lazareto, donde falleció a poco de su llegada. . . .»

La influencia sugestiva poderosa, que ejercía, en el criterio médico, la creencia arraigada de que la fiebre amarilla persistía y recrudecía durante la estación de verano en la costa, explica la desconfianza con que se juzgaban los estados febriles, mas o menos graves, de apariencia sospechosa, y la seguridad con que se les calificaba de tifus amarillo, tan pronto como aparecía el vómito negro o de sangre pura, como ocurrió en el enfermo de GANOZA. Ni la procedencia y antecedentes del caso, ni las diferencias clínicas y diversidad de la marcha

---

(1) «El Monitor Médico» Lima, Tomo I. 1885-86—pág. 33.

del proceso, valían como elementos de juicio, para dudar de la exactitud de ese diagnóstico impuesto, puede decirse, por las doctrinas de esa época.

La segunda historia, redactada por el Dr. E. ARIAS SOTO y enviada al Dr. J. C. ULLOA, es la siguiente:

«Hace como diez meses tengo a mi servicio al menor Mariano Dominguez, de 13 años de edad, natural de Huarás, raza indígena; en todo el tiempo que ha residido en casa no ha tenido mas enfermedad que la presente, motivada, en mi concepto, por la causa que paso a exponer. A fines de Enero último, dicho muchacho abandonó la casa, inquietado por un paisano y amigo, Santos Rojas, soldado de unos de los cuerpos de policía y domiciliado en la calle de las «Carrozas»; con ese motivo, Dominguez pasó algunas noches en la habitación de Rojas. Habiendo regresado el muchacho a mi casa el día 3 de Febrero, estuvo sin novedad hasta el 11, día en que, como a las 5 de la tarde, dijo sentirse enfermo. La fiebre que se presentaba había sido precedida de una fuerte horripilación, el pulso era frecuente y lleno, la cara abotagada, y la hiperemia del rostro se extendía a todo el cuerpo como si se tratara de una fiebre eruptiva; la temperatura subió hasta 40 grados en la noche».

«Día 12—En la mañana de este día la fiebre se sostenía a 40 grados, el pulso aunque frecuente se hacía un poco vacío y concentrado; la cefalalgia era intensa sobre todo en la región supra-orbitaria; había inyección de las conjuntivas y el estado vultuoso del rostro era mayor que la víspera; los vómitos eran de mucosidades y se despertaban a la menor presión en el epigastrio, el dolor en esta región era bastante intenso y acompañado de una sensación de quemadura; la respiración ansiosa y entrecortada; las facultades intelectuales estaban profundamente trastornadas; el enfermo se encontraba en un estado de estupor del que no salía sino con gran esfuerzo, cuando se le instaba a responder a las preguntas que se le hacía».

«En la tarde de este día, se presentaron epistaxis que continuaron repitiéndose con alguna frecuencia; la fiebre había aumentado, subiendo la temperatura hasta 41 grados; el pulso frecuente, pero más concentrado; la cara más inyectada; la lengua saburrosa en el centro y roja y seca en la punta; el sopor alternaba con ataques de subdelirio, durante los cuales profería palabras incoherentes y que manifestaban que era presa de verdaderas halucinaciones. En esta noche hubieron cuatro epistaxis, vómitos biliosos y deposiciones excrementicias».

«Día 13—En la mañana de este día la temperatura bajó a 40 grados; el pulso frecuente, pero más concentrado y pequeño; la cefalalgia persistía; la lengua saburrosa y seca; los vómitos bilio-

sos dejaban un sedimento oscuro y en mi presencia sobrevino uno con estrías sanguinolentas. A pesar del estado de estupor, el enfermo recordaba algo del delirio de la víspera; decía que había pasado la noche anterior en la loquería. Las orinas escasas, no daban ningún precipitado por el calor ni por el ácido nítrico».

«En la noche subió otra vez la temperatura a 41 grados; volvió el delirio; los vómitos se hicieron más frecuentes y la disnea y ansiedad eran extremas; gran sensibilidad en el epigastrio; piel seca y urente».

«Día 14—En la mañana de este día, la temperatura se conservaba como la víspera, a 41 grados; los vómitos biliosos más frecuentes, dejaban un sedimento como borra de café; el estado soporoso alternaba con un delirio tranquilo y con sobresalto de tendones. Cuando mediante grandes esfuerzos se lograba despertar al enfermo, éste acusaba una gran cefalalgia y un fuerte dolor en el epigastrio. Las orinas escasas, no tenían albúmina».

«En la tarde de este día fué trasladado al Lazareto».

«Día 15—En la mañana había una franca remisión, el termómetro tan solo marcaba 39 grados; la inyección de la cara y de los tegumentos persistía, lo mismo que los vómitos de sangre de los que ví uno en el vaso de noche; epistaxis frecuentes; poco dolor en el epigastrio; ligero tinte ictérico de las conjuntivas; poca cefalalgia. En la noche se había presentado un poco de delirio, razón por la cual el enfermero se vió precisado a amarrarlo en la cama».

«Día 16—La temperatura había bajado a 38 grados; los vómitos han desaparecido, lo mismo que el dolor del epigastrio; la rubicundéz de los tegumentos ha sido reemplazada por una palidez extremada; falta completa de apetito; orinas más abundantes».

«Día 17—En la mañana de este día encuentro al enfermo apirético; pero, a pesar de esto, no ha dormido bien, pues en la noche se ha encontrado bajo la influencia de un delirio agudo que obligó al enfermero a levantarse varias veces de su cama».

«Día 18—No se ha presentado el delirio en la noche y el estado general del enfermo es satisfactorio, continuando así los días 19, 20 y 21, que se le dió de alta completamente curado».

«*Tratamiento*—Día 11—En la tarde de este día tomó el enfermo un purgante, a pocos, de 60 gramos de sulfato de soda en 300 gramos de agua».

«Día 12—Una poción purgante con 30 gr. de sulfato de soda en 300 gr. de agua. para tomar por copitas, una cada dos horas, alternado con 10 centígramos de sulfato de quinina».

«Día 13—El mismo régimen de la víspera. Como fuesen más frecuentes los vómitos, se le agregó limonadas con nieve. Para bajar

la temperatura se le hicieron afusiones frías en todo el cuerpo, con una solución débil de ácido fénico. Además, lavativas de agua fría cada dos horas, con el doble objeto de mantener libre el vientre y bajar la temperatura».

«Día 14—El mismo régimen que el día anterior. Continúan las afusiones de ácido fénico y lavativas frías cada dos horas. Nieve a pasto para cohibir el vómito que en este día se presenta con más frecuencia».

«Día 15—Como en la mañana de este día hubiese bajado la temperatura a 39 grados, no vacilé en administrarle 80 centigramos de sulfato de quinina, que a precaución había llevado conmigo. En el resto del día quedó tomando una cucharada cada dos horas de la poción de quina, almizcle y valeriana, alternando con una perla de trementina, y 20 centigramos de sulfato de quinina al medio día y en la noche».

«Día 16—La misma poción de quina, alternando con trementina; 40 centigramos de quinina tres veces al día y caldo por alimento.»

«Día 17—20 centigramos de sulfato de quinina, tres veces al día».

«Día 18 y siguientes—20 centigramos de sulfato de quinina, dos veces al día».

«Haciendo un resúmen de la presente historia, tenemos, pues, una fiebre continúa de 7 días de duración y en cuyo trascurso se han presentado los síntomas siguientes: fiebre alta; cefalalgia frontal, acompañada de estupor y abatimiento; delirio en las noches; conjuntivas inyectadas; cara animada y abotagada; piel seca; lengua sáburrosa; sed viva; región epigástrica sensible; vómitos, primero mucosos, después biliosos y por último oscuros y sanguinolentos; orinas escasas y fétidas; constipación y epistaxis. Si estos síntomas se presenta en un recién llegado a una localidad sujeta a la infección, ningún médico vacilaría en diagnosticar la fiebre amarilla. Sin embargo, la marcha ulterior de la enfermedad, si bien es verdad no excluye por completo a esa, no deja completamente satisfecho al que busca la forma típica de las entidades patológicas. Así, pues, sin considerar este caso como confirmado, lo encuentro por lo menos muy sospechoso».

El criterio sereno con que juzga ARTAS SOTO el diagnóstico de su caso, que muchos habrían calificado enfáticamente de fiebre amarilla, nos dispensa de más comentarios, ya que la marcha de la enfermedad, la elevación violenta y considerable de la temperatura y su evolución final, corresponden, con mejor derecho, a la remitente malárica. Pero, esto no obsta, seguramente, para que el enfermo de

ARIAS SOTO figure en la estadística del Lazareto como epidemiado amarílico, de la misma manera que el caso de GANOZA, fallecido en ese establecimiento, se cuente entre las dos defunciones por fiebre amarilla, que registra la estadística municipal correspondiente al mencionado mes de febrero.

Ahora bien, hasta este momento, si se exceptúa la simple afirmación del médico titular del Callao, sin pruebas documentadas, y las noticias descarnadas de la crónica de «El Comercio», no hay nada que demuestre la existencia del morbo amarillo en Lima, lugar de donde procedió también, ya enfermo, el individuo que vió el Dr. MELGAR en el Callao. Pero, hay en cambio una observación, sumamente interesante, del Sr. PABLO PATRON, interno del Hospital «Dos de Mayo», que revela la presencia de la fiebre biliosa hemoglobínúrica en esta capital, precisamente, en los primeros días de febrero de 1885, cuando, según se asegura, hizo su reaparición la pirexia amarilla. Hé aquí dicha observación:

«Eusebio Boyas, de 30 años de edad, indio, temperamento linfático, constitución fuerte, ingresó al Hospital «2 de Mayo» el 4 de Febrero del presente año, a ocupar la cama N.º 41 de la sala de San José, servicio del Dr. CERVERA, estando en el momento de su ingreso acometido de un acceso franco de fiebre palúdica».

«Interrogado el día 11 dá cuenta de haber sufrido en días anteriores varios ataques de fiebre terciana palúdica; tiene la lengua saburrosa, mucha sed, poca apetencia y ligero infarto del bazo. En la mañana de ese día se le administró 60 gramos de sulfato de magnesia; y 30 centigramos de sulfato de quinina en el medio día y noche. A continuación vá la marcha que siguió la enfermedad y el tratamiento que se empleó».

«Día 12—Apirético en la mañana; sulfato de quinina 30 centigramos, en alterna. Febril en la tarde».

«Día 13—Apirético en la mañana, el mismo régimen. Febril en la tarde».

«Día 14—Igual al anterior».

«Día 15—Ligeramente febril en la mañana, ha aumentado la anorexia, tiene sed y nauseas; régimen: Hiposulfito de soda 30 gramos, Sulfato de quinina 1 gramo, Limonada sulfúrica 300 gramos, para tomar en tres partes, una cada cuatro horas. Febril en la tarde».

«Día 16—Febril en la mañana, vómitos lijeros y los demás síntomas gástricos más acentuados, se queja de dolor en la región esplénica y de cefalalgia; régimen: Sulfato de quinina 1 gramo, en píldoras n.º 6, 2 cada cuatro horas,—Poc. de Rivière 120 gramos, 1 ch. c. 2 h., un sinapismo al epigastrio, y una inyección hipodérmica».

ca de 50 centígramos de sulfato de quinina *sattim*. En la tarde los vómitos han aumentado y la fiebre es mas alta».

«Día 17—En el mismo estado, ha aumentado la cefalalgia, tiene constipación, ligero delirio, la piel seca y la temperatura 38°. 2., los vómitos persisten pero no con tanta frecuencia. Quedó en el mismo régimen, menos la inyección hipodérmica. En la tarde la temperatura es 38°. 6., y hay más delirio».

«Día 18—Los vómitos han calmado pero el delirio es más intenso, el enfermo no está un momento tranquilo, ni contesta a las preguntas que se le hacen, pero está constantemente hablando, temperatura 38°. 6., piel ligeramente matorosa; tratamiento: Inf. de serpentaria 120 gramos, Ex. blando de quina 4 gramos, Tint. de almizcle 1 gramo, 1 ch. c. 2. h. En la tarde 39.º de temperatura».

«Día 19—Se le pone en cuarto separado porque el delirio no se calma, hay constipación, temperatura 38°. 8.; el mismo régimen. En la tarde después de haber pasado el día algo tranquilo, tiene 39º de temperatura, parece postrado y está en decúbito supino, cara y conjuntivas con un ligero tinte icterico».

«Día 20—Delirio muy fuerte en la noche, ictericia más pronunciada, temperatura 38°. 6.; régimen: Ex. blando de quina 6 gramos, Tint. de Colombo 8 gramos. Inf. serpentaria 120 gramos, 1 ch. c. 2. h.,—Almizcle 50 centígramos en 6 píldoras, 2 en alterna. En la tarde 39°. 2. de temperatura, no hay delirio ni diarrea, pero si más postración, los orines son oscuros, y la ictericia muy manifiesta ha aumentado».

«Día 21—Temperatura 38°. 6., los orines son más oscuros, el delirio ha desaparecido por completo; régimen: Ex. bl. de quina 6 gramos, Tint. de nuez vómica 1 gramo, Tint. de Colombo 8 gramos, Inf. de serpentaria 120 gramos, 1 ch. c. 2. h.,—Glicerina 15 gramos, Acido tártrico 1 gramo, Agua 200 gramos., bebida para el día. En la tarde los mismo síntomas, 39º 6 de temperatura, los orines muy oscuros y sigue la constipación».

«Día 22—Temperatura 38°. 6., piel matorosa, más postración, sigue en el mismo régimen. En la tarde 39°. 6. de temperatura; se le prescribe para que tome en la mañana del 23, 50 centígramos de sulfato de quinina cada cuarto de hora cuatro veces».

«Día 23—La ictericia es pronunciadísima, lo que el enfermo orina tiene el color del vino de Málaga, y las manchas de la orina sobre la ropa de cama y la camisa tienen el color de ocre, temperatura 38°. 4. En la tarde apirético».

«Día 24—Apirético en la mañana, continua la ictericia y los orines son todavía más oscuros. Hasta este día no había tomado más alimento que caldos solos o con vino, se ordenó que le dieran sopa



que devocó inmediatamente. Tratamiento: Sulfato de quinina 30 centigramos en alterna; limonada a pasto. En la tarde apiretico».

«Días 26 y 27—Apiretico, el mismo régimen; los orines han aclarado en el último».

«Día 28—Convalecencia, Tint. de quina 4 gramos n. y m. La ictericia desapareció a los pocos días».

«El diagnóstico nos parece en el presente caso algo oscuro. ¿Es realmente una fiebre biliosa palúdica, o una tifomalaria? Nos inclinamos a lo primero, tanto por la curva térmica, como por el fin tan brusco merced a las altas dosis de sulfato de quinina tomadas por el enfermo en la mañana del 23. Y por otra parte, para que la tifomalaria se presente, es necesario que reinen en abundancia las enfermedades tifoideas, para que sus virus especiales puedan asociarse al miasma palúdico y formar la nueva entidad mórbida; en la actualidad las enfermedades tifoideas son poco comunes en Lima. Hay algo que nos parece muy notable, y es la aparición tardía de la ictericia y de la hematuria».

«¿El tratamiento a que fué sometido el enfermo es el más adecuado?, o habría sido mejor darle un emeto-catártico en los primeros días como es costumbre? Son cuestiones que no nos atrevemos a resolver». (1)

Hay, en la observación que precede, dos hechos fundamentales, cuya interpretación clínica permite, en nuestro concepto, precisar más el diagnóstico de PATRON. El primero es, el desarrollo—durante el curso de una malaria terciana, con paroxismos francos y sometida al tratamiento específico—de un estado febril remitente, atáxico, que el 19 se asocia con *ligerito tinte icterico de la cara y conjuntivas*; el 20 *los orines son muy oscuros y la ictericia muy manifiesta*; el 21 *los orines son más oscuros*; el 23 *la ictericia es pronunciadísima, la orina tiene el color del vino de Málaga, y las manchas de la orina sobre la ropa de cama y la camisa tienen el color de ocre*; el 24, en que se establece la apirexia, *continúa la ictericia y los orines son todavía más oscuros*; y el 27, *se aclaran los orines*, desapareciendo, también, pocos días después, la ictericia.

El segundo hecho es, la ineficacia del tratamiento antimalárico para impedir la evolución de la pirexia, a pesar de las dosis de quinina, diarias y no pequeñas, que se administró al enfermo, lo que hace dudar de la eficacia posterior de esa droga, aceptada por PATRON en vista de la caída brusca de la temperatura, después de las altas dosis de sulfato de quinina tomadas por el enfermo en la mañana del 23. El aspecto anormal de la orina continuó, en efecto, tres días

---

(1) «La Crónica Médica» Lima. 1885—pág. 219.

mas a despecho de la terapéutica, acentuándose mas bien el 24, en que su coloración oscura adquirió el máximun.

Ahora bien, los síntomas culminantes que predominan en el cuadro descrito por PATRON y le imprimen fisonomía especial, son: la ictericia y el color oscuro, hasta llegar a parecer sanguinolento, de la orina. *Hay algo*, dice ese observador, *que nos parece muy notable y es la aparición tardía de la ictericia y de la hematuria*. Estos dos síndromes, independientes en su evolución y marcha del régimen anti-periódico, constituyen, pues, en buena cuenta, el *substratum* del proceso morboso en la plenitud de su desarrollo; la fiebre, el delirio y demás manifestaciones clínicas, son por consiguiente elementos de valor secundario para la determinación del diagnóstico, que, en este caso, debe basarse, esencial e ineludiblemente, en la interpretación de la ictericia y de la coloración oscura de la orina. Establecida esta premisa, no es difícil deducir la conclusión que perseguimos. En efecto, los caracteres de la orina que consigna PATRON en la historia de su enfermo, aunque solo se refieren a las alteraciones del color, bastan para sospechar, fundadamente, que ellos fueron debidos a la presencia de la hemoglobina; y esta sospecha se convierte en certidumbre, cuando se observa la aparición simultánea de la ictericia y el paralelismo de ambos trastornos después, estableciendo entre ellos una relación ostensible de causa a efecto, lo que no habría sucedido si se hubiese tratado de hematuria. Si a estas consideraciones, de valor práctico innegable, se agregan, la marcha de la enfermedad, el medio tropical, la estación y los antecedentes epidemiológicos de nuestra costa, no es difícil, repito, llegar a la conclusión, de que el diagnóstico de fiebre biliosa hematurica, de naturaleza malárica, formulado por PATRON, es exacto, si se tiene en cuenta que esa denominación y esa doctrina correspondían, entonces, a la pirexia que se describe hoy con el nombre de fiebre biliosa hemoglobinúrica.

Desde el punto de vista epidemiológico, la comprobación, que acabamos de hacer, de la existencia de la biliosa hemoglobinúrica en los primeros días de febrero de 1885, a la vez que se señalaban casos sospechosos de fiebre amarilla en esta capital y en el Callao, es sumamente importante, porque demuestra, que no son infundadas las dudas acerca de la naturaleza amarílica de dichos casos, inclusive el diagnosticado afirmativamente por MELGAR. En efecto, aparte de la ausencia de importación, reconocida por todos, y de la circunstancia de ser los atacados vecinos de esas localidades, hay el hecho incontestable de la gran semejanza que presentan ambas pirexias epidémicas, hasta el punto de que, en muchos casos, su diferenciación clínica es imposible; no tiene, pues, nada de extraño,

que se las confundiese en 1885, como se las había confundido en los años anteriores.

Durante el mes de marzo cesaron por completo los casos de la titulada fiebre amarilla, tanto en el Callao como en esta capital, si hemos de juzgar por el silencio que guardan al respecto los diarios locales y los periódicos profesionales. Esta interrupción inexplicada del temible flagelo, no causó ninguna vacilación a los que sostenían su existencia, convencidos como estaban de la naturaleza *esporádica, no trasmisible*, de aquellas manifestaciones estivales del tifus icterodes, cuyo gérmen, sobreviviente en el litoral, desde el primer periodo epidémico de 1852 - 56 según unos, desde el segundo de 1867 - 69 según otros, denunciaba de ese modo su presencia y aptitudes peligrosas.

No sucedió lo mismo en el mes de abril y siguientes, como se verá a continuación, aunque, podemos adelantar, no llegó nunca a producirse una verdadera epidemia.

## Capítulo X.

### *Epidemia de 1885 (segunda parte).*

Desde el 10 de abril comenzaron, nuevamente, a publicarse en la prensa del Callao, noticias acerca de la fiebre amarilla, asegurándose haber llegado a ese puerto procedentes de Panamá, dos hermanos, de nacionalidad chilena, quienes resultaron enfermos de esa pirexia, habiendo muerto uno de ellos bajo la asistencia del Dr. IRUJO y encontrándose el otro en el Lazareto del hospital de «Guadalupe», al cuidado del Dr. TAVARA. Completando estos datos se agregaba, que el enfermo tenía 40°C. de temperatura; 90 pulsaciones; dolor epigástrico; raquialgia; vómito negro y anuria; mediante el cateterismo se extrajo apenas 8 gramos de orina, que tratada convenientemente se convirtió en una masa de albúmina. Dicho sujeto, murió en la mañana del día siguiente. Se afirmaba, en fin, que el Dr. IRUJO había negado el diagnóstico que se le atribuía, declarando no haberlo formulado ni antes ni después del fallecimiento del paciente. (1) Refiriéndose a los mismos casos, el médico titular Dr. MELGAR, niega, igualmente, haberse tratado de fiebre amarilla, agregando ser falso, asimismo, que dichos individuos hubiesen venido del norte, pues hacía más de un año que vivían en el Callao. (2)

(1) «El Comercio» Lima, 10 y 11 de abril de 1885.

(2) «El Comercio» Lima, 14 de abril de 1885.

Descartada así la procedencia sospechosa de los enfermos y negado el diagnóstico de tífus icterodes por uno de los médicos asistentes, podemos aceptar, en vista de los síntomas señalados, que la fiebre biliosa hemoglobínúrica fué la causa de la muerte, por lo menos de uno de ellos.

El 13, «El Comercio» anunciaba haberse presentado en el Callao dos nuevos casos de fiebre amarilla, siendo las víctimas una niña E. C. y un italiano; y el 16 agregaba, que la hermana mayor de la primera, había sufrido también esa enfermedad, encontrándose convaleciente, y además, que había fallecido en el hospital de «San Juan de Dios», a causa del mismo mal, una mujer M. M., de 21 años de edad, llegada últimamente del norte. A este último caso se refiere, sin duda, la siguiente comunicación dirigida a los secretarios de la Academia Libre de Medicina, el 21 del indicado mes, por el Dr. F. E. VELEZ, del Callao.

«Muy sensible me ha sido el no haber podido satisfacer, en su debida oportunidad, los deseos de U. U., por haber recibido solo el día de hoy a la 1 p. m. su estimable oficio fecha 15 del presente, por el que me dicen, que habiendo llegado a su conocimiento la existencia de varios casos de fiebre amarilla en este puerto y deseando informar sobre ellos a la Academia, en la sesión del día 16, les suministre cuantos datos me sean posibles recojer sobre la existencia de la indicada enfermedad».

«En contestación me es grato decirles, que hasta la fecha solo he tenido en mi práctica un caso que se me presentó en el Hospital de Bellavista a principio de la semana pasada y cuyo cuadro sintomático era el siguiente: fiebre alta, piel seca, agitación incesante, cefalalgia intensa, epigastralgia y raquialgia también intensas, vómitos biliosos incoercibles, color icterico de la piel lo mismo que de las escleróticas, sed ardiente, lengua seca, saburrosa en el centro y roja en los bordes, orina escasa y muy albuminosa, mirada vaga, temperatura a 40° y facultades intelectuales casi en su estado normal. En este estado permaneció hasta por la tarde de ese día (más o menos las 4 o 5) en que le aparecieron vómitos de sangre, cuya coloración se iba haciendo cada vez mas oscura, hasta llegar a tomar la coloración del sedimento del café».

«Al día siguiente, es decir, al de su ingreso al Hospital, persistían los síntomas que he expuesto casi con la misma intensidad, con excepción de la temperatura que era un poco más baja y en medio de este cuadro sintomático dejó de existir la enferma a las 12 a.m. del indicado día».

«Desgraciadamente nada puedo decirles respecto a la autopsia, porque a pesar de haberme constituido en el Hospital a las 3 p. m.

del mismo día, ya se habían llevado el cadáver al Cementerio, de orden de la Superiora del establecimiento».

«Para concluir solo me resta decir a U. U., que la difunta tenía quince días de residencia en este puerto, habiendo venido de Pallasca de donde era oriunda, de 21 años de edad, de profesión pastora y de constitución robusta».

«Olvidaba decir a U. U., que al tercer día de su enfermedad ingresó al Hospital, habiendo precedido un intenso escalofrío al cuadro sintomático que les he referido más arriba». (1)

La historia suscita que hace VELEZ, del único caso de fiebre amarilla observado por él hasta el 21 de mayo, no prueba, ciertamente, que tal fuese la enfermedad que llevó a la tumba a la infeliz indígena de Pallasca, cuya dolencia se inició el 11º día de su llegada al Callao, procedente de su tierra natal, después de haber atravesado, sin duda, las quebradas cálidas y los valles ardientes de la provincia de Santa, para llegar al puerto de Casma y tomar el vapor que debía conducirla al lugar de su destino. Este antecedente, plantea una cuestión previa y es la siguiente: ¿donde contrajo la enferma su mal? ¿fué durante el viaje a Casma o fué en el Callao a los pocos días de su llegada? Tanto uno como otro supuesto son posibles, porque la historia epidemiológica de la costa enseña, desde muchos años atrás, que la remitente biliosa y la biliosa hemoglobinúrica figuran, con marcada supremacía, entre las pirexias endemo - epidémicas de la provincia de Santa, habiendo originado, con frecuencia, sospechas y discusiones sobre la existencia de la fiebre amarilla en ella, con motivo de casos semejantes al que describe VELEZ y que, ya enfermos desde su arribo al Callao o presentando los primeros síntomas pocos días después, como sucedió con el paciente de ALMENABAS el año 1868, se han observado y diagnosticado de muy diverso modo, tanto en los hospitales como en la práctica civil. Para nosotros es, pues, muy probable, casi seguro, que, al igual de los años anteriores, en 1885 grasaron también en Santa las mencionadas fiebres, aunque sin asumir las proporciones de una epidemia severa cuya existencia no habría pasado inadvertida. Por consiguiente, es posible, repetimos, que la enferma de VELEZ hubiese contraído la infección en el norte, como pudo contraerla también en el Callao.

Según las noticias publicadas por «El Comercio», el 18 de abril murió en ese puerto, víctima de la fiebre amarilla, un individuo de nacionalidad francesa, habiendo practicado la autopsia del cadáver los Dres. BENAVIDES, TAVARA y CAMPION. El 20 fallecieron, a causa de la misma enfermedad, el primer maquinista del vapor «Santa Rosa», que se asistió en el hospital de la compañía

(1) Archivo de la Academia Nacional de Medicina.

inglesa de vapores, y el italiano A. B. El 23, sucumbió asimismo, otro italiano, que fué asistido por el Dr. MAURTUA. Pero, estos datos, no están confirmados en ningún documento oficial que sepamos o si lo fueron no se estimaron probatorios, pues la junta suprema de sanidad aprobó en su sesión del 23 de abril, entre otros acuerdos, el siguiente: «Que los casos a que se refieren los documentos que se acompañan, no dan la luz suficiente para caracterizarlos de fiebre amarilla».

En el archivo de la Academia Nacional de Medicina encontramos, sin embargo, un oficio del Dr. H. MAURTUA del Callao, fechado el 18 de abril, que a la letra dice: «En contestación al oficio de U. U., relativo a investigar si en esta población existen o no algunos casos de fiebre amarilla, tengo el honor de manifestarles, que en mi clientela particular tengo en la actualidad dos enfermos de la mencionada enfermedad».

«Asimismo, me es satisfactorio comunicarles, que me sería grato que la ilustrada Academia, nombrara una comisión de su seno que examinara a los enfermos de que hablo, para así desvanecer la incredulidad de los que dudan de la existencia de la Fiebre en este puerto».

Existía, en efecto, como veremos luego, opiniones encontradas acerca del diagnóstico de esos casos, que para muchos eran del verdadero tifus icterodes y para otros manifestaciones graves de la malaria.

El 23 de abril falleció en esta capital, en la populosa calle de Malambo, un sujeto sindicado de amarílico por el médico asistente Dr. M. R. ARTOLA y considerado por la inspección de higiene como un caso de *intoxicación palúdica grave*, en vista del informe de su comisionado Dr. T. SALAZAR. Con este motivo, ARTOLA publicó en «El Comercio» del 25 una carta, insistiendo en su diagnóstico de fiebre amarilla, pero sin dar más razones que la siguiente información: «El médico que asistió desde el día 20 del presente, en que llegó a Lima ese enfermo, he sido yo y, por consiguiente, el que ha podido obtener todos los datos y encontrarse en condiciones de juzgar sobre la naturaleza del mal, por los antecedentes suministrados por el mismo enfermo, los síntomas y marcha de la enfermedad». Cita además en su apoyo la opinión del Dr. J. S. VARGAS, que, a su pedido, vió al enfermo. En el acta de la sesión de la Academia Libre de Medicina, celebrada el mismo día 23, constan los siguientes datos: «El Dr. ARTOLA dió cuenta de haber asistido a un enfermo, que, en su concepto, había fallecido esa mañana de fiebre amarilla, cuyo diagnóstico se proponía confirmar por la auptosia que creía posible

practicar, y para la cual pedía se asociara otro miembro de la Academia».

«Habiendo manifestado el Dr. SALAZAR haber observado también a dicho enfermo y haber recojido algunos datos sobre él, que el Dr. ARTOLA rectificó, se resolvió a propuesta del Presidente, que el Dr. SALAZAR se asociase al Dr. ARTOLA para practicar dicho exámen».

En el acta de la sesión del 30, se lee asimismo: «El Dr. ARTOLA, presentó la historia del enfermo de fiebre amarilla de que dió cuenta en la sesión anterior y que, en su concepto, no deja duda del verdadero carácter de la enfermedad. Se acordó que dicha historia pasara también a la Comisión de epidemias». Desgraciadamente, no hemos podido encontrar ese documento en el archivo de la Academia, limitándose nuestras informaciones a las que dejamos trascritas y al dato, que consigna igualmente ARTOLA en su citada carta, de que no se pudo verificar la autopsia. De todos modos, este es un ejemplo de las dificultades que ofrecía el diagnóstico de esos casos, cuyas manifestaciones clínicas no tenían, sin duda, las características definidas y clásicas del tifus xantogénico y, por consiguiente, daban lugar a dudas fundadas, aun para aquellos que creían en la existencia de dicha enfermedad en el litoral. Tal discrepancia de opiniones demuestra, pues, y por ello insisto, que en 1885, como en los años anteriores, se calificaba de amarílicos no pocos enfermos que presentaban simplemente síntomas sospechosos y con mayor razón cuando aparecía el vómito negro, confundiendo así la malaria y la fiebre biliosa hemoglobinúrica con el morbo amarillo.

Interesada la Academia Libre de Medicina en la dilucidación del verdadero carácter de las fiebres existentes en el Callao, comisionó con tal objeto a los Drs. JOSE MARIANO MACEDO y LEONARDO VILLAR, quienes presentaron su primer informe el 23 de abril, en los términos siguientes: (1).

«Los infrascritos, nombrados en comisión para determinar la naturaleza de las fiebres que se han presentado en el Callao, calificadas por algunos médicos como casos de fiebre amarilla y por otros de distinto modo, cumplimos hoy con el deber de emitir nuestro informe, después de haber tomado todos los datos que han estado a nuestro alcance».

«Como era necesario examinar a los enfermos personalmente, nos dirigimos, por conducto de los Señores Secretarios de la Academia, a los tres Miembros Correspondientes del Callao, para que, en el primer caso que se presentase de fiebre sospechosa, tuvieran la bon-

---

(1) «El Monitor Médico» Lima, Tomo I. 1885-86- págs. 47-51.

dad de darnos aviso por telégrafo, a fin de constituirnos inmediatamente en esa localidad».

«El 25 del presente mes, a la 1 h. 30 m. p. m. se recibió un telegrama del Sr. Dr. D. SANTIAGO TAVARA, comunicándonos existir dos casos caracterizados de fiebre amarilla; acto continuo nos dirigimos al Callao por el tren de las 3 p. m. acompañados del Sr. Secretario Dr. BARRIOS, y allí reunidos con los Drs. TAVARA, GIRALDEZ, VELEZ, BENAVIDES y MAURTUA, nos constituimos en el Hospital de Guadalupe, y reconocimos al enfermo Guillermo López, chileno, de 25 años de edad, constitución fuerte, raza blanca, relojero, que el 15 del mes en curso había tomado cama en la sala de San Miguel, bajo el N.º. 6».

«El enfermo estaba en decúbito lateral derecho, sus miembros en flexión ejecutaban contorsiones irregulares, la cabeza estaba inclinada y pegada al colchón. La piel tenía un color completamente icterico, más subido en el pecho, cuello y cara; las conjuntivas se manifestaban inyectadas sobre un fondo amarillo subido de las escleróticas, dando así, a su mirada incierta, la expresión de un borracho. El pulso depresible y vacío, daba 76 latidos por minuto; el termómetro puesto en la axila marcó 39° 5, habiendo alcanzado 40° en la mañana, según se nos dijo; había retención de orina, y la poca que se extrajo con el catéter, manifestó la presencia de una gran cantidad de albúmina, tanto por el calor como por el ácido nítrico, sin hacer notar con este último reactivo la existencia de materia colorante biliar. Vómitos oscuros, como el sedimento de café cargado, habían manchado extensamente las sábanas a la derecha y a la izquierda de su parte superior. Había, asimismo, pérdida completa de conocimiento, subdelirio acompañado de contorsiones y agitación; quejido automático de rato en rato, como la manifestación de algún sufrimiento intenso; extrema sensibilidad en el epigastrio, al punto de no tolerar una compresión mediana de ésta región. El hígado, aumentado de volumen, sobresalía como tres traveses de dedo del reborde costal, sin manifestar, sin embargo, ningún dolor a la presión; el bazo estaba considerablemente hipertrofiado».

«ANTECEDENTES.—Se sabe que López hacía pocos días que había llegado de Panamá; pero no se pudo averiguar, si era la primera vez que estaba en el Perú. La hermana de Caridad, asistente de la sala, nos aseguró que López le refirió que en Guayaquil estuvo en el Hospital con fiebre intermitente; nos informó, también, que desde que López ingresó al establecimiento donde se halla, ya tenía el color amarillo que presenta en la actualidad; que a su ingreso se le reputó afectado de la misma fiebre intermitente que tuvo en Guayaquil; que el 23, víspera de su gravedad, López se encontró muy



bien, sin fiebre y tan contento que pidió con instancia su alta para dejar el Hospital; que el 24 López amaneció con fiebre muy alta, soñolencia, alternada con subdelirio y agitación; que en la tarde del mismo día 24, aparecieron por primera vez los vómitos oscuros que se hicieron negros como borra del café desde el 25, a las 9 h. a.m.»

«DIAGNOSTICO—Como se vé, por el cuadro semeiótico que se ha expuesto, el diagnóstico que se desprende es el de *fiebre amarilla*. Existen, en efecto, en él, los caracteres propios de dicha enfermedad, como son ictericia hemafeica, vómito negro, dolor epigástrico excesivo, abundante albúmina en la orina; inquietud, delirio, y los ojos con la expresión especial que se nota en los que padecen de esta fiebre».

«Aun cuando este diagnóstico descansa sobre bases fundadas, hay que fijar la atención en algunas consideraciones sobre puntos que se presentan sin la suficiente claridad».

«Parece indudable que López ha padecido de fiebres palúdicas, que son tan comunes en Panamá; pues, según vá expuesto, dijo él, a la hermana de Caridad de la sala en que se halla, que, al pasar por Guayaquil, tuvo que asistirse de dicha enfermedad en el Hospital de esa ciudad, y según se vé por la hipertrofia del bazo. Pero, ¿habrá sido esta misma fiebre la que lo llevó el 15 al Hospital del Callao, donde habrá tomado la fiebre amarilla fulminante que ahora lo tiene tan grave? O ¿habrá sido que su ingreso al Hospital fuese motivado por estar ya enfermo con esta fiebre velada y cuyo cuadro terminal es el que hoy se observa?»

«Sin haber seguido detenida y concienzudamente la marcha de la enfermedad de López y sin tener mayor copia de datos que los suministrados por la hermana de la sala, nos es difícil aceptar de una manera definitiva cualquiera de estos supuestos».

«En la incertidumbre en que nos encontramos, creemos más probable el segundo supuesto, es decir, que López tomó cama en el hospital, ya enfermo con fiebre amarilla».

«A este modo de pensar nos inducen las consideraciones siguientes: Cuando López ingresó al expresado establecimiento, ya tenía el tinte ictérico que hoy lo acompaña; la fiebre alta, de que fué acometido repentinamente en la mañana del 24, después que el día anterior pedía su salida a la calle, no ha sido precedida de ningún fenómeno prodromico, que revele la iniciación de la enfermedad; es posible, más bien, que lo que el conceptuó ser un acceso de fiebre intermitente hubiera sido el fenómeno inicial de la amarilla, que muchas veces se equivoca con un acceso de fiebre palúdica. Además, el estado de gravedad en que se halla su organismo tan descompuesto, no puede ser sino el efecto de la lenta acción del agente morbígeno».

«No obsta a nuestro modo de juzgar, el bienestar de López el 23, porque, como se sabe, así pasa en la fiebre amarilla de la forma «ambulante» de LA ROCHE (Walking grade). En esta forma, el paciente no se queja de nada, se pasea, niega el estar enfermo; pero derrepente se presentan los vómitos negros y la muerte viene rápidamente (1). LOUIS, habla asimismo de enfermos en los cuales se conservan las fuerzas y, estando en pié, son asaltados por la muerte».

«No son nuevos estos fenómenos para los prácticos de esta capital que hayan asistido a los epidemiados de 1868. ¡Cuántas veces, remisiones falaces que han hecho creer en una mejoría positiva, han terminado fatalmente de un momento a otro!»

«De la lijera descripción que se acaba de hacer del estado actual del infortunado enfermo Guillermo López, se desprende el más grave pronóstico. Su muerte debe realizarse ántes de 24 horas».

«Con la perspectiva de este fatal resultado y con el fin de comprobar el diagnóstico por la autopsia del cadáver, los señores Dres. TAVARA y BENAVIDES, se han encargado de hacer esta operación y remitir su resultado a la Academia».

«El segundo caso que vimos fué en el barrio de Chucuito, en una ranchería situada a las inmediaciones del mar».

«La enferma es una joven italiana, Lorenzina Solesi, de 20 años de edad, once meses residente en el Callao, de constitución robusta, casada y que, ya enferma con fiebre, había tenido un parto prematuro, arrojando un feto muerto».

«Esta jóven estando en completa salud, se había impresionado mucho la víspera de su enfermedad, porque en las inmediaciones de su domicilio había fallecido ese día un italiano afectado de fiebre amarilla. Tan impresionada había estado la Solesi, que a su tía y demás miembros de la familia, les había dicho que todos iban a ser víctimas de la fiebre amarilla».

«El embarazo de la Solesi había sido bastante molesto, por los vómitos incesantes que lo habían acompañado».

«Los datos que se nos suministraron por los Dres. TAVARA y BENAVIDES, acerca de la marcha de la enfermedad, en este caso, fueron los siguientes:

«El 21 de abril se quejó la Solesi, de dolores en el vientre y en la región lumbar con un poco de cefalalgia frontal y lijera fiebre; el 20 por la mañana estuvo completamente apirética; el 21 sobrevino el parto del feto muerto. Una vez hecha la expulsión de dicho feto, no se notó ningún síntoma ominoso hasta la mañana del 24, en que el Dr. TAVARA encontró a la enferma muy ictérica, con náuseas

(1) LA ROCHE. On yellow fever.

frecuentes, subdelirio, gran agitación, pulso frecuente y deprimido y orina escasa».

«El 25 a las 5 p.m. nos encontramos a su lado con los mismos Dres., con quienes estuvimos en el Hospital de Guadalupe y de los cuales los Dres. BENAVIDES y TAVARA ya habían visto a la enferma. Entónces el cuadro fué el siguiente:

«Decúbito dorsal con suma agitación, pérdida de conocimiento, delirio, gritos interrumpidos con la cara crispada, ictéria general muy pronunciada, con un color amarillo amancae, pero escleróticas poco teñidas y las conjuntivas sin congestión, náuseas, los lóquios seguían secretándose. La orina extraída con el catéter era escasa, daba un precipitado abundante de albúmina al calor y con el ácido nítrico, sin manifestar con este último la reacción propia de la sustancia colorante biliar. El pulso daba 68 latidos por minuto; muy deprimido, y la temperatura axilar es de 38° 8. El encogimiento del cuerpo, con los muslos en flexión sobre el vientre, no permitía apreciar si el dolor que se sentía a la presión en esta región, era exajerado en el epigastrio».

«El conjunto de estos síntomas actuales inducen a hacer el diagnóstico de *fiebre amarilla* de forma atáxica, reconociendo al mismo paso bastante irregularidad en la marcha del mal».

«El pronóstico es de los más graves, no permitiendo esperar otro resultado que el de una muerte próxima».

«Los Drs. BENAVIDES y TAVARA, se han encargado, como en el caso de López, de ejecutar la autopsia del cadáver e informar a la Academia acerca del resultado».

«Además de estos dos casos del Callao, hemos tenido conocimiento de que el Sr. Dr. BASADRE había asistido, en Lima, a una jóven que falleció de fiebre amarilla, y sobre la que el expresado Dr. ha tenido la bondad de suministrar los datos siguientes:

«Que el 19 del corriente fué llamado a la calle de la Pregonería de San Marcelo, casa N.º 108, en los altos, donde encontró en cama a la jóven N. C., natural de Moquegua, seis años residente en Lima, de 18 años de edad, constitución fuerte, soltera y que gozaba de buena salud hasta entónces; que al tercer baño de mar que tomaba en el Callao, amaneció el 17 con fiebre intensa, dolor de cabeza, igualmente que dolores en el cuerpo y la cintura, vómito bilioso desde el primer día; molestia como de fatiga al estómago; que no había podido dormir en la noche. Que la enferma este día había tomado de su cuenta un purgante salino, que dice haberle hecho buen efecto; que el 18 continuó con la misma fiebre y los mismos dolores y creyendo que fuera una fiebre intermitente, tomó una dosis de quini-na; que al tercer día de enfermedad, esto es el 19, se hizo cargo de su

asistencia el Dr. BASADRE, el cual encontró a la enferma icterica, con fiebre alta, mucha agitación, la cefalalgia notablemente disminuída, pero la fatiga al estómago se había transformado en una sensación de vacuidad dolorosa; que la enferma le decía que sentía tal angustia en el estómago que le parecía que le habían vaciado las entrañas; esta sensación dominaba, según el Dr. BASADRE, a todos los sufrimientos de la pobre enferma. El cuerpo estaba cubierto de manchas petequiales, que no desaparecían a la presión del dedo; los ojos inyectados sobre un fondo amarillento».

«El cuarto día de su enfermedad hubo reagravación de síntomas: ictericia más pronunciada, mayor agitación, pervijilia completa y la sensación de vacuidad del epigastrio llegaba al máximum de sufrimiento; continuaron los vómitos biliosos en la mañana; pero que, desde las 2 p. m. de este mismo día, el vómito se hizo negro, como sedimento de café mezclado con filamentos como telas de araña; las deposiciones se hicieron melánicas, frecuentes y abundantes, son suma postración de fuerzas. Temperatura a 40°, con un pulso que apenas latía 62 veces por minuto».

«La orina se mantenía abundante, dando al calor y al ácido nítrico abundante cantidad de albúmina. Subdelirio desde el tercer día de enfermedad. El bazo normal y ligero aumento del hígado. Al quinto día, hubo persistencia de los mismos síntomas; vómito y deyecciones negras, petequias numerosas, la ictericia más pronunciada, la enferma principia a desconocer a las personas que le rodean; preguntada qué le dolía, solo hacía mérito de la sensación angustiada del estómago; suspensión completa de la orina al sexto día. Los vómitos y diarreas que en la noche habían faltado, reaparecieron con su mismo carácter y en mucha abundancia; apareció al mismo tiempo una hemorragia uterina. En la tarde hubo pérdida completa de conocimiento, coma profundo, tremor muscular general; a las 6 p. m. se cubrió de un sudor meloso, frío, general y abundante, que dió principio a la agonía, y a las 10 y 30 de esta misma noche murió la pobre enferma. El Dr. BASADRE, que el día anterior tuvo una consulta con el Dr. ESPINOSA, que confirmó el diagnóstico, no pudo conseguir hacer la autopsia de este caso típico».

«En la historia importante dada por el Dr. BASADRE, no podemos ménos que reconocer un caso típico de la forma congestiva de la fiebre amarilla».

«Resumiendo ahora el contenido de este informe, llegamos a las conclusiones siguientes:

«1a. Que el chileno Guillermo López, que se asiste en el Hospital de Guadalupe del Callao, padece de *fiebre amarilla*».

«2a. Que, asimismo, la italiana Lorenzina Solesi, poco tiempo residente en el Callao, padece también de *fiebre amarilla*».

«3a. Que la observación del Dr. BASADRE, no deja la menor vacilación, para considerar el caso de la señorita N. C., como un tipo de la misma enfermedad».

«*Autopsia del cadáver de una joven italiana, muerta en el barrio de Chucuito al sexto día de fiebre*».

«Rijidez cadavérica muy notable a las cinco horas del fallecimiento».

«Tinte naranja de la piel con manchas violáceas».

«Hígado, color café con leche, seco al corte; el microscopio ha hecho ver su degeneración grasosa».

«Estómago, lleno de un líquido negro, viscoso, de fuerte reacción ácida (no habiendo vomitado en vida)».

«Mucosa completamente reblandecida, que con la uña se desprendía; manchas equimóticas mas abundantes al nivel del cárdias».

«Bazo, tamaño natural».

«Intestinos, amarillos».

«Utero, tamaño doble del normal y ligeramente amarillo, lleno de cóagulos de sangre (tenía dos días de parida)».

«Riñones, aumentados de volúmen, sustancia cortical endurecida, pélvis amarilla».

«Corazón, muy blando, amarillo y lleno de un grueso cóagulo el ventrículo derecho, estando vacío el izquierdo».

«Pericardio, sano, conteniendo un líquido amarillo».

«Pulmones sanos».

«Vegija, muy amarilla y con orina albuminosa al calor y al ácido nítrico, dando con este último la reacción característica Gmelin».

«Opinión unánime de los Dres. CAMPION, GIRALDEZ, VELEZ, BENAVIDES, GALDO y TAVARA, *fiebre amarilla*».

FRANCISCO ELIAS VELEZ.—M. GIRALDEZ.—M. BENAVIDES.—SANTIAGO TAVARA.

«Diversos cortes del hígado, examinados al microscopio por el Dr. VILLAR, han manifestado la degeneración grasosa de que estaba afectado».

«Lima, Abril 27 de 1885».

JOSE MARIANO MACEDO—LEONARDO VILLAR.

«Autopsia del cadáver de Guillermo López, que ocupó la cama N.º 6 en la sala de San Miguel del Hospital de Guadalupe.—Callao, abril 26 de 1885».

«Aspecto exterior del cadáver. Manchas violáceas en todo el cuerpo, piel amarilla».

«Abiertas las cavidades del pecho y del vientre se encontró: 1.º Pulmones ligeramente congestionados; 2.º Corazón blando, teñido de amarillo, ventrículo izquierdo vacío, derecho lleno de coágulos negruzcos; 3.º Pericardio sano, conteniendo un líquido ligeramente sanguinolento; 4.º Estómago lleno de un líquido, negro, viscoso, igual al vómito que arrojó en vida, mucosa reblandecida, pliegues gruesos, con placas equimóticas, sobre todo al nivel del cárdias; 5.º Hígado muy aumentado de volúmen, con manchas amarillas sobre un fondo violado muy intenso y de 1915 gramos de peso; 6.º Bazo enorme muy congestionado y de 941 gramos de peso; 7.º Riñones endurecidos en su sustancia cortical y amarillos en su pélvis; 8.º Intestinos de color amarillento, con ligeras manchas equimóticas».

«Opinión de los Dres. CAMPION, TAVARA, VELEZ, BENAVIDES, GIRALDEZ; antiguo paludismo, y fiebre amarilla la enfermedad que determinó la muerte—MELGAR y FONSECA se opusieron, sin clasificar las lesiones encontradas».

FRANCISCO ELIAS VELEZ.—M. GIRALDEZ.—M. BENAVIDES.—SANTIAGO TAVARA.

El exámen microscópico, hecho por el Dr. Villar, de diversos cortes de este órgano (hígado) ha manifestado haber sufrido la degeneración grasosa.

«Lima, Abril 27 de 1885».

JOSE MARIANO MACEDO.—LEONARDO VILLAR.

Las historias clínicas que contiene el informe precedente, no demuestran, en nuestro concepto, ni autorizan, por consiguiente, las conclusiones que formulan MACEDO y VILLAR. Vamos a probarlo, estudiando, separadamente, cada uno de los casos referidos por esos investigadores.

El primer enfermo es un chileno que ingresó al hospital el 15 de abril, pocos días después de haber llegado de Panamá, pero que, en su viaje, al pasar por Guayaquil, según referencias que él hicie-

ra, se vió obligado, a causa de la malaria que sufría, a solicitar asistencia en el hospital de ese último puerto. La misma enfermedad, al parecer, lo llevó al nosocomio del Callao, donde se le reputó afectado de *fiebre intermitente palúdica*, pero, desde su ingreso presentaba ya una coloración *ictérica intensa* de la piel y mucosas. Ocho días después, el 23, se hallaba apirético y en tan buenas condiciones, que pidió con instancia su alta para abandonar el hospital. Mas, el 24, amaneció con fiebre muy alta, soñolencia, alternada con subdelirio y agitación; en la tarde aparecieron por primera vez los vómitos oscuros, que en la mañana del 25 se hicieron negros como borra de café y veinticuatro horas más tarde, el 26, se practicaba la autopsia del cadáver. Esta marcha tan particular de la enfermedad, con *paroxismos febriles intermitentes, acompañados de ictericia profunda, que culminan en un ataque violento y final con hiperpirexia, ictericia, vómito negro y albuminaria abundante*, no corresponde, por más que se diga, a la fiebre amarilla, cuya curva térmica es absolutamente distinta y cuyos síntomas no presentan, cualquiera que sea la forma que ella revista, las intermitencias y modalidades que consigna la historia del mencionado paciente.

No pasaron inadvertidas para MACEDO y VILLAR estas anomalías, que en otras circunstancias, estamos seguros, habrían orientado su diagnóstico en distinta dirección, pero, en aquella época, convencidos como estaban de la existencia del morbo amarillo en la costa, ante el cuadro clínico impresionante que encontraron en el chileno López y persuadidos, igualmente, de que la ictericia hemafeica, el vómito negro, el dolor epigástrico excesivo, la presencia de abundante albúmina en la orina, la inquietud, el delirio y la expresión especial de los ojos, constituyen los *caractéres propios de esa dolencia*, se pronunciaron resueltamente en favor del tifus icterodes y se preocuparon, en seguida, de explicar el origen de este mal, es decir, de averiguar si el enfermo lo había contraído en el hospital, adonde ingresara a curarse de la malaria de que padecía, o si llegó a ese establecimiento ya presa de él, aunque en forma velada, y cuyo cuadro terminal habían observado. Después de declarar, honradamente, que sin haber seguido la marcha de la enfermedad y sin contar con más datos que los suministrados por la hermana de la sala, no les era posible aceptar definitivamente cualquiera de esas hipótesis, creen más probable el segundo supuesto, es decir, que López tomó cama en el hospital, ya enfermo con fiebre amarilla.

Ahora bien, para fundamentar esta opinión, que implica una marcha inusitada y singular de aquella pirexia, sostienen MACEDO y VILLAR, que la ictericia con que entró López al hospital y aún el acceso de fiebre intermitente que sufrió y que fué atribuído a la malaria,

fueron los síntomas iniciales de la pirexia xantogénica y que el bienestar del paciente durante el día 23, esto es, 8 días después de su ingreso, no invalida esa suposición «porque, como se sabe, así pasa en la fiebre amarilla de la forma *ambulante de LA ROCHE* (Walking grade)». Pero, si se compara la descripción que hace este autor con el caso de López, se vé que hay diferencias sustanciales, que no permiten aceptar la asimilación sugerida por MACEDO y VILLAR.

En efecto, refiriéndose LA ROCHE a dicha forma ambulante, dice lo siguiente: «En este tipo, las funciones de la vida orgánica son las únicas que parecen alteradas al principio, quedando casi intactas las de la vida animal. El enfermo, si bien algunas veces hace cama, se encuentra con más frecuencia caminando en la habitación y hasta sale a la calle a pasear o a sus quehaceres; aunque en algunos casos declara sentirse débil, en otros dá muestra, por intervalos o en todo momento, de considerable fuerza muscular. No se queja de nada, niega hallarse enfermo, se entretiene leyendo o de algún otro modo y para un observador casual, parece estar bien o cuando más ligeramente indispueto. Pero, para el médico la situación es distinta, porque, por lo general, puede observar que el sujeto tiene cierta expresión inusitada de la fisonomía: triste e indiferente. Los ojos están húmedos, la cara casi de color caoba; entre tanto, el pulso se vuelve excesivamente débil y hasta totalmente ausente. El vómito negro sorprende al individuo aun en los momentos en que se distrae como se ha indicado, o muy poco después y la muerte sobreviene rápidamente». (1)

Se comprende que MACEDO y VILLAR han hecho esta cita, tan solo con el objeto de explicar la euforia que acusó López la víspera del día en que se produjo el paroxismo final, porque no cabe absolutamente comparación entre los síntomas que presentó éste desde su ingreso al hospital, y que aquellos reputan como las primeras manifestaciones de la fiebre amarilla, y el cuadro que describe LA ROCHE. Pero, ni aun desde ese punto de vista restringido, que solo toma en cuenta un episodio, cuya interpretación clínica y diagnóstica es inseparable de la apreciación integral del proceso, puede aceptarse esa cita como argumento valedero para el fin que persiguen los informantes, porque el cuadro terminal del febricitante López, difiere también por completo del que asigna LA ROCHE a la forma ambulante. Quizá por ésto, aluden, en seguida, a las remisiones falaces que observaron en las epidemias amarílicas de 1868 y que hacían creer en una mejoría positiva de la enfermedad, terminando, sin embargo, fatalmente de un momento a otro. Mas tampoco es aplicable esa alusión al caso que estudiamos, cuya pirexia intermitente y paroxística,

1) LA ROCHE. On yellow fever. 1855. Vol. I, pág. 142.



hasta el punto de ser calificada de palúdica, evolucionó en esa forma, muy distinta, por cierto, de los periodos clásicos de la fiebre amarilla, en que a la etapa inicial, febril, congestiva, hemática, pre-hepática, etc., sucede el periodo de calma, de remisión, de euforia, que puede terminar con la curación en unos casos o pasar en otros al periodo hepato - renal, íctero - hemorrágico, grave y aún rápidamente mortal muchas veces, constituyendo entonces una calma en gañosa, una remisión faláz, precursora de la muerte.

Si del cuadro clínico pasamos ahora al de las lesiones anatómicas encontradas en el cadáver de López, vemos que ellas no prueban tampoco la naturaleza amarilíca de la enfermedad, predominando mas bien la hipertrofia enorme del bazo y del hígado, que no pertenecen absolutamente a la anatomía patológica del morbo amarillo. De aquí, que surgiesen opiniones diferentes entre los médicos que ejecutaron y presenciaron la autopsia, acerca de las causas determinantes de la muerte, opinando unos que se trataba de *antiguo paludismo* y *fiebre amarilla*, en tanto que otros, sin clasificar las lesiones, se opusieron a ese diagnóstico. Por último, la degeneración grasosa del hígado, comprobada por VILLAR al microscopio, no es carácter anatómico exclusivo, como se creía en aquella época, del tifus icterodes.

De la crítica que acabamos de hacer se deduce, que no hay fundamentos bastantes, ni en el terreno clínico, ni en el anatómico, para aceptar el carácter amarilíco que se atribuyó al caso de López. En cambio, puede admitirse, con MACEDO Y VILLAR, que ese sujeto ingresó al hospital con la enfermedad que causó su muerte, es decir, con fiebre e ictericia intensa; la primera de marcha intermitente y paroxística, la segunda constante y marcada hasta el fin. Partiendo de esta premisa, el cuadro clínico terminal, que tanto impresionó a aquellos observadores por la presencia de algunos síntomas sospechosos de fiebre amarilla, se explica sin dificultad, recordando que la fiebre biliosa hemoglobínúrica presenta de ordinario esa marcha paroxística, que puede o no convertirse en remitente y que, en los casos graves y mortales, v. g. el de López, puede asimismo presentar, como el tifus icterodes, la malaria, la espiroquetosis icterohemorrágica, la espiroquetosis febril recurrente, etc., el síndrome ictero-hemorrágico, el síndrome hepato - nefritis, confundiendo entonces sus manifestaciones clínicas en un cuadro terminal idéntico, con lesiones anatómicas semejantes, que hacen el diagnóstico poco menos que imposible, si no se toman en cuenta los datos epidemiológicos. Para los que sostienen el origen malárico de la biliosa hemoglobínúrica, el caso de López sería aun más concluyente, porque no solo hay en favor de esa pirexia los antecedentes palúdicos del

enfermo, sino también los resultados de la necropsia, que concuerdan, por lo demás, con los caracteres que MANSON asigna al bazo e hígado en la *blackwater fever*: «El bazo, dice, está aumentado de volumen, congestionado y contiene, usualmente, pigmento malárico. El hígado está también agrandado, blando y de un color amarillo oscuro». (1)

El segundo caso de fiebre amarilla observado por MACEDO y VILLAR en el Callao, se refiere a una joven italiana, residente once meses en ese puerto, y que después de tener fiebre lijera el 19 de abril, seguida de apirexia el 20, tuvo un parto prematuro el 21, arrojando un feto muerto. Tres días después, el 24, se desarrollaron síntomas febriles violentos, con ictericia, que, agravándose el 25, indujeron al Dr. TAVARA a diagnosticar: tifus icterodes. Por su parte, los académicos informantes confirmaron esa opinión, pero, «reconociendo al mismo paso, bastante irregularidad en la marcha del mal». Efectivamente, solo procediendo bajo la impresión de que ese flagelo existía en el Callao, se podía ser tan afirmativo, en un caso, como el de la Solesi, complicado y difícil. Con ese mismo criterio, las lesiones cadavéricas tenían que ser consideradas de igual naturaleza y así lo hacen constar, terminantemente, los médicos que practicaron la autopsia.

Contiene, además, el informe de MACEDO y VILLAR, la historia de una enferma que había asistido el Dr. BASADRE, por esos días, en esta capital y que, en concepto de todos, era un caso típico de la forma congestiva de la fiebre amarilla. Los datos corresponden, en efecto, a la sintomatología de esa enfermedad y apoyan, sin duda, el diagnóstico, pero no excluyen la posibilidad de la biliosa hemoglobi-núrica, ni aún de la malaria, siendo indispensable, por consiguiente, para llegar a la diferenciación definitiva, apelar al concurso decisivo de la epidemiología, que nos dirá si el año 1885 hubo o no importación del virus amarillo y si la fiebre sindicada de tifus icterodes presentó la incidencia, marcha y demás características de este morbo exótico. Desde ahora podemos decir, que el estudio de los hechos ocurridos en dicho año, demuestra que no existió, en ningún momento, la pirexia xantogénica. En cambio, hubo casos de remitente biliosa de fisonomía sospechosa, como lo acredita la siguiente declaración del Dr. A. ALARCO en la Academia Libre de Medicina (Acta de la sesión del 23 de abril): «Que él había tenido ocasión de prestar su asistencia a un enfermo, que a primera vista podía juzgársele atacado de dicho mal (la fiebre amarilla); pero que en virtud del curso seguido por la enfermedad y del tratamiento antiperiódico empleado, de-

---

(10) Loc. cit. pág. 287.

saparecieron todos los síntomas sospechosos, resultando confirmado no haber sido más que una fiebre remitente».

## Capítulo XI

### *Epidemia de 1885 (tercera parte).*

La publicación por los diarios del resultado del exámen de los enfermos del Callao, practicado por la comisión de la Academia, produjo vivas alarmas, tanto en esa población como en Lima, donde aún se mantenía el recuerdo pavoroso de la epidemia amarílica de 1868. Con este motivo, «El Comercio» se ocupó el 30 de abril, editorialmente, de esa grave cuestión, procurando calmar los ánimos y disipar los temores. En efecto, después de aludir a la controversia suscitada entre el médico titular del Callao, que negaba rotundamente la existencia del flegelo, fundándose en «*que la fiebre amarilla epidémica, jamás se ha visto nacer espontáneamente en nuestro litoral; que siempre ha sido y será importada de otros centros epidémicos. . . .*», y los médicos que sostenían la tesis contraria, es decir, la existencia de dicha enfermedad, hace ciertas apreciaciones que vamos a transcribir, porque traducen el sentir del público y aún de algunos profesionales de aquella época. Así, refiriéndose a los antecedentes epidemiológicos dice: «Desde la última epidemia, es decir, desde el año 68, en ningún verano ha faltado algún caso de *fiebre amarilla* caracterizado, muy especialmente en el Callao; habiéndose notado que casi siempre ha revestido esa enfermedad una forma grave». Trata después de lo que debe entenderse por carácter *esporádico* e índole *epidémica* y termina estableciendo la siguiente diferencia entre esos términos: «En los casos esporádicos, la enfermedad no es contagiosa; el gérmen pierde toda su actividad, y nada tiene que temer el vecindario, en el sentido de una infección. Sólo en los casos que revisten el carácter epidémico, la alarma pública es justa. Hay, pues, entre estas dos formas de *fiebre amarilla*, la misma diferencia que entre la *colerina* y el *cólera asiático. . . .*» Si se exceptúa esta última comparación, los conceptos anteriores eran aceptados, como hemos dicho, por varios y distinguidos miembros del cuerpo médico.

En la sesión de la Academia Libre de Medicina celebrada el 30 de abril, se dió cuenta del informe de MACEDO y VILLAR y del resultado de las dos autopsias practicadas por los Dres. VELEZ, BENAVIDES, TAVARA, etc. Expuso, entonces, el Dr. MACEDO, que además de

los casos historiados por la comisión, esta había observado en el mismo día, en el Callao, otro caso de fiebre amarilla, de la forma hemorrágica y de diagnóstico bien confirmado, cuya historia debería seguir el Dr. TAVARA, médico de la enferma.

«El Dr. A. VILLAR, confirmando lo expuesto por el Dr. MACEDO, agregó que él había examinado al microscopio los órganos de los dos fallecidos en el Callao y a los que se refiere el informe de la comisión, y había podido reconocer en ellos todas las alteraciones anatómo-patológicas propias de aquella enfermedad».

El Dr. VELEZ, dió cuenta, por su parte, de un enfermo, «de nacionalidad italiana, que había asistido hacía muchos días en el Hospital Italiano, cuyo enfermo tenía muchos años de residencia en esta capital; que no se había trasladado al Callao, y que, sin embargo, en concepto suyo y de los demás facultativos de aquel establecimiento, presentó un cuadro completo de síntomas que no dejaban duda alguna de que se trataba de una fiebre amarilla bien caracterizada; pero cuya autopsia no se había podido practicar por haber fallecido el enfermo en su traslación al Lazareto».

El Dr. TAVARA, sosteniendo la doctrina de la infección, «habló de muchos casos de fiebre amarilla dispersos en distintos lugares de la población del Callao, sin relación unos con otros, y para los cuales no puede invocarse el contagio directo. . . ».

El 16 de mayo, los Dres. MACEDO y VILLAR presentaron a la Academia un segundo informe, complementario del anterior y al cual nos hemos referido en los capítulos IV y V de la segunda parte de este trabajo. En dicho informe, después de estudiar con acopio de datos y apreciaciones importantísimas la epidemiología de la fiebre amarilla en el Perú, dicen, refiriéndose al año 85, lo siguiente: «En 1885, está en la conciencia pública, comprobado con el testimonio de la mayoría de los médicos del Callao, que se han presentado numerosos casos de fiebre amarilla».

«En esta vez, aun cuando no ha sido muy grande la cifra conocida de los afectados por la fiebre, con todo, se ha advertido que el éxito ha sido funesto en muchos».

«En el presente año, no ha sido posible que en los libros del Cementerio de Baquíjano se consigne el número, siquiera aproximado, de las inhumaciones causadas por la epidemia».

«Esta dificultad ha provenido de que, por una extraña aberración, algunos médicos que ejercen cargos oficiales en aquel puerto, poniéndose en pugna con los demás comprofesores, se han empeñado, sistemadamente, en sostener la no existencia de dicha fiebre y en negar los casos más auténticos».

«Sabe la Academia que este desacuerdo y el deseo que ella tiene de conocer la verdad, han sido el motivo para nombraranos en esta comisión».

«Como quiera que haya sido, según la razón muy deficiente de defunciones por fiebre amarilla, correspondiente a este año, que nos ha sido suministrada por el expresado Dr. Vélez, en Abril hubo 7 y 5 en los días corridos de este mes hasta hoy».

«En este año, como en los dos anteriores, la fiebre se ha mantenido circunscrita en el Callao». (1)

Debemos declarar, corroborando lo dicho por los informantes en los acápites trascritos, que es posible que la opinión contraria a la existencia del tifus icterodes en ese puerto, sostenida por el médico titular Dr. MELGAR y por el Dr. FONSECA alcalde municipal, hubiese sido influenciada por consideraciones de orden político, derivadas de la situación irregular y violenta que reinaba en el país, pues cuando aparecieron en febrero los primeros casos sospechosos, MELGAR declaró haber visto un enfermo de fiebre amarilla, procedente de Lima, y haber recibido aviso del alcalde municipal, manifestándole las presunciones que tenía de que esa pirexia hubiese ocasionado la muerte de un menor de edad, que había ingresado al hospital de Guadalupe dos días antes, afirmando finalmente, MELGAR, en vista de esos casos, que no eran importados, «la existencia del veneno amarillo» tanto en el Callao como en Lima. Pero, en abril, cambió por completo de opinión, «y fundándose en la ausencia de importación y en que la fiebre amarilla epidémica no había nacido nunca, espontáneamente, en nuestro litoral, negó la existencia de esa enfermedad y, por consiguiente, el carácter amarílico que se atribuía a los casos señalados. Ignoramos, si más tarde, como lo afirma «El Comercio» del 4 de mayo, aceptó MELGAR el diagnóstico de tifus icterodes, formulado por varios médicos de esa localidad y por una comisión de la Academia, en el caso de la señora Tosso del Callao, afirmación que ponemos en duda, porque de ser cierta, no se habrían expresado MACEDO y VILLAR en los términos que lo hicieron, doce días después, en su informe a esa corporación, refiriéndose a los funcionarios médicos de dicho puerto. Cabe, pues, admitir, que la oposición de éstos no fuese el fruto de «una extraña aberración», puesto que las razones expuestas por MELGAR contra la existencia de la fiebre amarilla, son fundamentales e irrefutables, desde el punto de vista epidemiológico. Además, ya hemos visto que la junta suprema de sanidad declaró el 23 de abril, que no consideraba suficientes los datos referentes a los casos reputados de tifus amarillo, para caracterizarlos de tales. Esto demuestra que, a pesar de la reconocida auto-

(1) «El Monitor Médico» Lima, Tomo I. 1885-86—pág. 69.

ridad y prestigio de los médicos que calificaron de amarílicos a los enfermos del Callao, hubo opiniones discordantes basadas en argumentos atendibles.

La comisión de la Academia reconoce que la fiebre epidémica de 1885, se mantuvo circunscrita en esa ciudad, como sucedió con la de los años anteriores, es decir, que se caracterizó por su limitación. Para no incurrir en repeticiones, aplazaremos la discusión de este punto, hasta que veamos la marcha que siguió la epidemia en los meses restantes del año.

Sostiene, en seguida, que la pirexia de 1885 no es sino la continuación de la que se inició en 1882 y que tuvo probablemente su origen en la importación, exactamente como las epidemias amarílicas de 1852 - 56 y 1867 - 69. «Así se echa de ver, dice, por el encadenamiento y proximidad con que se han sucedido casos de dicha fiebre, en el decurso de esos años. Semejante fenómeno no puede explicarse sino por la persistencia del gérmen morbígeno, cuya acción se exalta en las estaciones de verano y otoño y se amortigua en las de primavera e invierno».

Aceptada esta doctrina de la supervivencia del virus amarílico durante varios años consecutivos, en diversas poblaciones del litoral, surgía nuevamente la cuestión trascendental de la endemidad, admitida, hasta entonces, casi sin discrepancias. Pues bien, MACEDO y VILLAR abordan resueltamente el problema y después de manifestar que las epidemias anteriores de fiebre amarilla, fueron tan independientes una de otra como de la que se originó en 1882, negando, por consiguiente, todo valor epidemiológico a los llamados casos esporádicos ocurridos en las épocas intermedias, insisten en este punto capital para su tesis, agregando lo siguiente: «Hay que notar, además, que los casos esporádicos de esta clase, que se han presentado en otros países que han sido visitados por la *fiebre amarilla*, y que se resienten de un diagnóstico dudoso o aproximado, son considerados por muchos escritores como indebidamente designados ser de *fiebre amarilla*, siendo en si *fiebres remitentes biliosas*, *icterias graves* u otras enfermedades semejantes». Tal es, también, en nuestro concepto, la interpretación correcta de los casos de tifus icterodes descritos por nuestros prácticos, desde 1857, en distintos lugares de la costa y que demuestran la endemidad evidente de dichas pirexias biliosas, entre las cuales figura la biliosa hemoglobinúrica, cuyas explosiones epidémicas, más o menos regulares, fueron atribuídas al flagelo amarillo.

«Resta ahora ocuparnos, dicen en seguida MACEDO y VILLAR, de si la presencia epidémica de la *fiebre amarilla* en nuestro litoral, en las épocas ya designadas, dá mérito para creer que dicha fie-

bre se ha hecho endémica, a tal punto que tendría que reaparecer indefinidamente, sin más que la influencia de las estaciones que le fueran favorables».

«Si se tiene en cuenta que las enfermedades endémicas están ligadas a las condiciones peculiares del clima de una localidad, en la que se manifiestan únicamente por la acción de dicho clima, no es correcto considerar con este carácter a la *fiebre amarilla*, que siempre ha sido para nosotros una enfermedad exótica, que toda vez que se ha presentado en el Perú ha sido por importación y que jamás se ha desarrollado espontáneamente».

«Siendo así, ¿se puede creer que se ha formado una endemia accidental, por haberse naturalizado en este clima, el pequeño organismo generador de dicha enfermedad?».

«Para resolver esta cuestión, es necesario saber ántes, si es posible que el agente productor de una enfermedad zimótica, puede conservarse permanente y cultivarse en un clima distinto del suyo».

«La presencia de la *fiebre amarilla* entre nosotros, en distintas ocasiones y en otras partes del orbe, hacer ver que, indudablemente, su germen es trasportable, que vive y se prolifera fuera de su patria, pero no hay porqué creer que esa vitalidad y esa acción poderosa, durante una epidemia, queden subsistentes una vez que ha terminado ésta».

«Las epidemias que han reinado entre nosotros en 1853 y 1868, no han dejado secuela ninguna en pos de sí. Su terminación ha dado a conocer el aniquilamiento de la causa que las produjera».

«Los casos esporádicos de que hemos hecho mención, no pueden hacer cuerpo con las pasadas epidemias».

«Las pequeñas pandemias de éstos tres años, de 1883 al presente, no hacen más que una sola pequeña epidemia, prolongada, de marcha lenta, que no ha llegado a extinguirse de uno a otro año».

«Hay más, por los datos que se ha podido recojer de la fiebre que ha grasado en el Callao y otros puntos de la costa, se vé que ella ha ido disminuyendo de un año a otro, de tal manera, que habiendo hecho numerosas víctimas en 1883, ha sido de más lenidad en 1884, y aún de mayor en el presente año».

«Esta marcha decreciente de la fiebre manifiesta que el clima no es favorable para la cultura y naturalización de su germen, que éste se menoscaba en su lucha con el clima, el cual acabará por aniquilarlo completamente».

«Si así debe suceder, porque no existe en realidad la nueva endemia, debemos halagarnos con la consoladora esperanza de que la *fiebre amarilla* no está llamada en nuestros climas a renovarse indefinidamente».

«Pero si por una parte hay fundados motivos para creer que la fiebre de que hablamos no se establecerá entre nosotros; existe, por otra, el temor de que no sería imposible, que mediante condiciones estacionales que le sean favorables, se revistiese su germen de una acción exuberante y produjese en la próxima estación de verano, una epidemia más o menos letal».

«Cualquiera que sea la dirección que tome esta temible enfermedad, esto es, sea que termine por su cercano aniquilamiento, o sea que, tomando mayor energía, llegue a producir una pandemia de mayores dimensiones, es indudable que, en semejantes circunstancias, hay la necesidad de aplicar con vigor las medidas profilácticas que aconseja la higiene y que están señaladas en las prescripciones propuestas por una sección de la *Comisión de epidemias*».

«Resumiendo el contenido de este informe, presentamos a la Academia las siguientes conclusiones:

«1a. Existe en el Callao *fiebre amarilla*, en la forma de pequeña epidemia;

«2a. La fiebre de este año, no es más que la continuación de la de 1883;

«3a. La causa de esta fiebre ha debido ser importada de Panamá, así como la de las epidemias anteriores;

«4a. La fiebre actual no es debida a las condiciones endémicas de aquella localidad;

«5a. La indicada fiebre, es de carácter limitado sin tendencia a hacerse invasora;

«6a. Hay necesidad de poner en práctica las medidas aconsejadas por la higiene, para oponerse a su propagación».

Los argumentos aducidos por MACEDO y VILLAR contra la endemicidad amarílica en la costa del Perú, son, como se acaba de ver, poco consistentes, porque descansan, de un lado, en el exotismo primitivo del tifus icterodes, que aseguran fué importado en los periodos epidémicos anteriores, lo que es exacto, y suponen haberlo sido también el año 82 que marca el principio del último, lo que ni ellos ni nadie ha demostrado. Descansan, asimismo, en consideraciones hipotéticas sobre la extinción de la vitalidad y energía del virus después que la epidemia ha terminado y en la afirmación de que los casos esporádicos descritos no pueden hacer cuerpo con las pasadas epidemias.

Ahora bien, hay que anotar que estas aserciones no contaban, entonces, con la unanimidad de los sufragios. En efecto, el Dr. L. AVENDAÑO, tratando sobre ese asunto, (1) se expresa como sigue: «En

(1) «La Crónica Médica», Lima. 1885—pag. 171.



los últimos días del mes próximo pasado (abril) y en el trascurso del actual, se han presentado en el vecino puerto del Callao y en esta ciudad, algunos casos de la terrible enfermedad que por dos veces ha sembrado en nuestras poblaciones el luto y la desolación; habiendo ocurrido 37 en el Callao y 3 en Lima. Se ha repetido, pues, lo que viene sucediendo desde el año 1853, en que raro es el verano que ha pasado sin que la fiebre amarilla, no haya demostrado su presencia por algunas víctimas, amenazándonos siempre con el peligro de una epidemia». La consecuencia forzosa de este postulado contrario a la tesis de MACEDO y VILLAR, no podía ser otra que la endemidad de ese flagelo, existente 32 años en nuestro litoral, pero, AVENDAÑO no lo juzga así, pues más adelante dice: «parece necesario, en presencia de los casos frecuentes que se presentan, averiguar, si el vómito negro puede hacerse endémico en nuestras ciudades del litoral. . . . La presencia casi constante de casos esporádicos de fiebre amarilla durante el estío, a partir de 1852, y más desde 1868, dá algunas presunciones en favor de la endemidad. Y aun en esto hay algo de notable, si se establece la comparación entre los periodos comprendidos entre 1852 a 68, y de 1868 hasta el presente. En el primero los casos son raros, casi contados, en el segundo son más frecuentes; es decir, cuando la higiene de Lima, sin llegar a la perfección a que tenemos derecho de aspirar, ha mejorado notablemente, se presenta con más frecuencia el tífus amarillo».

Trata, en seguida, AVENDAÑO, de investigar las causas de ese aumento y después de sostener que cuando ese flagelo ha visitado el Perú, ha sido importado de Panamá, agrega: «Ahora bien, después del 68, las relaciones comerciales con Panamá han aumentado, son mucho más frecuentes de lo que eran antes de esa época; y es muy fácil concebir que los buques procedentes de Panamá hayan traído los gérmenes morbíficos, burlando las precauciones sanitarias (que siempre han dejado mucho que desear), pues sabemos que las enfermedades infecciosas no necesitan para trasportarse a un lugar más o menos distante, del hombre enfermo, sino que también les puede servir de vehículo de transporte, el hombre sano, los objetos materiales y aún el mismo buque. Así nos explicamos la presencia de la fiebre amarilla en nuestro litoral». Según esto, las importaciones amarílicas se habrían repetido con frecuencia apreciable desde 1868, infectando la costa, pero sin producir epidemias como había sucedido en épocas anteriores, fenómeno que explica AVENDAÑO en la forma siguiente: «Esos gérmenes traídos de Panamá, se reproducen cuando encuentran un terreno fértil (es decir, elevada temperatura, humedad constante e impregnación del terreno por el agua de mar mezclada al agua corriente, etc.), lo que pocas veces sucede; el mayor

número se esterilizan, mueren y son inofensivos. Para su desarrollo epidémico necesitan un cúmulo de circunstancias todavía poco conocidas, y que en nuestro país, solo se han presentado dos veces».

«Aunque el desarrollo y propagación de la fiebre amarilla, sean favorecidos por la falta de higiene, cosa frecuente en casi todos los puertos, sin embargo, las causas eficientes de su desarrollo son telúricas y atmosféricas; perteneciendo a este último grupo: una temperatura elevada constante, la humedad notable del suelo, etc. Estas condiciones que existen en el Golfo de México, las riberas del Mississippi, Panamá, las Antillas, las Guayanas, Guayaquil, etc., faltan en la costa del Perú, en la que sabemos coincide la estación calurosa, con la falta de lluvias y, como tal, sequedad del suelo y de la atmósfera; y es ésta, en nuestra desautorizada opinión, una razón muy poderosa para concluir que la fiebre amarilla no se hace endémica en nuestro litoral».

Estas explicaciones de AVENDAÑO, destinadas a probar la ausencia de endemidad, tampoco están de acuerdo con los hechos, pues desde 1882 grasaba epidémicamente la fiebre reputada de amarilla y como, según su parecer, todos los años había en la costa casos esporádicos de origen local o debidos a nuevas importaciones, era lógico reconocer que el terreno no era inapropiado al grano y, por consiguiente, la doctrina de la endemidad tenía fundamento. Quedaba, pues, el problema, sin explicación satisfactoria, por más que la comisión de la Academia y AVENDAÑO, haciendo uso de razonamientos distintos, llegasen a idéntica conclusión, es decir, a negar la endemidad actual y futura del tifus amarillo, postulado exacto y evidente en relación con esta enfermedad, pero inexacto y absolutamente erróneo, en relación con la fiebre epidémica de 1882 - 85 y con la mayoría o la totalidad de los llamados casos esporádicos de tifus icterodes, que corresponden a una pirexia realmente endémica en nuestro litoral: la biliosa hemoglobínica. Se trataba, pues, de un azote endemo-epidémico, como la malaria, que aparecía con casos poco numerosos en unos años, con explosiones epidémicas en otros y cuyas manifestaciones clínicas, en los casos graves y mortales, presentan tal semejanza con las correspondientes de la fiebre amarilla, que es muy fácil confundirlas, si no se está prevenido y se olvida considerar, entre los elementos diagnósticos, la investigación epidemiológica, que resuelve, seguramente, las dudas. Esa confusión en que incurrieron nuestros prácticos, en la época mencionada, explica las dificultades insalvables con que tropezaron, para demostrar que no era endémica la fiebre que ellos calificaron, equivocadamente, de amarilla, siendo así que existe, desde mucho tiempo atrás, en la costa del Perú.

El interesante informe de MACEDO y VILLAR, fué discutido, extensamente, en numerosas sesiones de la Academia, habiendo sido aprobadas sus conclusiones, por unanimidad, en la que tuvo lugar el 10 de junio de 1886 (1). En el curso del debate se hicieron nuevas apreciaciones, que precisan, con toda claridad, las ideas predominantes entonces sobre el asunto y que vamos a sintetizar, porque explican las causas de los errores de concepto que hemos señalado. En primer lugar, se partía siempre de la comprobación *clínica* de la fiebre amarilla y de la ineficacia terapéutica de la *quinina*, que excluía del diagnóstico a la fiebre remitente biliosa de los países cálidos, para afirmar, del modo más absoluto, la existencia de aquella. Y cabe anotar aquí, que ULLOA, VILLAR y otros, aseguraban, que muchos casos atribuidos a la primera, pertenecían a la segunda, reconociendo de este modo las dificultades que ofrecía en el terreno de la práctica, la diferenciación de esas pirexias de aspecto tan engañoso. Pero, no debe llamar la atención que en 1885 se aceptase como criterio diferencial en favor de la fiebre amarilla, la impotencia de la quinina para yugular la enfermedad, dándose por hecho cierto y averiguado, que por tal lo tenía la patología de aquella época, el carácter palúdico de todas las remitentes biliosas, cuando hoy mismo, se excluye, por un distinguido profesional norteamericano, el Dr. H. HANSON, toda posibilidad de que exista en Piura la fiebre biliosa hemoglobínica, por cuanto no ha encontrado anófeles en esa ciudad, de donde deduce la ausencia de la malaria y por consiguiente de aquella pirexia, opinión o, mejor dicho, prejuicio, que está todavía por probarse y que tiene en su contra, entre otras muchas y valideras razones, la distribución geográfica de la *blackwater fever*, que demuestra, según CRAIG, «el hecho importante, en relación con la etiología de dicha fiebre, de que, si es verdad que es muy común en localidades palúdicas, existe también en regiones exentas de malaria, al paso que en muchas de las más severamente infectadas por este flagelo, no se la observa sino bajo la forma de casos importados» (2). La conexión etiológica entre la malaria y la biliosa hemoglobínica, no es, pues, hecho comprobado y evidente, y, en tanto se resuelve este problema importantísimo de la medicina tropical, es aventurado, más aún, peligroso, dogmatizar con el énfasis que lo hace HANSON, cuando descarta del estudio de la epidemiología de Piura, la posibilidad de la fiebre biliosa hemoglobínica, que ha grasado varias veces en esa población.

Se tenía, igualmente, en 1885, como principio fundamental para decidir acerca de la endemicidad de la fiebre amarilla, que se

(1) «El Monitor Médico» Lima. Tomo II. 1886-87—pág. 38.

(2) CHARLES F. CRAIG.— *The malaria fevers, haemoglobinuric fever and the blood protozoa of man.*—London 1909—pág. 391.

suponía existente en la costa, el hecho cierto de que esa enfermedad no se había generado jamás, espontáneamente, en el Perú, habiéndose probado la importación en los dos periodos epidémicos anteriores de 1852 - 56 y 1867 - 69; deducíase de aquí que las condiciones del clima, la naturaleza del terreno, etc., no permitían la existencia indefinida del virus amarílico y que, por consiguiente, a la terminación del periodo epidémico, perdía aquel su energía y vitalidad, extinguiéndose definitivamente. Rechazado, en fin, el carácter de tifus icterodes que se daba a los llamados casos esporádicos anuales de las épocas intermedias, se llegaba a la conclusión de que ese flagelo, perfectamente exótico, no era ni podía ser endémico en la costa. La lógica de este postulado es innegable, teniendo en cuenta la verdadera fiebre amarilla, que solo ha invadido nuestro litoral en los periodos mencionados; siendo de notar la exactitud apreciable del razonamiento, a pesar de ignorarse, por completo, el modo como se trasmite y propaga esa pirexia. Pero, aplicados esos conceptos a la fiebre epidémica de 1882-85, reputada, erróneamente, de amarilla, pierden todo su valor, porque se trata de un flagelo endemo - epidémico, que tiene su morada en la costa, donde grasa con más o menos periodicidad y fuerza, adquiriendo, en veces, considerable extensión.

Sin que se pueda precisar la causa o causas que determinan el fenómeno, es lo cierto que la fiebre biliosa hemoglobinúrica en la costa del Perú, como en las otras regiones del globo donde existe, no afecta siempre la forma epidémica, trascurriendo en ocasiones muchos años entre una y otra explosión, con o sin casos esporádicos en las épocas intermedias. Se explica así, fácilmente, la marcha de las epidemias que estudiamos, cuya atenuación singularísima en el Callao, hasta el punto de perder su genio invasor y extinguirse en Lima, después de producir unos pocos casos, no obstante el ingreso repetido de sujetos infectados, llamó tanto la atención de los observadores que, reputándolas amarílicas y recordando la conducta enteramente distinta del tifus icterodes en las epidemias anteriores, se esforzaron por conciliar esos hechos contradictorios, apelando a razonamientos e interpretaciones que no resisten a la crítica.

En efecto, la pequeña epidemia del Callao de 1885, así calificada por MACEDO y VILLAR hasta la fecha en que presentaron su informe (16 de mayo), continuó desarrollándose, pero siempre en límites moderados, de tal manera, que existen muy pocos datos fidedignos sobre los cuales pudiésemos hacer un cálculo, aproximado siquiera, del número total de enfermos y defunciones. Las relaciones de los periódicos políticos, aunque influenciadas por la alarma que reinaba en ese puerto, no acusaron sino 14 casos en mayo y 6

en junio, entre confirmados y sospechosos («El Comercio»). De fuente oficial no conocemos ninguna estadística(\*) y solo hemos encontrado la siguiente referencia en el «Monitor Médico» del 15 de junio. Aludiendo a un conflicto surgido entre el inspector del hospital del Callao y el Dr. SANTIAGO TAVARA, médico de ese establecimiento, dice: «Para que se comprenda la gravedad del error, del perjuicio humanitario y público de los procedimientos de dicho Inspector, debe tenerse presente que se trata de un Hospital, en una de cuyas salas, de nueve atacados de fiebre amarilla han fallecido ocho, y en la cual se continúan asistiendo, sin embargo, enfermos de ese contagioso mal, y hasta ocupando la misma cama donde han fallecido otros».

En la sesión del 17 de agosto de la Academia Libre de Medicina, el Dr. TAVARA «recordó que había habido antes del caso de López, otros casos de fiebre amarilla en el Callao y que hoy mismo existen algunos más. Presentó dos cuadros de enfermos de fiebre amarilla, uno de los asistidos en el Lazareto y otro de los asistidos a domicilio; ofreciendo un cuadro general bien detallado de todos los enfermos de los años 83, 84 y 85. Manifestó que las condiciones higiénicas del Callao eran desfavorables y que cuando aparecen los vientos del norte, se presentan algunos casos revistiendo todos el mismo síndrome». (1) Desgraciadamente, no hemos podido encontrar en el archivo de la Academia, los cuadros a que alude TAVARA.

Puede, pues, afirmarse, que los casos de la epidemia se prolongaron, por lo menos, hasta agosto, amenazando constantemente a Lima, sobre cuyo estado sanitario no ejercieron, sin embargo, ningún efecto apreciable. La estadística municipal demuestra, efectivamente, que solo se registraron en Lima, en dicho año 85, 9 defunciones por fiebre amarilla, repartidas como sigue: febrero, 2 (h); abril, 2 (1h, 1m); mayo, 4 (3h, 1m); junio, 1 (h). (2) Como se vé, ésta capital se mantuvo, prácticamente, indemne respecto de la fiebre amarilla del Callao y esto sin haber apelado a ninguna medida de precaución, más aún, recibiendo, casi todos los días, contingentes de tropas

(\*) En prensa ya este capítulo, nuestro distinguido colega, Dr. D. Mackehenie, ha tenido la bondad de proporcionarnos la siguiente relación de las defunciones atribuidas a la fiebre amarilla, durante los años 1884-85, que registran los libros de estadística de la municipalidad del Callao:

Año 1884—Enero, 1 (m.)	Junio, 8 (6h, 2m.)
Marzo, 1 (h.)	Julio, 3 (h.)
Mayo, 8 (7 h., 1 m.)	Setiembre, 2 (h.)

.. 1885—Febrero, 1 (h.)	Junio, 2 (h.)
Abril, 3 (2 h., 1 m.)	Julio, 1 (h.)
Mayo, 6 (4 h., 2 m.)	Setiembre, 1 (h.)

(1) «El Monitor Médico». Lima. Tomo I. 1885-86—pag. 141.

(2) Loc. cit.

procedentes de ese puerto y de otros lugares del norte tal vez infectados, que no solo aumentaban los peligros de la contaminación, sino también el número de individuos susceptibles, reclutados en su mayoría de las provincias del interior y expuestos a las penurias y sufrimientos incesantes de la guerra civil, que agobiaba al país, como funesta secuela de la desastrosa contienda con el enemigo invasor. Las condiciones en que se encontraba Lima eran, por consiguiente, muy favorables, desde todo punto de vista, al ingreso de la fiebre amarilla y a su propagación inmediata, pero no sucedió así y a semejanza de lo ocurrido en los tres años anteriores, la pirexia epidémica del Callao no ganó pié en esta capital, repitiéndose, por cuarta vez, ese fenómeno extraordinario, que por si solo basta para negar el carácter amarílico que se atribuyó a dicha fiebre.

No pensó de este modo la comisión de la Academia y aunque reconoce ignorar las causas de la limitación de esas epidemias chalcas, trata de demostrar la frecuencia de este hecho en la epidemiología del tifus icterodes y al efecto dice: «Dicha limitación no es un fenómeno extraño en la *fiebre amarilla*. Según LA ROCHE, la limitación es la regla, y poco común la propagación por invasión. Este autor dice, que: «la fiebre amarilla a diferencia de las enfermedades por esencia contagiosas, se limita estrictamente a la localidad grande o pequeña donde ha hecho su explosión»; y cita en apoyo de esto numerosos hechos tomados de los anales de la fiebre. A más de los hechos citados por LA ROCHE, se ha visto que la epidemia de Lisboa de 1851, no traspasó los límites de la ciudad, y se observa que, en Veracruz, basta situarse a dos millas de distancia para estar a salvo de la fiebre».

Ahora bien, tomada aisladamente la afirmación de LA ROCHE y aplicada al caso del Callao, como lo hacen MACEDO y VILLAR, sin tener en cuenta las condiciones igualmente tropicales de Lima y el hecho, reconocido por ellos, de haber ocurrido en esta ciudad casos autóctonos evidentes de la epidemia—como sucedió con el enfermero del hospital italiano que contrajo la fiebre en marzo de 1884, sin haber salido de ese establecimiento más de un mes antes de enfermarse—presenta cierta fuerza demostrativa, que la pierde sin embargo, por completo, cuando se considera que dicha opinión de LA ROCHE forma parte de las «pruebas y argumentos contra el contagio de la fiebre amarilla», que estudia y comenta este autor en su obra clásica ya citada. Para el efecto, examina los hechos epidemiológicos que registra la historia de esa enfermedad y deduce de ellos los caracteres que la distinguen de las morbosis contagiosas, entre los cuales consigna los siguientes: la fiebre amarilla es una infección local; el área de la localidad infectada es algunas veces muy circunscrita; la fie-

bre no se trasmite fuera de la localidad infectada, en cuya demostración intercala el concepto citado por MACEDO y VILLAR; la fiebre no se propaga al campo (1). Los ejemplos que aduce en apoyo de esas proposiciones, perfectamente exactas en sus términos generales, son numerosísimos y, como es natural, pertenecen en su mayoría a la epidemiología de la pirexia amarilla en las regiones extra-tropicales. Con todo, cuida de indicar las diferencias que presentan las epidemias según los lugares y así hace ver que en las zonas tropicales se extienden en mayor proporción y abarcan áreas más amplias, de tal manera que el límite entre un distrito infectado y los indemnes, no es tan definido como en las zonas templadas y frías.

Las observaciones de LA ROCHE, son, como hemos dicho, completamente exactas y aplicadas a la epidemia del Callao demuestran, al contrario de lo que sostienen MACEDO y VILLAR, que ella no corresponde, por sus caracteres, al verdadero tifus icterodes. En efecto, esta infección, es, desde el punto de vista epidemiológico, una enfermedad del lugar, como lo son la malaria, la tripanosomiasis, la verruga peruana, etc.; es decir, que su trasmisión no se verifica directamente del enfermo a los que le rodean, sino por intermedio de un agente local, cuya existencia, temporal o permanente, es indispensable para que se produzca el estado epidémico; de manera que si falta ese agente en determinada localidad, la presencia en ella de uno o más enfermos de fiebre amarilla, no ofrecerá ningún peligro para los habitantes, porque no pudiendo infectarse el lugar, la trasmisión del virus amarílico es imposible. Así se explican los hechos citados por LA ROCHE, en favor de la no contagiosidad de ese flagelo. En cambio, si dicho agente intermediario o trasmisor, que, como se sabe hoy, es el *Aedes (Stegomyia) calopus*, existe en la localidad, basta el ingreso de un enfermo portador del virus xantogénico, para que la enfermedad se extienda y se produzca una epidemia. Es así como se infectó la costa del Perú, donde existe habitualmente el mosquito vector, produciéndose las epidemias asoladoras de 1852-56 y 1867-69, que recorrieron, de norte a sur, todo el litoral, alcanzando proporciones verdaderamente pavorosas en Lima y el Callao.

Pues bien, la fiebre epidémica de 1882 - 85, fué, sin duda, una infección local, como el morbo amarillo, y en eso estamos de acuerdo con la comisión de la Academia, que se propagó y grasó, más o menos simultánea e irregularmente, durante ese periodo, en diversos lugares de la costa, desde Piura hasta Ica, pero con esta particularidad singularísima: que al llegar el flagelo al Callao o reaparecer ahí en la estación propicia, apenas se difundía, no obstante estar infectada esa localidad, hasta el punto de que solo en 1883, pue-

(1) Loc. cit. Vol II—págs. 324-35

de decirse, se produjo una epidemia apreciable; y luego, carecía, enteramente, con relación a Lima, de poder invasor, es decir, que el ingreso frecuente de los epidemiados en esta capital, no generó, nunca, ni la más pequeña epidemia, y no se diga que esa indemnidad constante que ofreció Lima durante cuatro años consecutivos haya sido debida a que no llegó a infectarse, puesto que se citan casos auténticos de la epidemia, ocurridos en sujetos libres de toda sospecha de haber contraído la enfermedad fuera de aquella población. De manera, pues, que tanto en el Callao como en Lima, localidades ambas infectadas, la fiebre amarilla de 1882 - 85, a diferencia de lo que se ha observado en otras comarcas tropicales, como New Orleans, p. ej., donde, según el mismo LA ROCHE, dicha pirexia atacaba toda la ciudad y aún se extendía al pueblo vecino de Lafayette, perdió sus atributos epidémicos característicos y, a pesar de que la contaminación se repetía en el curso de los meses y de los años, no se difundió, como era de esperarse, extinguiéndose más bien espontáneamente.

Ignorada la causa de la limitación geográfica del tifus icterodes en sus formas endémica y epidémica, hasta 1901, no obstante la intuición genial de FINLAY muchos años antes, se explica que MACEDO y VILLAR, en su empeño de conciliar la clínica con la epidemiología, divorciadas por completo en el caso de la supuesta fiebre amarilla de 1882 - 85, confundiesen la limitación topográfica, que separa las localidades infectadas o susceptibles de serlo, de aquellas exentas del peligro de la contaminación amarílica por ausencia del mosquito vector, con el carácter limitado y circunscrito al Callao, que tuvo la mencionada epidemia. Es evidente, en efecto, que sin esa asimilación engañosa de los hechos citados por LA ROCHE con los observados por MACEDO y VILLAR, en el periodo citado, estos investigadores no habrían podido fundar su opinión favorable a la naturaleza amarílica de la pirexia sospechosa, sino en argumentos de orden clínico - anatómico, insuficientes para llegar a una conclusión definitiva, al frente de caracteres epidemiológicos inusitados e inconciliables con esa hipótesis. La historia de las epidemias de 1852- 56 y 1867 69, que observaron también MACEDO y VILLAR, había demostrado efectivamente que la fiebre amarilla importada al Callao, se trasmitía en seguida a Lima y si en la primera explosión se mantenía dentro de ciertos límites en ambas ciudades, no sucedía lo mismo con la segunda y siguientes, sumándose entonces por millares los enfermos y las defunciones; por último, la conflagración se extendía como una ola de muerte, devastando todo el litoral desde Paita hasta Iquique. Pues bien, la fiebre de 1882 - 85, no alcanzó jamás proporciones que recordasen, siquiera, la marcha y propagación de los flagelos anteriores, presentando en cambio caracteres epidemiológicos completa-



mente diferentes de los que ofrecieron éstos y de aquí, sin duda, que MACEDO y VILLAR no citasen, en apoyo de su opinión, las observaciones recojidas por ellos en las épocas pasadas, como lo habían hecho para fortalecer su diagnóstico clínico, viéndose obligados, por consiguiente, a recurrir a observaciones ajenas, tomadas en países geográfica y climatológicamente distintos del nuestro, para poder encontrar hechos en apariencia semejantes, que les permitiesen sostener la identidad de dicha fiebre con el verdadero tifus amarillo.

Resulta de lo expuesto, que no hay, epidemiológicamente hablando, ninguna prueba que autorice la suposición de que la epidemia de 1882 - 85 fué de carácter amarílico; al contrario, su aparición simultánea e independiente en diversos lugares de la costa, su difusión desigual e incierta en muchos de ellos, donde la fiebre amarilla encontró siempre terreno propicio a su desarrollo y propagación, su carencia, en fin, de géneo invasor, demostrada entre el Callao y Lima, durante cuatro años consecutivos, alejan toda sospecha y permiten concluir que su naturaleza fué completamente distinta de la que es propia del tifus icterodes.

Con el año 85 terminó el período epidémico que estudiamos, no habiendo reaparecido el flagelo en los años siguientes, hasta 1888 inclusive, sino bajo la forma de casos aislados esporádicos, que comprueban la endemidad de esa fiebre calificada entonces de amarílica. Así, la estadística municipal de Lima consigna las siguientes cifras en el renglón de las defunciones atribuidas al tifus icterodes:

1886—Marzo 1 (m); Abril 1 (m); Noviembre 1 (h). Total 3.

1887—0.

1888—Mayo 1 (h); Noviembre 2 (h). Total 3.

Los periódicos profesionales no contienen, al respecto, ninguna referencia digna de especial mención, pasando aquellos casos, por decirlo así, inadvertidos, a pesar de las alarmas que produjera la reaparición de esa fiebre en los años anteriores. Mas, este período de bonanza no se prolongó mucho tiempo, siendo interrumpido por la explosión epidémica de 1889, que dió origen a nuevos estudios, mejor orientados por la epidemiología, y que situaron ese grave y difícil problema de nuestra patología, en terreno mas favorable para su solución definitiva, como se verá a continuación.

(Continuará).

