

Charla Sobre Fiebre Amarilla

Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

En esta plática que daré el día de hoy sobre Fiebre Amarilla, por ser un tópico de actualidad, no me voy a referir a la sintomatología, anatomía-patológica, formas clínicas ni tratamiento de la enfermedad. Voy a tratar el asunto bajo el punto de vista epidemiológico, profiláctico que todos conocen, pero que les servirá para ejercitar la memoria y darles a conocer el trabajo que ha efectuado la Dirección General de Sanidad para evitar la terrible enfermedad.

La Fiebre Amarilla presenta dos formas epidemiológicas: la forma urbana y la forma selvática. La forma urbana es la que ataca las ciudades y pueblos donde se encuentra el mosquito *Aedes Aegypti*, y la transmisión se hace directamente de hombre a hombre por intermedio de ese mosquito. Esta es la forma que tantos estragos ha hecho en los países tropicales principalmente en el Brasil, Cuba y Panamá. En nuestro país no tenemos Fiebre Amarilla desde el año de 1919 que se presentó en la Costa Sur, y que fue un brote epidémico más suave que el que se presentó el año de 1906 en el Departamento de Cortés y que ocasionó una enorme mortalidad en algunas localidades especialmente en San Pedro Sula donde murió el Doctor Leonardo Martínez combatiendo la enfermedad.

La forma selvática se ha descubierto entre los animales de la selva. Los monos especialmente mantienen la enfermedad muriendo muchos de ellos y sobreviviendo otros. La Fiebre Amarilla selvática es transmitida al hombre por mosquitos del género *Haemagogus*, especialmente los individuos que están en contacto con la selva, quienes pueden ser infectados y traer la enfermedad a las poblaciones, y si en ésta hay *Aedes Aegypti*, pronto se disemina la enfermedad y de selvática que era se convierte en urbana.

Fue en la sesión del 14 de agosto de 1881 en que el Doctor Carlos J. Finlay presentó ante la academia de ciencias su gran descubrimiento de que la fiebre amarilla era transmitida por un mosquito, y sostenía en su tesis que tres condiciones eran necesarias para que la fiebre amarilla se propagará: 1°—Existencia de un enfermo de fiebre amarilla en cuyos capilares el mosquito pudiera clavar sus lan-

cetas e impregnarlas de partículas virulentas en el período adecuado de la enfermedad. 2^o—Prolongación de la vida del mosquito entre la picada hecha en el enfermo y la que debe producir la enfermedad. 3^o—Coincidencia de que sea un sujeto apto para contraer la enfermedad alguno de los que el mismo mosquito vaya a picar después.

El mismo Finlay dio a conocer en su tesis presentada en aquella memorable sesión que la fiebre amarilla no fue conocida en la raza blanca hasta después del Descubrimiento de América; y según Humboldt es opinión tradicional en Veracruz que allí ha existido esa enfermedad desde que vinieron a las playas los primeros exploradores españoles y que las razas más expuestas a padecer de fiebre amarilla son también las que sufren de la picada de los mosquitos, y que las condiciones meteorológicas que más favorecen al desarrollo de la fiebre son las mismas que acrecientan el número de mosquitos.

En el año de 1948 una ola de fiebre amarilla selvática empezó a extenderse a través de las selvas de Panamá con procedencia de un centro enzootico que se sabe ha existido al este del Río Boyano en la República de Panamá desde el año 1929. Desde el momento del brote inicial de la epizootia en la región Pacora-Tocumea entre el Río Boyano y la Zona del Canal durante los meses de noviembre y diciembre de 1948 se temió que la enfermedad se extendiera a través de Panamá y posiblemente Centro América, México y Belice. Un brote apareció en Buena Vista y fue justificado con la muerte de un ser humano en el Distrito de Chagres al oeste de la Zona del Canal.

En 1951 la ola invade Costa Rica por el lado Sur de Punta Arenas en el Valle del Río Calagra, siendo bastante fuerte el brote epidémico, y habiendo fallecido más de 50 personas traídas de la selva al Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica a consecuencia de fiebre amarilla.

Según el estudio del Dr. Norman W. Elton, Director de Laboratorio de Alcon Zona del Canal la velocidad de la ola del virus es de 13 millas por mes, así es que atravesando Costa Rica probablemente invadiría Nicaragua, Honduras, Guatemala, Chapas, Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Belice, siguiendo exactamente el camino tradicional de la fiebre amarilla entre los Mayas, el antiguo Kekik del año de 1649.

En junio de 1952 se presentó el primer caso de fiebre amarilla en Muelle de los Bueyes, departamento de Zelaya en la República de Nicaragua, después en los Chorros, departamento de Chontales, el 25 de marzo de 1953 en la Mina Panamá departamento de Zelaya y el último caso humano fue en la comarca del Cabo.

Al tener noticias del Ministerio de Salubridad de la hermana República del Sur que habían aparecido monos muertos en el Río Huapuc, en Bocay y en el Portillo de Teotecasinte, presentimos que nuestro territorio sería prontamente invadido por la cuenca del Río Coco o Segovia por los departamentos de Colón, Olancho y El Paraíso.

El 10 de diciembre de 1953 la Dirección General de Sanidad

recibió un mensaje del Doctor Porfirio Sánchez comunicando que en la ciudad de Catacamas se habían presentado dos casos humanos de fiebre amarilla en individuos que venían de la montaña y que se ocupaban en los Cortes de café; inmediatamente se hizo salir una comisión integrada por los Doctores Gaspar Vallecillo, Manuel Bueso y el Bacteriólogo Alejandro Lara. Uno de los pacientes reportados por el Dr. Sánchez había muerto y no se le pudo hacer la autopsia por oponerse la familia; y en el otro, encontraron algunos síntomas y signos que concordaban con la enfermedad pero faltaban otros; este último paciente mejoró y cuando ya habían pasado las dos semanas indicadas para hacer la prueba de inmunidad no se le pudo encontrar en Catacamas ni cerca de ese lugar. Desde que se tuvo conocimiento que la fiebre amarilla estaba en la frontera con Nicaragua se le pidió al Ministerio de Gobernación orden para que los Alcaldes comunicaran cuando aparecieran monos muertos en cualquier lugar de la República. Y fue hasta en diciembre que las autoridades del departamento de Olancho avisaron que en la montaña de la Avispa, Río Tinto y Quebrada Seca lugares todos situados cerca de Catacamas estaban muriendo los referidos animales lo mismo que en Culmí donde la directora de la escuela comunicó que un indio paya había muerto de vómito negro.

Se avisó a la Oficina Sanitaria Panamericana la sospecha que tenía la Dirección General de Sanidad del apareamiento de fiebre amarilla selvática en el territorio hondureño, y esta oficina envió al Dr. Jorge Boshell, Director de la Escuela de Higiene de Bogotá para que investigara el brote epizoótico, ya que él había verificado el mismo trabajo en la República de Nicaragua y Costa Rica. El Dr. Boshell se internó en las montañas del Municipio de Catacamas y sacó en conclusión por los datos que le dieron los habitantes de los caseríos aislados y por los esqueletos de los monos muertos que la fiebre selvática había aparecido desde el mes de septiembre. 140 sueros de estos animales extrajo para la prueba de protección en los ratones, que hace el Instituto Finlay para la confirmación de esa epizootia. El resultado de dichos sueros lo tendremos a más tardar dentro de ocho días. En todas las selvas sólo pudo capturar dos mosquitos *Hemagogus Equinus*, no encontrando el *Spegazzini Falco* y el *Iridicolor* que son los que se han señalado como transmisores de la fiebre amarilla selvática. El Dr. Boshell cree que la falta de estos dípteros se debe a que ya pasó en aquellas regiones lo fuerte o copioso de la estación de lluvias y por ese motivo supone que el brote se detendrá durante el verano para reaparecer el mes de mayo y que en ese tiempo siga por las cuencas de los Ríos Guayape y Sulaco invadiendo las montañas menores de 2.000 pies y amenazando los departamentos de Yoro, Cortés, parte norte del departamento de Francisco Morazán y el departamento de Atlántida, concordando esto con el estudio del Dr. Elton que predice que la fiebre amarilla aparecerá en La Ceiba en el mes de junio de 1954.

Desde el año de 1951 en que se tuvo conocimiento que habían casos de fiebre amarilla en la República de Costa Rica la Dirección General de Sanidad solicitó vacuna a la Oficina Sanitaria Panameri-

cana, enviando ésta dos clases de vacuna una de Dakar para usarla por el método de escarificación y otra de Bogotá para usarla por vía subcutánea; la primera o sea la de Dakar tuvimos que desecharla por las reacciones fuertes que producían habiéndose presentado hasta un caso de encefalitis producida por la vacuna en el pueblo de Salado en el departamento de Atlántida; prefiriendo la vacuna D 17 del Instituto Finlay de Bogotá por ser inocua y es la que continuamos usando. En el año de 1951 se vacunaron 27.000 personas en el departamento de Choluteca, 18.000 en el departamento de El Paraíso, 14.000 en Tegucigalpa y 12.000 en Cortés. En el año de 1952 se vacunaron 14.000 en el departamento de Olancho, 22.000 en Atlántida y 13.000 en Colón. A pesar de la cooperación de las autoridades en muchos de los pueblos de los departamentos referidos fue infructuosa la vacunación por la renuencia de los habitantes. Pero con la presencia de los casos sospechosos y la muerte de los monos en las montañas del departamento de Olancho la gente se ha alarmado y en toda la República se solicita la vacuna. Es así que tres Brigadas Sanitarias han vacunado en el departamento de Olancho 32.000 personas en menos de dos meses; la Brigada de Colón 10.000 y la de Yoro 11.000 que son los departamentos por el momento más amenazados, sin perjuicio de que se continúe vacunando en Atlántida, Cortés, Choluteca, El Paraíso y Tegucigalpa. El total de vacunados desde 1951 a la fecha asciende a más de 200.000 personas.

En cuanto a la destrucción de los agentes vectores de la fiebre amarilla puedo decir que la lucha contra el *Hemagogus* trasmisor de la fiebre amarilla selvática es imposible. Este mosquito tiene la particularidad de presentar una diversidad de colores con brillos metálicos, vive en la copa de los árboles de la selva a una altura no más de 2.500 pies y tiene una fase en su desarrollo que los Entomólogos no han podido descubrir y que consiste en desaparecer totalmente en la época del verano para reaparecer en la estación de las lluvias manteniendo en potencia el virus de la fiebre amarilla.

En cuanto a la erradicación del *Aedes Aegypti* o mosquito tigre, vector de la fiebre amarilla urbana es bastante factible. Este mosquito está caracterizado por tener un color oscuro, tiene pestañas en forma de lira en el dorso y patas con anillos blancos. La hembra puede picar durante el día y la noche, y el macho no tiene las partes bucales aptas para picar y se alimenta principalmente del jugo de las plantas; es un mosquito doméstico, nunca crece en los pantanos, se cría en los floreros con agua, latas abandonadas, etc. Desde que se comenzó la lucha contra este mosquito pudimos encontrar en los floreros y latas del Cementerio General de esta capital 300 criaderos de *Aedes Aegypti*. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública encargado del control de insectos con la ayuda del UNICEF y de la Dirección General de Sanidad ha podido negativizar del *Aedes Aegypti* 64 localidades en diferentes departamentos de la República.