

Señores: es un acto de estricta justicia el manifestaros en esta inhábil defensa que hemos hecho de la vía vaginal, el nombre de mis colaboradores a quien corresponde mucho de los éxitos conseguidos, a mi inteligente y preparado Jefe de clínica el doctor Bartolomé Calcagno, en primer término, al del ex-alumno señor Ricardo Malbrán, el de los practicantes señores Roberto Gandulfo y Teófilo Rosende que me acompañan con todas las energías y con todos los entusiasmos de su edad juvenil.

(De *La Semana Médica* de Buenos Aires).

Bibliografía

Geografía médica y patología de Colombia.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES

(Por el doctor LUIS CUERVO MARQUEZ, ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Profesor de la Facultad de Medicina, Delegado de Colombia a los V y VI Congresos Médicos Pan-americanos etc., etc. Nueva York).

Con placer registra la *Revista Médica* la aparición de esta importante obra, que hace honor al país, debido a la pluma del ilustrado

doctor Luis Cuervo Márquez. Está de más encarecer la importancia especial de esta obra, que va a hacer conocer nuestro país en el Exterior, estimulando así su progreso, pues ella servirá para demostrar que si en nuestro territorio hay extensas regiones ricas por su fertilidad y asombrosas por sus riquezas pero temibles por lo insalubres, también las hay bellas y ubérrimas, exentas de las infecciones tropicales, que a la labor y a la fortuna están convidando a aquella inmigración fuerte y sana que venga a prestar sus brazos a útiles empresas. Será también este excelente libro la base en que debe apoyarse la organización de la lucha contra las enfermedades que en nuestros climas dominan.

El libro está escrito en estilo elegante y claro, como todo lo que da la pluma del doctor Cuervo Márquez, y la obra se ha ejecutando siguiendo un plan científico, en que resaltan la cuidadosa labor del autor y su especial competencia.

Como una muestra de la importancia y utilidad de este excelente libro transcribimos un capítulo en que se trata de la fiebre amarilla, y que en estos momentos, en que acaba de pasar una epidemia que invadió a Buenaventura, es del mayor interés.

CAPITULO V

FIEBRE AMARILLA

Historia. De las vagas relaciones de cronistas e historiadores del descubrimiento y conquista de América se deduce la existencia de la fiebre amarilla en las costas insulares y de tierra firme bañadas por el mar de las Antillas antes de la llegada de la gente española. Mas como los indígenas no tenían sino un limitado comercio marítimo, como las aglomeraciones de individuos no aclimatados debían ser muy reducidas, las epidemias no debieron tener grande extensión, como lo han tenido cuando las comunicaciones marítimas y fluviales han permitido la difusión de la epidemia o la llegada a los focos amarillos de gran número de personas en quienes pudiera desarrollarse la enfermedad.

La primera epidemia de que se tiene conocimiento fue la que en 1494 destruyó la *Isabela*, descrita por el Padre Las Casas, y que señalámos por primera vez en un estudio sobre fiebre amarilla (1). Los primeros negros importados a América lo fueron en 1520, y si bien una enfermedad pestilencial los diezmó (Las Casas), ya antes había tenido lugar la epidemia de la *Isabela*.

Fue ella la que inició los estragos de la fiebre amarilla en los individuos no aclimatados. En

(1) Las Casas, *Historia de Indias*. Madrid, 1ª edición.

Santo Domingo perdió el Comendador de Lares más de las dos terceras partes de los individuos que llevó; en el Darién quedó destruída la expedición de Nicuesa; después de ella en la misma región sucumbió la de Diego Albites. Lo que era Panamá lo dice el Padre Las Casas: «en los primeros años del siglo XVI murieron más de cuarenta mil individuos de malas enfermedades por ser la tierra calidísima y humedísima en él» (2).

En el siglo XVI la fiebre se mantuvo en el mar de las Antillas.

En el siglo XVII, de las Antillas se propagó en dos oleadas epidémicas: al Sur, al Brasil; al Norte, al litoral norteamericano. La primera, descrita por doña Rosa, con el nombre de calentura pestilencial, invadió a Olinda, Recife y Bahía; la segunda, se manifestó en Virginia, Charlestown y Filadelfia.

En el siglo XVIII todo el litoral del mar de las Antillas estaba invadido; Portobelo, Cartagena y Santa Marta, en 1793; Veracruz y Nueva Orleans debieron ser invadidos desde muy temprano; en las Guayanas desde 1740 apareció la epidemia; en el Brasil, por segunda vez, en 1723. Atravesó el Istmo y apareció en Panamá y Guayaquil en 1740, y en el Callao en 1781. Las costas orientales de los Estados Unidos fueron visitadas repetidas veces por la epidemia, y en 1731 atraviesa el Atlántico por primera vez y aparece en Cádiz en ese año, y en Málaga en 1741.

(2) Las Casas, *Apologética Historia*.

En el siglo XIX la fiebre amarilla ha invadido casi todo el litoral del continente americano.

En Colombia se presentó en 1804 en Portobelo, Cartagena y Santa Marta, y se hizo endémica en esas ciudades así como en Ríohacha. En 1830, siguiendo la vía fluvial del Magdalena, aparece por primera vez en el interior del país, a más de doscientas leguas del litoral marítimo, repitiéndose oleadas semejantes en 1856, 57, 65 y 66, 70, 79, 81 y 85. En 1883, siguiendo el río Zulia-Catatumbo, es importada de Maracaibo al valle de Cúcuta, y en 1888 invade a Ocaña, importada del Carmen, adonde fue llevada por la vía fluvial del Magdalena

En Venezuela existía en Puerto Cabello y en La Guaira desde fines del siglo XVIII, en que fue importada a Caracas (1793) de este último puerto. Posteriormente apareció nuevamente (1804) en Caracas y en Maracaibo, y después en Valencia y en Barquisimeto. En 1848 fue importada a Valera, en el interior, y en 1888 lo fue a Trujillo, ambas importaciones procedentes de Maracaibo, en donde durante mucho tiempo ha sido endémica la fiebre.

En Guayana fue importada durante la terrible oleada de 1804, habiéndolo sido ya antes durante la segunda epidemia del Brasil; la Guayana ha sido contagiada por la vía brasilera, como en la epidemia de 1820, o por la vía antillana, como en 1804.

En el Brasil, después de más de un siglo transcurrido después de la segunda invasión, volvió a

presentarse en 1849; la importación en ese año reunió todas las condiciones clásicas de una importación de enfermedad infecciosa. Desde entonces no puede decirse que la fiebre amarilla haya desaparecido completamente, hasta que se pusieron en práctica los medios de defensa que el conocimiento de la enfermedad ha impuesto.

En las Repúblicas del Plata la fiebre amarilla, según Humboldt, existiría desde principios del siglo XIX, y es muy probable que la oleada de 1804 hubiera llegado hasta ellas. La primera epidemia descrita fue la de 1856, que apareció casi simultáneamente en Montevideo y en Buenos Aires.

En Asunción, sobre el Paraná, a más de 200 leguas en el interior, durante la guerra entre Paraguay y Brasil, se presentó una epidemia que pareció aislada al principio por no haberse desarrollado en las poblaciones ribereñas, pero que rápidamente se propagó después haciendo estragos, especialmente en Buenos Aires y en Corrientes, en donde revistió caracteres de gravedad desconocidos antes.

En las Repúblicas del Pacífico puede decirse que la epidemia era completamente desconocida hasta mediados del siglo XIX, pues si se exceptúa la epidemia de Guayaquil en 1740 y la ligera del Callao en 1781, la fiebre amarilla había respetado el mar Pacífico. El establecimiento del ferrocarril de Panamá en 1855, que facilitó las comunicaciones rápidas entre el mar de las Antillas, verdadera cuna y foco de la fiebre amarilla, y el mar Pacífico, permitió el transporte del agente de la fiebre

a través del Istmo y la invasión al Sur, ya facilitada por las comunicaciones constantes entre los dos mares.

En el Perú las dos grandes oleadas epidémicas fueron las de 1853 y la de 1867. En ambos casos la importación se hizo de Guayaquil, y en la segunda se contaminaron Valparaíso y Santiago, después de haber invadido todo el litoral peruano.

En las costas del Pacífico, al norte de Panamá, no se había presentado hasta el año de 1883 en que, según el doctor Carmona, invadió a San Blas, en Méjico, un buque procedente de Colón.

La fiebre amarilla puede invadir los puertos marítimos de Colombia por procedencias de las Antillas, en el Atlántico, o de Panamá y Guayaquil, en el Pacífico.

Una vez invadido el litoral marítimo, la invasión al interior se hace por la vía fluvial del Magdalena, o por el Zulia-Catatumbo para el valle de Cúcuta; la invasión por el Orinoco, procedente de Ciudad Bolívar, no puede tener lugar por falta de medios de transporte y de población en el Llano oriental.

El río Magdalena ha sido el gran vector de la fiebre sobre las poblaciones ribereñas, y su acción ha estado dirigida por el establecimiento de la navegación por vapor en el río y de medios rápidos de comunicación entre puertos fluviales y poblaciones más o menos alejadas. La primera epidemia del interior tuvo lugar en 1830 en Honda y Ambalema a más de 220 leguas del litoral marítimo y siguió de cerca a la navegación por vapor

del río con los vapores *Santander* en enero de 1826 y *Bolívar* en 1830; lo mismo puede decirse de la invasión de la fiebre al Alto Magdalena.

En el valle de Cúcuta el aparecimiento de la fiebre amarilla coincidió con el establecimiento definitivo de la navegación por vapor en el río Zulia y la inauguración del ferrocarril que lo pone en comunicación con la ciudad.

Fuéra de poblaciones netamente ribereñas, pero sometidas a su dominio geográfico, en las que se han desarrollado epidemias más importantes han sido: Guaduas (1,376 metros, 21 grados), en 1880 y 1885; Ocaña (1,165 metros, 20 grados), en 1888; Tocaima (404 metros, 26 grados), en 1884; Muzo (580 metros, 26 grados), en 1907. Esta última epidemia es notable por no haber reinado en ese entonces epidemia en el Magdalena y por estar separada del río por altas cordilleras y no tener comercio directamente con ningún puerto fluvial.

Distribución geográfica—El litoral atlántico y Buenaventura en el Pacífico son los focos secundarios de donde puede propagarse al interior del país y que deben ser vigilados durante epidemias en las Antillas.

La hoya del río Magdalena, o mejor, sus poblaciones ribereñas, desde Cartagena, Barranquilla y Santa Marta hasta Neiva. Poblaciones situadas en valles vecinos y tributarios del Magdalena, como El Carmen, Ocaña, Guaduas y Tocaima, han sido asiento de la fiebre amarilla. Poblaciones alejadas del río y sin comunicación comercial directa con él, como Muzo, han sido visitadas también.

El valle de Cúcuta, adonde llegan vapores por el río Zulia procedentes del puerto infestado de Maracaibo, fue invadido por la fiebre.

En el litoral pacífico la fiebre ha quedado confinada a Buenaventura, sin que haya entrado al valle del Cauca, probablemente debido a las dificultades que ha presentado el comercio por ese puerto; pero al terminarse el ferrocarril que une el Pacífico con el valle deberán tenerse especiales precauciones cuando estalle la fiebre en el Istmo, si acaso volviere a presentarse.

La fiebre amarilla se ha presentado en Colombia desde el nivel del mar hasta 1,400 metros de altura; desde 20 hasta 28 grados de temperatura, y desde el litoral marítimo, hasta 1,300 kilómetros al interior del país. En esto la fiebre ha tenido los mismos caracteres que en el Misisipí.

La fiebre amarilla no tiene límites precisos y fijos: puede decirse cuáles son sus límites actuales, pero no los que pudiera tener en el porvenir. A pesar de que el conocimiento de su patogenia ha hecho que la fiebre pierda cada día más terreno, y que en donde antes era endemia, foco de epidemias para los países vecinos, haya casi totalmente desaparecido, como acontece en los focos brasileños, en La Habana y en Panamá.

Para que aparezca en el interior del país se necesita que haya un foco marítimo de donde sea importada por la vía fluvial.