

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume 70

Número
Number 2

Marzo-Abril
March-April 2002

Artículo:

Fiebre amarilla en México, hace
120 años

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Fiebre amarilla en México, hace 120 años

Acad. Dr. Javier E García de Alba-García,*** Dra. Ana L Salcedo-Rocha****

Resumen

Objetivo: describir el desarrollo y el conocimiento relativo a la fiebre amarilla en nuestro país en la primera mitad de la octava década del siglo XIX.

Tipo de estudio: descriptivo, histórico.

Material y método: se efectuó una revisión de los artículos aparecidos durante el periodo de 1880 a 1884 en los periódicos médicos de la ciudad de México. "La voz de Hipócrates"; y La Gaceta Médica de México, sobre el desarrollo de la fiebre amarilla en el país y el conocimiento respectivo, asimismo se consultaron algunos textos y documentos relacionados.

Resultados: se hace una breve reseña sobre la fiebre amarilla en la octava década del siglo XIX en México, destacando la epidemia de la Costa Pacífico, Noroccidental. Se describe el clima intelectual que privaba en esa época, mencionando algunos trabajos nacionales y extranjeros, publicados en el país, referentes a la etiología, tratamiento y control de la fiebre amarilla.

Se plantea la oportuna comunicación que hizo el Dr. Carlos Finlay, publicada en nuestro país en 1884.

Debido al predominio del paradigma miasmático, el país tuvo que esperar más de 15 años para aplicar los conocimientos que dieran como resultado la erradicación del vómito negro en nuestro país.

Palabras clave: historia, epidemiología, fiebre amarilla, México, Finlay.

Summary

Objective: To describe the development and knowledge relative to yellow fever in Mexico during the first half of the 1880s.

Type of study: Descriptive, historical.

Material and method: A review of the articles that appeared during the period of 1880 to 1884 in medical newspapers in Mexico City, "La Voz de Hipócrates", and "La Gaceta Médica de Mexico", concerning development of yellow fever in Mexico and related knowledge; additionally, some texts and related documents were consulted.

Results: A brief review was done on yellow fever in the 1880s in Mexico, highlighting the Northwest Pacific Coast epidemic. Prevalent intellectual thought is reformed to, describing some Mexican and foreign works published in Mexico relating to the etiology, treatment, and control of yellow fever.

We establish the timely communication by Dr. Carlos Finlay, published in Mexico in 1884.

Due to the prevalence of the miasmatic paradigm, Mexico had to wait more than 15 years to apply the knowledge that eradicated yellow fever in the country.

Key words: History, Epidemiology, Yellow fever, Mexico, Finlay.

Introducción

Actualmente, merced al avance clínico - epidemiológico, se sabe que la fiebre amarilla, también llamada vómito ne-

gro, es una hepato - nefritis viral, aguda, transmitida por mosquitos, mediante el ciclo enfermo - mosquito - susceptible.

Su periodo de incubación en el hombre es de seis días, con variaciones extremas de tres a 10, y el de transmisibilidad, es dos días antes de los síntomas de la enfermedad y tres a cinco después.

El mosquito (*Aedes aegypti*, para zonas urbanas) puede inocular la infección desde los 10 días posteriores a la picadura a un enfermo, hasta un mes, que es la vida media del artrópodo.

Quienes sufren la enfermedad quedan inmunes de por vida y los que son vacunados presentan una inmunidad duradera. Sin embargo, entre 20 a 50% de los pacientes ictericos, mueren. No se dispone de terapéutica antiviral específica⁽¹⁻³⁾.

Sin embargo, la fiebre amarilla, ha sido gran protagonista en la historia de México, desde tiempos inmemoriales; así el Dr. Miguel Bustamante señala que la enfermedad existía mucho antes de la Conquista⁽⁴⁾ y la relaciona con la extinción de los grandes núcleos de civilización en el Sureste mexicano, especí-

* Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

** Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

*** Departamento de Salud Pública. Universidad de Guadalajara.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Javier E García de Alba G
Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud
Centro Médico de Occidente. IMSS.

Belisario Domínguez 1000. (Bajos de la Farmacia Central)
Col. Independencia. Guadalajara, Jalisco. México. C.P.
Correo electrónico: javier_91046@yahoo.com.

Recibido para publicación: 09-11-2001.

Aceptado para publicación: 25-02-2002.

ficamente la civilización maya; las crónicas coloniales la refieren como un azote pestilencial de las costas mexicanas, sobre todo las del Golfo, a tal grado que se recomendaba a los viajeros, arribar a nuestros litorales durante los meses de invierno y primavera para evitar caer enfermos⁽⁵⁾, aspecto que a pesar de haberse tomado muy en cuenta por los militares de las intervenciones norteamericana y francesa, al invadir nuestro país en 1847 y 1863, causó un número importante de bajas⁽⁶⁻⁸⁾.

Si bien la enfermedad se consideraba endémica del Golfo de México, la región Pacífico no estuvo exenta de epidemias, como la que habiéndose iniciado en el puerto de Mazatlán en 1883, asoló dicha región desde Baja California hasta Colima⁽⁹⁾. En dicha epidemia y en Mazatlán, perdió la vida una de las más grandes cantantes de ópera mexicana, la Sra. Ángela Peralta.

Cabe señalar que en la segunda y tercera década del siglo XX, la fiebre amarilla, paradójicamente dio pie para que la fundación Rockefeller, interviniera en el desarrollo de la política médico-sanitaria del país⁽¹⁰⁾ a través de su División Internacional de Salud⁽¹¹⁾.

Merced a las medidas de combate al vector, saneamiento y vigilancia de casos, instituidas, en 1923, se registra para el país, el último caso urbano de la enfermedad en Pánuco, Veracruz⁽¹²⁾. Aunque cabe señalar que de 1957 a 1959 se desarrolló un gran brote en las Selvas del Sureste, en las que se terminó la onda iniciada en Panamá; procedente, a su vez, del gran foco natural que existe en la selva amazónica. Al finalizar esta onda se registraron los últimos casos de fiebre amarilla selvática en México, aunque el vector volvió a reinfestar el país desde el Sureste de Estados Unidos⁽¹³⁾, ligándose actualmente el mosquito *Aedes*, con la transmisión y permanencia del dengue en nuestro país.

El presente trabajo, pretende describir el desarrollo y el conocimiento relativo a la fiebre amarilla en nuestro país en la primera mitad de la octava década del siglo XIX, debido a la importancia que para el control y erradicación de la enfermedad tuvo para nuestro país.

Material y método

Para realizar el presente trabajo de tipo descriptivo e histórico, se efectuó una revisión de los artículos aparecidos durante el periodo de 1880 a 1884 en los periódicos médicos de la ciudad de México. “La Voz de Hipócrates”; y la Gaceta Médica de México sobre el desarrollo de la fiebre amarilla en el país y el conocimiento respectivo, asimismo se consultaron algunos textos y documentos relacionados.

Resultados y discusión

El saber y la práctica médico - sanitarios,
en la década de 1880

De acuerdo con un punto de vista económico, el saber y la práctica médico sanitaria, están determinados por el modo

de producción predominante, éste plantea la base para el desarrollo de problemas de salud específicos, que a su vez provocan su enfrentamiento teórico práctico por las disciplinas hegemónicas y no hegemónicas prevaletentes. Así entonces cuando el país pasa de la República restaurada al Porfiriato, la situación social imperante permitió el desarrollo de las actividades comerciales consistentes a una escala mayor, lo cual amplifica problemas tradicionales de salud, como el caso de la fiebre amarilla, que afectaba desde La Colonia, a los puertos del Golfo de México, viéndose para inicios de la década del 80 también los principales puertos del Pacífico.

Ejemplo de ello, fue la epidemia, que afectó aproximadamente a un cuarto de la población Mazatleca, población que aunque había sido expuesta al virus, probablemente antes, presentó diferentes grados de susceptibilidad de acuerdo a su historia inmunológica⁽¹⁴⁾, sin embargo, el hecho que hayan muerto 2,541 personas⁽¹⁵⁾, aproximadamente 16% de la población estimada, además del desastre socio-demográfico, nos habla de que la población del Mazatlán de 1883, estaba compuesta por una alta proporción de personas susceptibles, formada muy posiblemente por inmigrantes del interior del Estado y la Región, dado el auge económico y comercial del puerto, es decir por individuos y familias que nunca habían estado en contacto con el virus del vómito negro.

La anterior consideración, la basamos en el hecho de que para “extranjeros y caminantes del interior” como los integrantes de la compañía de Ópera, la tasa de ataque, respecto a la población general, fue significativamente alta, de 92% ($p < 0.01$), lo cual constata, que la compañía estaba constituida mayoritariamente por personas vírgenes al contacto con el virus, también fue significativa su mortalidad de 36% y la letalidad de 51%; características para este tipo de grupos durante el siglo XIX⁽²⁾.

Esta situación había ya provocado una reacción en el ámbito de la Sociedad Médica Mexicana, a través de la Academia de Medicina, la cual había convocado desde 1879, a los médicos mexicanos y extranjeros a plantear una terapéutica efectiva para las principales enfermedades que afectaban nuestro país, siendo una de ellas la fiebre amarilla.

Al efecto, el conocimiento general sobre la fiebre amarilla, que se publicitaba en esa época en los diarios del interior del país se puede ejemplificar con lo que manifestaba “El Correo de Culiacán”⁽¹⁶⁾

“El vómito negro se trata en Río de Janeiro aplicando al enfermo un purgante salino de preferencia crémor y enseguida privándolo de alimentos y manteniéndolo con limonada mucilaginoso, hecha de goma de linaza a falta de limón, se usan ácido tartárico y aun oxálico.

En Veracruz, el mejor tratamiento hasta ahora consiste en aplicar un purgante de aceite de castor con limón, bastante limón y dejar que la naturaleza haga lo demás.

Ambos tratamientos tienen semejanza en su eficacia.

Respecto al tratamiento que se usaba en esa época, El Dr. Martínez Cortés⁽¹⁷⁾, lo contextualiza aludiendo al trabajo enviado por un médico que ejercía en la zona endémica del Golfo, y que residía en la ciudad de Orizaba, el Dr. Carlos Heineman, quien envió, a concurso en 1879 a la Academia de Medicina, sobre el tema “Estudios sobre la fiebre amarilla en la costa oriental de la República Mexicana”, quien honestamente señalaba “No tenemos ningún tratamiento que merezca el nombre de tal, ni medios para ampararse de ella”.

Sin embargo, al igual que lo publicado en el periódico de Culiacán; consideraba el Dr. Heineman, que “una purga inicial era benéfica, siempre y cuando hubiera constipación o estreñimiento, que la hidroterapia tenía futuro, que era perfectamente racional la administración de estimulantes cuando había debilidad o apatía, y confesaba, que el coñac, el champaña, el alcanfor y el almizcle sólo tenían efectos transitorios”. Asimismo mencionaba, que eran inútiles para calmar los dolores de estómago y disminuir la congestión cerebral las “pequeñas evacuaciones locales de sangre por medio de sanguijuelas”. Y que las sangrías “por sección de vena” que antes se indicaban al principio de la enfermedad, estaban absolutamente prohibidas, igual que en “todas las enfermedades agudas de infección”⁽¹⁷⁾.

Sobre los aspectos epidemiológicos de la fiebre amarilla, el semanario médico, “La Voz de Hipócrates”, poco antes de concluir la epidemia de 1883, publicó un resumen, firmado por un eminente médico tapatío que dice así⁽¹⁸⁾:

Queriendo hacer un bien a la población, no queriendo dejar hacer tonterías y asustar nomás a la gente, por lo que publico hoy el dictamen de la Junta de Salubridad de esta capital firmado por el muy respetable e inteligente Sr. Dr. José Ma. Benítez, Helo aquí:

1. La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa y alguna vez infecto-contagiosa propia de ciertos lugares bajos, principalmente puertos de mar y de río, y de algunas localidades cercanas a las costas. Su manera ordinaria de transmitirse es por los individuos y las mercancías.
2. Que hoy probablemente no invadirá en Guadalajara, porque nunca se ha visto internarse en los continentes más allá de los 3,800 pies de elevación^a.
3. Que el medio único y eficaz de evitar la invasión es el establecimiento de cordones sanitarios, que deberán detener a los individuos y a las mercancías 15 días porque es el periodo máximo de incubación del mal.
4. Que los gobiernos deberían contratar médicos aclimatados en el Atlántico donde es endémico el vómito negro, para que asistan a los enfermos del Pacífico.

Este dictamen, debe de considerarse, en términos de que en la Costa Pacífico de México, no se habían documentado brotes

de fiebre amarilla, salvo para 1853, cuando en Acapulco se diagnosticaron con certeza algunos casos. Aunque previamente en 1850, se alude la ocurrencia de una epidemia, en las costas de Oaxaca y Michoacán, el Dr. Eduardo Liceaga la desestima, debido a que no encontró documentos que prueben este brote.

Lo anterior es importante, porque los médicos de la región Noroccidental del país, conocían a la fiebre amarilla sólo de nombre, por referencias de médicos de la región del Golfo de México, o en los libros: por lo que la fiebre amarilla era frecuentemente confundida con el paludismo, como parece indicarlo todavía en 1898, el caso del Dr. Fanelón, quien al estudiar los datos de 34 años de la mortalidad en Tepic, (2-junio-1865 a 30 abril de 1898), creyó que los casos epidémicos de fiebre amarilla, se trataban de una epidemia de paludismo de forma “biliosa” en su forma “hemorrágica y cerebral”⁽⁴⁾.

Por otra parte, conviene señalar que algunos puntos del dictamen de la Junta de Salubridad Jalisciense, sobre el conocimiento epidemiológico de la enfermedad, se fundamentan en la higiene de esa época, materia que se había introducido en Jalisco en la carrera de Medicina, con la cátedra universitaria del Dr. Pedro Van der Linder en 1839, y precisamente para 1883 había cambiado el plan de estudios, volviéndole a dar el énfasis inicial a la materia, ahora como asignatura de higiene en segundo y tercer año, así como higiene pública en quinto año de la carrera de medicina. Ya que en el plan anterior, había estado fundida con la cátedra de fisiología⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, los conceptos de higiene, utilizados en el dictamen aluden de manera conservadora, a los aspectos teóricos, más comunes, para ese tiempo, basados en la experiencia acumulada sobre la variable lugar y en el control del enfermo mediante su aislamiento.

Por ejemplo: la recomendación de contratar médicos “aclimatados” en la costa atlántica del país, aunque parecía práctica, el término “aclimatación” era ya objeto de crítica, debido a que no parecía oportuno continuar usándolo, porque otros

^a Actualmente debido al calentamiento del planeta, los mosquitos pueden alcanzar esa altitud.

^b Lain Entralgo⁽²⁰⁾, señala que según GM Lancisi (1654-1720): las temperaturas elevadas de la época estival, producen una destilación química de las aguas pantanosas; los vapores convertidos en efluvios volátiles, son trasladados por el viento, ocasionando diversos tipos de morbilidad. A estos productos inorgánicos, se unen otros seres orgánicos producto de la descomposición, formando enigmáticos “miasmas”, que difundidos por la atmósfera, afectan al organismo humano. Posteriormente el Norteamericano Latham Mitchill (1764-1831) señalaba que las miasmas eran resultado de la acción del “septon” -un óxido de nitrógeno- sobre el oxígeno⁽²¹⁾.

El médico español A. Cibot, reseñaba el modo de acción de la fiebre amarilla de la manera siguiente: El gas animal que se levanta del cuerpo de los contagiados, si no es diluido por el aire agitado, forma una neblina, que ocupa la circunferencia de los afligidos, que son su centro; del que emanan como otras tantas fuentes los vapores o miasmas contagiosos.

médicos manejaban el concepto de inmunidad, “que se adquiere por el nacimiento o por haber pasado un ataque”⁽¹⁷⁾.

Con relación a las causas de la fiebre amarilla, el Dr. Benítez, estaba considerando las teorías del contagio animado, elaborada, durante el Renacimiento por el médico italiano Girolamo Fracastorius y la miasmática^b de la enfermedad, que durante el siglo XIX, había sido preconizada por el Dr. William Farr, encargado del Registro de las estadísticas vitales en la Inglaterra de ese tiempo; y cuyos desarrollos matemáticos para probar la causalidad de los miasmas en epidemias, tales como el cólera morbus, seguían siendo convincentes, aún años después de que el Dr. John Snow, demostró la transmisión del cólera a través del agua contaminada en 1854.

El conocimiento epidemiológico que prevalecía en el México de 1883, sobre la fiebre amarilla, era aún confuso, pues en el mismo número del semanario médico que se precisa más adelante, se le daba más espacio a la noticia publicada por El Herald de Nueva York del 2 de noviembre de 1883, sobre “el descubrimiento” de los Dres. Joseph Jones de Nueva Orleans y Domingo Freire de Río de Janeiro, respecto a la inoculación del microbio “causal” de la fiebre amarilla (*Criptococcus xantogénico*), que glosaba el Dr. Ignacio Praslow describiendo el desarrollo de la inoculación del “microbio” por diferentes vías; el Dr. Praslow, finalizaba el artículo, señalando que en las personas, que se salvaron de padecer fiebre amarilla en Sinaloa, “la causa de su salvación son la comodidad de su vida, habitar casas cómodas y ventiladas y tener buenas costumbres”⁽²²⁾.

La fiebre amarilla era un verdadero problema de Salud Pública en el Continente, en los Estados Unidos, aunque por razones iguales y diferentes, se compartía la preocupación de los países latinoamericanos. Así, el 3 de marzo de 1879, el Congreso Norteamericano dictó una ley, estableciendo una Junta Nacional de Sanidad, cuyo Presidente fue JL Cabell y su Secretario Thomas J Turner, dedicándole 500,000 pesos,

principalmente para la cooperación con las juntas sanitarias de los diferentes Estados.

El primer acuerdo importante de esta Junta Nacional, fue la organización de una comisión que visitase las Antillas para el estudio del vómito negro en los lugares de su supuesta cuna, esta comisión permanecerá tres meses en la Isla de Cuba con las siguientes instrucciones:

Averiguar el estado sanitario de los principales puertos de la Isla, que tienen comercio con Estados Unidos.

Acrecentar nuestros conocimientos de la fiebre amarilla.

Obtener datos con respecto a la llamada endemicidad de la fiebre amarilla.

Pero además la Junta Nacional deseaba que la Comisión se ocupara de: los problemas que “se refieren a la naturaleza e historia natural de la causa de la fiebre amarilla, y la más importante investigación preliminar concerniente a esta cuestión sería con el objeto de descubrir algún medio para reconocer su causa inmediata como distinta de la producción de la enfermedad en el hombre”.

Esta Comisión estuvo formada por un:

- Presidente. Stanford E Chaillé AMD. Profesor de Fisiología y Anatomía Patológica de la Universidad de Louisiana, New Orleans.
- Secretario. Jorge M Sternberg MD cirujano del Ejército de los Estados Unidos y miembro de la Sociedad Epidemiológica de Londres.
- Vocales. Juan Guiteras. MD agregado de Sintomatología de la Universidad de Pennsylvania. Sr D Tomás Hardee, Ingeniero Civil y miembro de la Junta de Sanidad del Estado de Louisiana.
- Empleados de la Comisión. Sr. Rodolfo Matas. Amanuense y Estudiante de Medicina de la Universidad de Louisiana Sr. D. Enrique Mansel, fotógrafo⁽²³⁾.

Cuadro I. Fiebre Amarilla. Datos estadísticos correspondientes a los Hospitales Militares de Mazatlán, Sin., y Tepic, Nay.

Año	Mazatlán Guarnición 400 h		Tepic Guarnición 600 h	
	Casos (morbilidad)	Defunciones (mortalidad) (letalidad)	Casos (morbilidad)	Defunciones (mortalidad) (letalidad)
1881	0	0	0	0
1882	0	0	0	0
1883	388 (98%)	117 (29%) (30%)	9 (1%)	3 (0.4%) (33%)
1884	27 (6%)	11 (3%) (40%)	3 (0.4%)	0
1885	34 (8%)	1 (0.2%) (3%)	1 (0.1%)	1 (0.1%) (100%)

Fuente. Bustamante 1958. Pág.119.

En el cuestionario de preguntas a responderse, las referentes a la causalidad de la fiebre amarilla, se encaminaban a describir y analizar las relaciones meteorológicas y telúricas con la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo:

- ¿En qué condiciones se encuentran el aire, el agua y el terreno en estas ciudades?
- ¿Cuál es la estructura geológica del suelo, y su mayor o menor impregnación por las aguas?
- ¿Qué influencia han tenido sobre la epidemia o endemia ciertas causas físicas, como inundaciones, terremotos, huracanes, cultivo de tierras, mezcla de aguas saladas y dulces, guerras, sitios, emigraciones, etc?
- ¿En qué partes de la isla y de estas ciudades reside el mayor número de aclimatados?
- ¿Qué objetos parecen recoger y transmitir más fácilmente los miasmas?
- ¿Es la fiebre amarilla una enfermedad excremencial?
- ¿Pueden citarse casos de asilos, conventos, barracones en lugares infectados y donde residan individuos no aclimatados, que hayan podido excluir la enfermedad por medio de una absoluta reclusión?

Para desarrollar su labor, la Comisión solicitaba su apoyo a las autoridades cubanas y los médicos de Cuba, no tanto a nombre de la nación que representan, como a los altos intereses de la higiene pública y la humanidad. Asimismo señalaba que había establecido su laboratorio en el Hotel San Carlos, donde recibirán gustosos las visitas de los que se interesen en sus trabajos, particularmente de siete y media a nueve y media de la noche, a excepción de los jueves⁽²⁴⁾.

Efectivamente, a este conocimiento para ordenarlo y depurarlo, le faltaba el eslabón principal de la cadena epidemiológica de la fiebre amarilla, el papel del vector, que precisamente el Dr. Carlos Finlay, dos años antes, en febrero 18 de 1881 en el Congreso Internacional de Salubridad en la ciudad de Washington D.C. y en Agosto de ese mismo año, en la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, había expuesto, por primera vez, su valiosa hipótesis acerca de la transmisión de la fiebre amarilla por medio de un mosquito⁽²⁵⁾.

Para México, en el semanario “La Voz de Hipócrates”, en el periódico correspondiente al Tomo II, número 21, de junio 1º de 1884, página 164, se publica, junto con el artículo antes señalado del Dr. Praslow, otro artículo, basado en la nota presentada por el Dr. Finlay, en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, durante la sesión del 27 de agosto de 1882.

Este artículo se ubica en la sección de Patología Médica, bajo el título de: “patogenia de la fiebre amarilla” y es firmado por el propio Dr. Carlos Finlay, quien concluye sus “Consideraciones preliminares” diciendo “Ya el año próxi-

mo pasado al exponer nuestra hipótesis sobre la inoculación de la fiebre amarilla, por las lancetas de aquellos mosquitos que antes hubiesen picado a individuos atacados de esa enfermedad, manifestamos la creencia de que la lesión esencial de la fiebre amarilla, se halla localizada en el endotelio vascular” para pasar luego en dos capítulos a demostrar la conjetura de la lesión endotelial, mediante: 1. La comparación de los resultados de la anatomía patológica aplicada a la fiebre amarilla y 2. El cotejo de los síntomas de la enfermedad con las consecuencias supuestas o comprobadas de la lesión endotelial⁽²⁶⁾.

Cabe señalar que en 1884, en la capital de la República, junto con La Voz de Hipócrates, circulaban otros tres periódicos médicos: La Gaceta Médica, periódico de la Academia de Medicina de México, cuyo director era el Dr. Juan M Rodríguez; La Escuela de Medicina, a cargo del Dr. Adrián de Garay y el Observador Médico, dirigido por Juan J Ramírez de Arellano, donde posiblemente también se hayan hecho alusiones o publicaciones referentes a la hipótesis del Dr. Finlay, sin haber encontrado eco, lo cual nos sugiere, que las comunicaciones científicas, dentro de un contexto ideológicamente hegemónico no trascienden.

La referencia anterior es producto de la revisión de los números correspondientes a los años 1883 y 1884. El periódico “La Voz de Hipócrates” que se imprimía en la Tipografía Literaria de Filomeno Mata. Ubicada en las calles San Andrés y Betlemitas números 8 y 9, de la ciudad de México.

Este periódico, tipo semanario, que se titulaba, “Destinado especialmente a defender los intereses científicos, morales y profesionales del cuerpo Médico Farmacéutico Mexicano”, tenía como al Doctor Francisco Patiño, y como Directores, al propio Dr. Patiño y al Doctor Rafael Lavista.

Obviamente que la nota de Finlay publicada en la Voz de Hipócrates, tuvo audiencia, para germinar, pues en el directorio del periódico, se mencionan como colaboradores:

En la ciudad de México, a los Dres. Ignacio Alvarado, Agustín Andrade, Miguel Barbachano, Francisco Blasquez, Ladislao Belina, Antonio Carvajal, José Leal, Luis Ordaz, José Peón Contreras, Juan I Ramírez de Arellano y Antonio Tapia. Farmacéuticos, Rafael G Acosta y Salvador Tricio; Alumnos L. Duran y A de Garay. También colaboraban el Sr. Juan de Dios Peza y el Lic. José María Castillo Velasco.

Del interior del país, participaban de Ameca, Jal; el Dr. JM Fregoso de Guadalajara, Jal; el Dr. Alejo García Conde de Durango, Dgo; el Dr. Mariano Herrera de Huatusco, Ver; el Dr. Agustín García Figueroa, de Matamoros, Tamps; el Dr. Rafael Caraza de Monterrey, NL; el Dr. Manuel Rocha de Oaxaca, Oax; el Dr. Manuel Ramos. De Orizaba, Ver; el Dr. Juan Castellanos, de Querétaro, Qro; los doctores Ponciano Herrera y Luis G Jiménez, De Toluca, Edo. de Mex; el Dr. José Ramos, de San Luis Potosí, SLP; el Dr. Alejo Monsivais, y de Zacatecas, Zac; el Dr. Juan Breña.

Como colaborador del extranjero estaba el Dr. Manuel Berdier de Buenos Aires.

A pesar del directorio anterior, al parecer pesaban más, otras concepciones paradigmáticas^c, y hubo que esperar más evidencias, desde un “locus de control” externo, para derribar el viejo paradigma, donde se cimentaba la teoría médica sobre la fiebre amarilla.

De cualquier manera, al no poderse soslayar el problema de salud pública, que constituía la fiebre amarilla en nuestro país, un paso para lograr el control de la enfermedad, se dio un año después de la epidemia de fiebre amarilla en el Pacífico Noroccidental Mexicano, ya que en 1884, se convocó al Congreso Nacional de Higiene, donde se planteó la necesidad de organizar los servicios sanitarios de la República, sobre todo en materia de notificación, sin embargo, México como el resto del mundo, hubo que esperar diez años más, para aplicar el conocimiento de Finlay, y en nuestro caso, hasta el 1° de septiembre de 1903, para que el presidente del Consejo Superior de Salubridad, el Dr. Eduardo Liceaga, influido por las experiencias en la ciudad de La Habana durante los años de 1900-1901, comisionara al Dr. Manuel S Iglesias, para que iniciara los trabajos de saneamiento en el puerto de Veracruz, bajo las directivas de aislar enfermos y acabar con el mosquito, y así de 1,075 casos y 375 defunciones que hubo en ese año se pasó a ningún enfermo en 1910, controlándose los brotes de fiebre amarilla que afectaban dicho puerto^(5,12). Las campañas de Veracruz, y Mérida junto con las de la Habana y Panamá, comprobaron a escala mundial, la importancia de la hipótesis de Finlay, sobre transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito *Aedes aegypti*, sentando las bases para “eliminar la secular endemo-epidemia”⁽³²⁾.

^c El Dr. M Carmona y Valle, presentó el 2° de julio de 1881, a concurso de la Academia Mexicana de Medicina, una memoria de trabajo titulado “Estudio etiológico sobre la fiebre amarilla”, donde argüía que la enfermedad era producida por un microfito descrito con el nombre de peronóspora lútea. El cual despertó singular interés en los médicos mexicanos. Sin embargo, la Academia en dictamen del 15 de febrero de 1882, cuyo Presidente era el Dr. Rafael Lucio, dictamina no procedente la memoria debido a que el estudio no tiene los requisitos que exige el artículo 18 del reglamento para otorgar el premio de 100 pesos, a los trabajos que asienten “un adelanto positivo para la ciencia”, debido a que “no estando demostrado que el microfito en cuestión exista en el organismo durante la enfermedad; y no estando demostrado tampoco que inculcado al animal sano le produzca la fiebre amarilla”⁽²⁷⁾. Sin embargo el Dr. Carmona en su memoria señalaba la posibilidad de desarrollar una vacuna mediante macerados del hongo⁽²⁸⁾. El Dr. Carmona presenta el 28 noviembre de 1883 en la Academia Mexicana de Medicina, una segunda memoria sobre la fiebre amarilla⁽²⁹⁾, reiterando la etiología micótica del vómito negro⁽³⁰⁾, apoyándose en los reportes de otros investigadores extranjeros y nacionales entre los que destacan los doctores Ruperto Paliza y Ponce de León de Culiacán, Sinaloa, quienes también señalan haber observado el “pernicioso hongo”⁽³¹⁾.

Comentarios agregados

Para los inicios del siguiente siglo, la fiebre amarilla aparentemente dejó de flagelar la Costa Pacífico Noroccidental del país, así durante el decenio de 1900 a 1909, se reportaron sólo 4 casos y una defunción por fiebre amarilla, en la ciudad de Colima, Col.

Para el decenio de 1910-1919; en 1911 se reportaron dos casos de fiebre amarilla en el vapor Hong Kong Maru que partió en el mes de Octubre de Manzanillo, Col. a Hawai, advirtiéndose la enfermedad a los 9 días de viaje.

A diferencia del Sureste de México, donde los casos aparecían “espontáneamente” en localidades donde no había enfermos previos (debido a la existencia de reservorios selváticos). Se desarrolló un conocimiento truncado en 1912, sobre la transmisión de la fiebre amarilla que cuestionaba la teoría que basaba las intervenciones político-sanitarias de la Fundación Rockefeller sobre los centros clave de transmisión de la fiebre amarilla, al considerarse el origen selvático de la enfermedad, a raíz de la hipótesis formulada el 14 de septiembre de 1911, por Carlos Manuel García especialista veracruzano, enviado por el Consejo Superior de Salubridad a la ciudad de Mérida, debido al brote de ese mismo año quien afirmó que “la infección había sido importada de otras regiones de la Península, especialmente de Quintana Roo”, esta opinión fue secundada por los doctores: Luis Cáceres yucateco que afirmó “la existencia del mosquito... no explica la existencia de amplios intervalos entre los brotes llamados espontáneos”; por Harald Seidelin, danés comisionado a la Escuela de Medicina de Mérida quien reportó en un artículo sobre la epidemiología de la fiebre amarilla “debemos admitir... la posibilidad ... de un reservorio que sería probablemente la sangre de otro animal”; por Eduardo Liceaga que desde México, Distrito Federal, reforzó la idea del reservorio mencionando que la transmisión de los casos locales pudiera deberse a la existencia de “otra forma distinta de la chupar sangre humana” y por Diego Hernández Fajardo también yucateco quien respecto a los casos locales registrados, dijo que “no se debía a una reducción en el número de mosquitos”⁽³²⁾. La situación política truncó esta investigación mexicana, basada en problemas locales que a partir de la experiencia, desarrollan la inteligencia

^d El Dr. Martínez Báez en el prólogo del libro del Dr. Bustamante “La fiebre amarilla en México y su origen en América”, señala que “quienes se ocupan de investigaciones semejantes no siempre toman en cuenta la necesidad de conocer tan a fondo como sea posible la historia del problema cuya resolución buscan o bien porque reconozcan tal importancia, no tienen acceso a los elementos de esa historia o porque no supieron estudiarlos, interpretarlos y valorarlos debidamente”⁽⁴⁾. Al respecto Bustamante⁽³²⁾ dice “El Obispo Carrillo y Ancona envió una carta a Carlos Finlay en 1892, mencionando al Xekik del Chilam Balam como la causa de la primera epidemia de la fiebre amarilla urbana en 1648.

para poner en movimiento el conocimiento científico de la realidad de aquí y ahora y no de allá y entonces^d.

Tocó entonces hasta 1915, que el Dr. Balfour en la Isla de Trinidad⁽³³⁾ reportó al mono como reservorio selvático de la enfermedad, quien a su vez lo supo de los nativos de dicha isla. Pero no es hasta 1929 en que se demuestra esta hipótesis mediante la inoculación del virus amarílico en un macaco⁽¹¹⁾.

En el Noroccidente de México, este conocimiento no tuvo gran repercusión epidemiológica, debido a que los casos estaban ligados a una cadena de transmisión más simple, enfermo-vector-enfermo, lo cual explicaba en cierta medida, la auto-limitación temporo-espacial de los brotes epidémicos en la región del país, ya que los brotes se iniciaban cuando llegaba un enfermo a la región y la densidad del vector era alta., así en 1919, se registraron 4 casos y una defunción en extranjeros que arribaron a Mazatlán desde Manzanillo, Colima.

También es muy posible que la enfermedad estuviera subregistrada, ya que los reportes de esa época para la zona Pacífico Noroccidental, notifican brotes de “paludismo Hemorrágico”, en el estado de Colima, y de varios casos en “nativos y nacionales” en Mazatlán⁽⁴⁾.

Sin embargo, durante ese mismo año de 1919, la susceptibilidad de la zona se pone nuevamente de manifiesto, al notificarse, que en el campamento militar de Torin del Río Yaqui, durante los meses de octubre y noviembre, en una guarnición de 300 elementos mueren 90 hombres, diagnosticándose originalmente la causa de las defunciones, como “paludismo hemorrágico”, siendo rectificado dicho diagnóstico, por fiebre amarilla, gracias a la actuación del Dr. Andrés Vidales.

Las particulares condiciones de transmisibilidad de la región Pacífico Noroccidental, se ponen nuevamente de manifiesto en el siguiente decenio, en que la fiebre amarilla vuelve a elevarse, a raíz del brote, que se inicia en el sur del país, difundándose en la región, merced al movimiento de tropas desde el Istmo de Tehuantepec.

El mayor y mejor registro de casos, que tiene lugar inmediatamente después del paréntesis revolucionario armado en el segundo decenio del siglo XX, es debido además a la organización y visión y oportunidad que las autoridades centrales del Departamento de Salubridad Pública, tienen para realizar y supervisar sistemáticamente las acciones de la campaña contra la fiebre amarilla en el país, en combinación con las autoridades locales, donde laboraban oficiales de sanidad.

Cabe señalar que si bien los puertos seguían jugando un papel importante en el desarrollo de brotes de la enfermedad, en el siglo XX. También se agregaba el movimiento poblacional que se efectuaba a través del ferrocarril del Sud-Pacífico, en la difusión de la enfermedad, hacia tierra adentro y en sus principales estaciones. Así por ejemplo en la última epidemia de fiebre amarilla, en la costa Pacífico Noroccidental, durante 1920, se reportan en Culiacán, Sinaloa, 29 casos y 24 defunciones; en Mazatlán 20 casos y 11 defunciones; en Empalme, Sonora un caso; en Guaymas, Son; dos casos, en Cananea, Son; un caso y en Hermosillo, Son; cuatro casos y dos defunciones.

Para 1921, la difusión a lo largo de la vía del ferrocarril es más fehaciente, ya que Culiacán, Sin, reporta 26 casos y 13 defunciones; Mazatlán, Sin; dos casos y una defunción; Mocorito, Sin; 12 casos y nueve defunciones, Palmar de los Leales, Sin; 12 casos y 7 defunciones, Guamuchil, Sin; un caso; en Colima, Col; tres casos y una defunción; Manzanillo, Col; reportó cuatro casos y tres defunciones; Puerto Vallarta, Jal; 11 casos^e y cinco defunciones; Tonila, Jal; un caso y una defunción; e inclusive Guadalajara, Jal; con un caso y una defunción.

Epílogo

1922, fue el último año en que se reportó fiebre amarilla en la región Pacífico Noroccidental del país, correspondiendo los últimos reportes a Mocorito, Sin; con un caso y una defunción y a Puerto Vallarta, Jal; con dos casos el 22 de enero de 1922, con una defunción y un caso, el 31 de enero de ese mismo año.

En la región del Golfo de México, el vómito negro, tardó un año más para desaparecer, ya que el último caso de fiebre amarilla urbana en el país fue documentado, la persona del Sr. José Ríos, ex-fumigador del Departamento de Salubridad, velador del pozo No. 6 de la compañía Preeport, en Reventadero, rancharía Cacalilao, Ver; que llegó enfermo a Pánuco el 17 de enero y fue dado de alta por curación el 7 de febrero de 1923⁽³⁵⁾.

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento al Profesor Don José Ramírez Flores⁺, quien facilitó los documentos fuente, y orientaciones iniciales que hicieron posible este artículo

Referencias

1. Benenson A. editor. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16th ed. Publicación científica No. 564. Washington. D.C., USA: Organización Panamericana de la Salud; 1997.p.188-191.
2. Last JM, Wallace RB. Maxcy-Rossenau-Last. Preventive medicine and public health. 13th ed. Norwalk. CT, USA: Appleton & Lange; 1992.p.226-227.
3. Tierney LM, McPhee S, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. 2000. 35th ed. México Manual Moderno; 1999.p.1288-1289.

^e Uno de estos casos fue el Dr. Calixto López, oficial de sanidad de Mazatlán, quien había visitado a un enfermo en Manzanillo, Colima el 13 de septiembre, en compañía de los doctores Teodoro Lyster de la Fundación Rockefeller, Ángel Brioso Vasconcelos Subdirector de la “Campaña contra la fiebre amarilla” y Juan Graham Casasús auxiliar de la misma. El Dr. López cayó enfermo al desembarcar en Puerto Vallarta; donde se le diagnosticó una forma leve de fiebre amarilla, se alojó en la Delegación Sanitaria de donde salieron dos casos, desgraciadamente mortales quince días después⁽³⁴⁾.

4. Bustamante M. La fiebre amarilla en México y su origen en América. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto de Enfermedades Tropicales; Monograph No. 2. 1958.p.5,33,104-106-119,134,159-194.
5. Novo S. Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia/La Prensa Médica Mexicana; 1964.p.16-21.
6. Hogan M. Los soldados Irlandeses en México. México: Universidad de Guadalajara y Asociación del H. Colegio Militar de Guadalajara; 1999.p.72,157.
7. Chevalier M. Le Mexique ancien et moderne. París, France: 1863.p:474-476,508-509,511,515. In: Novo S. Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia/La Prensa Médica Mexicana; 1964.p.107-109.
8. Bustamante ME. La situación epidemiológica de México en el siglo XIX. In: Florescano E, Malvido E, Compiles. Ensayos sobre la historia de las epidemias en México. Vol. II. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1982.p.425-476.
9. Ruiz SG. Fiebre amarilla en México, a lo largo del Bravo, y en el litoral del Pacífico. Gaceta Med Mex.1884;4:73-85.
10. Solórzano RA ¿Fiebre dorada o fiebre amarilla? La fundación Rockefeller en México (1911-1924) México: Universidad de Guadalajara. 1997.p.13-56.
11. Burnet MF. Historia de las enfermedades infecciosas Madrid, Spain: Alianza Editorial; 1967.p.352-359.
12. Bustamante ME. Cinco personajes de la Salud Pública en México. México: Editorial Porrúa. 1986.p.147.
13. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Control de enfermedades transmisibles, Publicación Científica No. 1 México: SSA; 1972.p.79- 84.
14. La Voz de Hipócrates. Vol. I. México: agosto 15 de 1883, No.31.p.248.
15. La Voz de Hipócrates. Vol. I. México: noviembre 1 de 1883, No.41.p.328.
16. La Voz de Hipócrates. Vol. I. México: agosto 15 de 1883, No.36.p.288.
17. Martínez CF. La medicina científica y el siglo XIX mexicano. La ciencia desde México. 45. México: SEP/CFE/CONCyT;1987.p.129-132.
18. La Voz de Hipócrates. Crónica. Vol. I. México: agosto 15 de 1883, No.41.p.327.
19. García de Alba GJE. Arias ME y Ramírez PS. Apuntes historiográficos para la Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara. Cuadernos de difusión científica 25. México Universidad de Guadalajara; 1993.p.42,80-95.
20. Lain EP. Historia de la medicina. Barcelona. Spain Salvat: 1978. p.322-323.
21. Carrillo JL, Rivera P, Gago R. La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Med Historia 1977;67.
22. Praslow I. La fiebre amarilla o vómito negro. La Voz de Hipócrates. México:No.21, de junio 1 de 1884.p.163-164.
23. Gaceta Médica de México. 1 de octubre de 1879. Número 19. Vol. XIV.p.365-368.
24. Gaceta Médica de México. 15 de octubre de 1879. Número 20. Vol. XIV.p.380-384.
25. Finlay CJ. El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla. In: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M, editors. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación Científica No. 505. Washington, D.C., USA: Organización Panamericana de la Salud; 1988.p.63-68.
26. Finlay C. Patogenia de la fiebre amarilla. La Voz de Hipócrates. México: Número 21, de junio 1 de 1884.p.163-165.
27. Academia de Medicina de México. Dictamen sobre dos memorias. Gaceta Médica de México. 1882.No.7.p.97-112.
28. Gaceta Médica de México. 15 de noviembre de 1881. Número 22. Vol. XVI.
29. Gaceta Médica de México. 1 de enero de 1884. Número 1. Vol. XIX.
30. Gaceta Médica de México. 15 de enero de 1884. Número 2. Vol. XIX.
31. Gaceta Médica de México. 1 de febrero de 1884. Número 3. Vol. XIX.
32. Bustamante ME. Un descubrimiento científico truncado en 1912, el de la fiebre amarilla de la selva en Yucatán. Gac Med Mex. 1986;122. p.263-272.
33. Balfour A. The wild monkey as a reservoir for the virus of yellow fever. Lancet 1914.25.p.1176-1178.
34. Graham CJ. Apuntes para la historia y distribución de la geográfica de la fiebre amarilla. Rev Med Veracruzana 1933;13:1030-1035.
35. Cuarón A. Caso de fiebre amarilla de José Ríos. Oficios: Número 31 del 20 de enero de 1923, Número 41 del 22 de enero de 1923, y Número 92 del 8 de febrero de 1923. Delegación especial de la campaña contra la fiebre amarilla y el paludismo en la zona de Tampico. Tampico, Tamps. México: febrero 8 de 1923.