

# Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú

POR EL DR. JULIAN ARCE

Profesor de Medicina Tropical

## PRIMERA PARTE

### Capítulo I

*Consideraciones preliminares.—Endemicidad amarílica en Panamá y Guayaquil.—Indemnidad actual de Panamá.*

Se ha discutido muchas veces en nuestras instituciones científicas, sobre si la fiebre amarilla es o no endémica de la costa del Perú, sosteniéndose en diversas épocas y por distintos observadores, ya la generación espontánea, o sea, el origen miasmático de aquella pirexia en nuestro litoral; ya su endemicidad, consecutiva a la primera invasión de ese flagelo ocurrida en 1852; ya la simple supervivencia post-epidémica del gérmen amarílico, bajo la forma de casos esporádicos estacionales, sin poder de difusión y sin constituir verdadera endemia; ya, en fin, negando de modo absoluto la endemicidad del tífus amarillo en la costa peruana.

Esta diversidad de criterio de las opiniones técnicas en asunto de tanta trascendencia para la profilaxis, así como para el comercio y el país en general, diferencia debida, principalmente, a la falta de conocimientos precisos acerca de la etiología y modo de transmisión del vómito negro, ha dado origen a la creencia, muy generalizada en el público, de que esa enfermedad existe desde largo tiempo en la costa del Perú y de que, por consiguiente, las medidas preventivas dictadas por las autoridades sanitarias contra las pro-

cedencias sospechosas pecan, cuando menos, de exageradas. De aquí las resistencias y aún las críticas apasionadas que han encontrado en la prensa política, los reglamentos de sanidad marítima prescritos por la Dirección de Salubridad Pública desde su fundación en 1904, inspirados en las nuevas adquisiciones de la epidemiología tropical y en el convencimiento más perfecto de que la fiebre amarilla es un flagelo exótico, cuya importación a nuestro litoral en dos épocas distintas, dió origen a las epidemias de los años 1852-56 y 1867-69, sin que antes ni después de esas fechas haya existido endémicamente bajo ninguna forma.

Esta opinión que profesamos desde 1889, cuando fuimos enviados a estudiar la epidemia de Chongoyape (provincia de Chiclayo) calificada por algunos de amarillica, adquirió más fuerza en nuestro espíritu después de asistir en 1897 a otra epidemia del mismo carácter en el distrito de Saña, también de la provincia de Chiclayo, identificando desde entonces la fiebre biliosa hemoglobinúrica, endémica de las quebradas de las faldas occidentales de los Andes, cuyas exacerbaciones epidémicas, antes muy frecuentes y mortíferas, invadían las regiones vecinas hasta el mar, dando origen en ellas a casos aislados o a verdaderas epidemias, que han sido consideradas siempre con sospecha y aún atribuidas al tífus icterodes. La epidemiología de esas dos pirexias tropicales, tan semejantes clínica y anatómicamente, hasta el punto de que, sin el auxilio de aquella, el diagnóstico es muchas veces imposible, nos ha permitido después, hacer el diagnóstico retrospectivo de los llamados casos esporádicos de fiebre amarilla y de las epidemias calificadas de igual carácter, sin serlo, que han servido de base a la leyenda de la endemidad del tífus xantogénico en la costa del Perú.

Pero, si bien nuestras doctrinas acerca de la confusión que se ha hecho entre las pirexias amarilla y biliosa hemoglobinúrica y de las consecuencias sanitarias producidas por ella, han sido expuestas en diversas ocasiones en los últimos veinte años, es solo desde 1916, que regentamos la Cátedra de Enfermedades Tropicales, que hemos abordado el estudio integral de la cuestión, discutiendo caso por caso y epidemia por epidemia, para dejar definitivamente establecida la verdad y resuelto tan importante punto de nuestra historia epidemiológica.

No teníamos, sin embargo, el propósito de dar todavía a la publicidad, los apuntes que con ese fin habíamos reunido para justificar aquellas doctrinas, pero nos vemos precisados a adelantar esa labor en vista de la siguiente opinión emitida por el Dr. A. F. KENDALL, el 12 de febrero último, ante las sociedades médica y datológica de Chicago reunidas, sobre la endemidad de la fiebre

amarilla y que dice así: «La fiebre amarilla es endémica al presente, en la costa occidental de Africa y Guatemala, en ciertas partes de México y en la costa occidental de Sud-América, desde el sur de Panamá hasta el límite setentrional de Chile, por toda la región llana de la costa, a una distancia de 20 a 40 millas de las altiplanicies andinas» (1). Ahora bien, como esa afirmación de KENDALL—abonada por sus antecedentes de antiguo jefe del laboratorio del gobierno americano en la zona del canal de Panamá, de colaborador del general GORGAS en los trabajos de extinción de la fiebre amarilla en la misma zona, y por último, de miembro de la comisión enviada por la «Junta Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller», a estudiar esa enfermedad en la costa occidental del Ecuador, especialmente en Guayaquil—puede dar lugar a que se crea que existe real y endémicamente la fiebre amarilla en el litoral del Perú, lo que, aparte de ser inexacto, daña nuestra situación sanitaria, hemos creído que ha llegado el momento de demostrar con toda la extensión que el caso requiere, que la fiebre amarilla no es ni ha sido nunca endémica de la costa del Perú, donde sólo ha existido epidémicamente, por tiempo limitado, en los decenios V y VI del siglo anterior, habiendo sido siempre importada.

Para el efecto, vamos a hacer una incursión histórica que nos permita estudiar los hechos y las observaciones recogidas por nuestros antecesores, así como las diversas opiniones sobre ellos vertidas, para dilucidar, con documentos fehacientes e incontrovertibles, la endemo-epidemicidad del tífus amarillo en la costa occidental de Sud-América y especialmente en la del Perú.

Hacia los años 1729-30, «apareció, dice Pino y Roca (2), en las costas de Cartagena de Indias, una enfermedad, de la que se viera libre hasta entonces la América Española del Sur: El terrible Vómito Prieto. . . . Cuando pasó a Panamá? No lo sabemos; pero es indudable que a Guayaquil nos fué introducida de este puerto, de la siguiente manera: Hallábase en 1740 España en abierta lucha con Inglaterra. La *Armada de Galeones del Sur*, portadora de cuantiosos caudales hallábase al ancla en Panamá. Considerándose poco segura en un puerto abierto, resolvió retornar a Guayaquil. . . . Al entrar en nuestra ría, era portadora del germen de la Fiebre Amarilla. A poco se presentan entre sus tripulantes los primeros casos, y no se hacen esperar los epidemios de tierra; cunde la alarma, y, sin conocer la clase de epidemia, sin medios

---

(1) *The Journal of the American Medical Association*.—February 22, 1919.

(2) GABRIEL PINO Y ROCA.—Breves apuntes para la Historia de la Medicina y sus progresos en Guayaquil. 1915—pags. 31-34.

adecuados para combatirla, sin lugares propios para asistir a los contaminados, perecen al rededor de cuatro mil personas». LA CON-DAMINE y ULLOA (ANTONIO DE) según MASCOTE (1), creen, asimismo, en la importación de esa epidemia de fiebre amarilla procedente de Panamá. Algunos afirman, que antes de 1740, en 1709, dicho flagelo invadió Guayaquil, ocasionando pocas víctimas, pero ese aserto no parece estar completamente demostrado

El tífus amarílico no se arraigó, sin embargo, por entonces, en Guayaquil y tampoco tenemos informes de que ya se hubiese hecho endémico por aquella época en Panamá. Un siglo más tarde, en 1842, ocurrió una nueva explosión epidémica de vómito negro en el primero de esos puertos, importado, como la vez anterior, del segundo y desde aquel año se han sucedido varias epidemias, separadas por intervalos cada vez mas cortos, hasta constituir la endemicidad de ese flagelo en Guayaquil.

En efecto, el Dr. CESAR BORJA, distinguido médico de esa ciudad, estudiando la «Geografía médica de la fiebre amarilla en el Ecuador» (2), llega a las siguientes conclusiones: « 1a. Que, desde la segunda epidemia—1842—los periodos de ausencia, entre una epidemia y otra, han sido cada vez más cortos. Esto se explica, naturalmente, porque del año de 1846 a nuestros días, el tráfico y las comunicaciones han sido cada vez más frecuentes y rápidas»

«2a. Que, desde el año de 1880 hasta el presente (abril de 1895), es decir, durante quince años, poco más o menos, la dicha *fiebre* ha reinado en esta ciudad como enfermedad endemo-epidémica en dos periodos: uno de 10 años consecutivos—setiembre de 1880 a agosto de 1889; y otro, de 4 años, de julio de 1891 al mes presente del actual año de 1895»

«3a Que, esta a modo de endemia de la *fiebre amarilla*, tiene dos asientos únicos en el Ecuador: la ciudad de Guayaquil y Babahoyo, que es lugar obligado de tráfico de serranos no aclimatados»

« 4a Que en el resto del litoral ecuatoriano, la *fiebre amarilla* es exótica y aparece en forma epidémica cuando es importada de Guayaquil. . . . .»

Desde 1895, en que BORJA expresó los anteriores conceptos, se ha mantenido invariablemente hasta el presente, la endemicidad del tífus amarillo en Guayaquil. No así en Panamá, donde la campaña profiláctica iniciada por GORGAS en 1904, ha extinguido por completo ese flagelo desde hace mas de diez años.

---

(1) JOSE MASCOTE.—Memoria sobre la Fiebre Amarilla que apareció en Guayaquil en el año de 1842—Guayaquil 1844—Cita de Pino y Roca.

(2) «La Crónica Médica». Lima—1896—pag. 90.

## Capítulo II

*Epidemias ocurridas en la costa del Perú y atribuidas a la fiebre amarilla.—Epidemia del Callao de 1781.  
—Epidemia de Chancay y Huaura de 1796-97.*

Muy discutida ha sido entre nosotros, la fecha de la primera aparición de la fiebre amarilla en la costa del Perú, opinando algunos que ella tuvo lugar el año 1781 en el Callao, donde produjo una epidemia de corta duración que fué comprobada y descrita por el Dr. J. B. LEBLAND, médico naturalista a quien el gobierno francés había enviado en 1779 a estudiar los países intertropicales, y que residió con ese motivo en esta capital hasta dicho año 1781. El Dr. J. C. ULLOA, que desde 1856 defendía decididamente el origen espontáneo del tífus icterodes, publicó en 1868 (1), como prueba incontestable de la existencia de esa enfermedad en el Perú antes de la epidemia amarilla de 1853, la relación escrita por LEBLAND (2), cuyos párrafos más importantes voy a transcribir y que hasta entonces era casi desconocida.

En abril de 1781, fué enviado LEBLAND al Callao a reconocer una epidemia que se había desarrollado en ese puerto y de la que acababan de morir el médico y el primer cirujano del hospital militar, encontrando en el camino al segundo cirujano que lo traían a Lima moribundo. «Llegué, dice, y veo 120 enfermos en dos salas cerradas por todas partes, y atacados de la epidemia reinante en Lima (El Bicho). En una tercera sala estaban encerrados los enfermos que se decían apestados, en número de 13. El boticario, viejo aclimatado y muy experimentado, me dijo que los enfermos de la 3a. sala eran marineros llegados de Chile hacía tres meses y 9 habían sucumbido en ocho días, los más con convulsiones, otros con hemorragias que se manifestaban por la boca, la lengua y los ojos; que todos habían sido atacados de vómitos de un humor negruzco y que, en fin, era el *vómito negro*; enfermedad que él conocía bien por haberla visto en Cartagena y en Puerto Bello. Añadió, que los primeros que habían sido traídos al hospital, en número de 5, pertenecían a un buque cargado de trigo

---

(1) «El Comercio», Lima, 7 de mayo de 1868. Segunda edición.

(2) J. B. LEBLAND.—Observations sur la Fièvre Jaune et sur les Maladies des Tropiques, faites dans un voyage aux Antilles, à l'intérieur de l'Amérique Méridionale, au Pérou, etc., précédées d'un Rapport à l'Institut Classe des sciences Physiques et Mathématiques.—Paris, 1805.

procedente de Chile; que este grano se había mojado por una vía de agua durante la travesía; que él había ido a hacer una visita a bordo, y que él y los que bajaron al entre-puente habían experimentado gran calor, vértigos, dolor de cabeza, causados sin duda por el trigo en fermentación».

«Mientras se abrían las ventanas, se purificaba el aire de la sala con fumigaciones de vinagre etc., hice trasportar a otra sala todos los febricitantes atacados de vómitos y vértigos, que el boticario me señaló en número de 22. Eran marineros, todos extranjeros venidos de Chile, es decir, de un clima frío como el de Europa, por consiguiente no aclimatados.»

«La quina en sustancia o en decocción, mezclada con ácido sulfúrico, o algunos decigramos de jalapa o de láudano, se administró a todos aquellos en que se habían manifestado los vértigos, la debilidad del pulso, las hemorragias, las petequias, y los otros síntomas que acompañan la confirmación de la fiebre amarilla. Los sinapismos y otros coadyuvantes, se emplearon también, según las circunstancias. Dos de estos enfermos atacados de delirio furioso y amarillos como un membrillo, tenían los pies y las manos atados. Les hice aplicar nieve en la cabeza. Tales fueron mis disposiciones en la primera noche».

«La mañana siguiente administré el *emético* a los febricitantes de las dos primeras salas, atacados de la epidemia reinante, y a los de la tercera sala en quienes la fiebre amarilla no estaba confirmada. Este remedio fué empleado con las precauciones indicadas en el tratamiento de la fiebre amarilla. Los que pudieron soportar la quina se encontraban mejores. Tres habían sucumbido sin tomar remedio alguno. De los dos atacados de delirio, uno había muerto, el otro había recobrado el conocimiento y no sentía más que debilidad: fué cubierto de un sudor general, que terminó el delirio y decidió la curación».

«Sería repetir inútilmente el citar los medios que fueron puestos en uso en el tratamiento de esta fiebre amarilla que, por falta de las precauciones convenientes, se había hecho contagiosa en el hospital entre los extranjeros solamente. El médico y los dos cirujanos, los tres europeos, que se encontraron más al alcance del contagio perecieron, probablemente, por el mal tratamiento que se siguió con ellos. . . . Bastaría observar que sobre los 35 enfermos que he creído atacados o amenazados de fiebre amarilla, 26 fueron curados; de suerte que sobre los 9 muertos, de los cuales 5 sucumbieron la noche de mi llegada, no hubieron sino 4 que murieron sin que la quina hubiese podido obrar en ellos; así es que a mi partida del hospital donde permanecí 25 días, no había

más que 60 enfermos sobre la totalidad ,cuyo tercio había sido renovado por los recién llegados, y la fiebre amarilla había desaparecido. »

«He aquí, pues, un hecho notable, en que la fiebre amarilla, sin haber sido traída de fuera por los buques de comercio de Chile, se declaró en sus tripulaciones gozando todos del mejor estado de salud, y no en los individuos del país, para los cuales no pareció contagiosa, y esto porque los habitantes de Chile están respecto de Lima, en cuanto al clima, en la misma relación que los de Francia con las Antillas. . . . Su disposición próxima a contraer la fiebre, no podía ser otra que el trabajo a bordo para descargar los buques del trigo destinado al consumo de Lima; descarga que duró meses y durante la cual las tripulaciones fueron expuestas a todo el ardor del sol durante Enero, Febrero y Marzo, y después a las injurias de una neblina espesa que equivale a la humedad de la lluvia. Ahora bien, estos tripulantes llegados en Enero o Febrero, habían sufrido durante un mes o dos, toda la intensidad del calor de un clima donde no llueve jamás, que les era del todo extraño y donde, como se ha debido notar, el cielo está absolutamente sin nubes durante esta estación; estos marineros retirados la noche en los entre-puentes, sumergidos en las emanaciones fermentecibles del trigo mojado y en sus propios marinos exaltados por el calor y expuestos en régimen a las neblinas frías y húmedas de Abril, y que no pueden dejar de suprimir más o menos la traspiración, nada tiene de extraño que el conjunto de estos agentes deletéreos, haya desarrollado entre ellos la fiebre amarilla, del mismo modo que las fiebres de otoño entre nosotros se hacen más o menos perniciosas, en razón del estío más o menos cálido y húmedo que ha precedido y del otoño más o menos húmedo y frío que sucede, cuando reinan las calmas y se está expuesto a las emanaciones insalubres.»

El Dr. J. C. ULLOA, después de hacer la traducción anterior, agrega: «Como se vé, los términos de esta narración no dejan la menor duda de que en el verano de 1781, se desarrolló en el puerto del Callao una pequeña epidemia de fiebre amarilla, que tuvo su origen a bordo de dos buques procedentes de Chile, cuyas tripulaciones fueron las casi exclusivamente atacadas, habiendo, sin embargo, comunicado el mal a varios enfermos del hospital y al médico y los cirujanos del mismo establecimiento. Desgraciadamente, no tenemos noticia de que la tradición médica conserve algún recuerdo de este hecho, que no por eso pierde sus caracteres de autenticidad, ni toda la importancia que tiene, tanto para la historia de la fiebre amarilla en general, como de la especial del Perú.»

«Por el momento, queda demostrado de que ella ha existido

en una época bastante anterior al año de 1852, que se ha considerado siempre como el de su primera aparición entre nosotros»

Si en la época de LEBLAND podía sostenerse el origen espontáneo del tífus icterodes, en un puerto como el Callao—donde no había existido jamás esa enfermedad—a bordo de dos buques procedentes de lugares absolutamente indemnes, después de estar anclados por espacio de dos o tres meses, efectuando sus operaciones de descarga, hoy, que conocemos la epidemiología y el modo de trasmisión de ese flagelo, la aseveración de LEBLAND es completamente insostenible. Que las manifestaciones clínicas observadas por él en los epidemiados, hayan sido idénticas a las que presenta la fiebre amarilla, no es bastante para aceptar su diagnóstico, tanto porque hay otras pirexias predominantes en los países tropicales, como la malaria y la fiebre biliosa hemoglobinúrica, que pueden simularla y la simulan, efectivamente, hasta el punto de que su diferenciación exige en muchos casos el concurso de la epidemiología, cuanto porque la propia terapéutica empleada por LEBLAND en los pretensos amarillos de 1781, atestigua que la *quina* curó a 26 enfermos y no tuvo efecto en sólo 4 de ellos, es decir, que los resultados terapéuticos hablan en favor de la naturaleza posiblemente malárica de la epidemia.

Y digo posible, y no seguramente, porque, a falta de más detalles, la sintomatología descrita y la preferencia de la enfermedad por los extranjeros, sujieren también—en mi concepto con más fundamento—la hipótesis de la fiebre biliosa hemoglobinúrica, cuya existencia, desde muy antiguo, en gran parte de la costa del Perú, inclusive el Callao, es para mí hecho que no admite duda. En 1856, el Dr. J. J. CORPANCHO, terciando en el debate sobre el origen de la epidemia amarilla de esa época, expuso, refiriéndose a las condiciones sanitarias de aquel puerto, lo siguiente: «Sabido es desde tiempo inmemorial, que la población del Callao ha sido malsana y que sus habitantes padecían con frecuencia fiebres intermitentes, perniciosas, fiebres biliosas y otras enfermedades de carácter pútrido y adinámico, que hacían temible la permanencia en la referida población. Estas enfermedades se atribuían a las emanaciones de los pantanos situados en las sabanas de Barlovento, que son formadas por las infiltraciones subterráneas del agua del mar, como por los desagües de las haciendas inmediatas, que buscando su nivel se reúnen en focos que constituyen las lagunas que rodean la referida población. Estos pantanos permanecieron vírgenes hasta el año de 36 o 37 . . . » Más adelante afirma CORPANCHO, «que los trabajos del ferrocarril (del Callao a Lima), principiaron, en Junio o Julio de 1851 por los pantanos de la sabana de Barlo-



vento, y que desde entonces se presentaron las fiebres malignas que bien pronto degeneraron en la fiebre amarilla». (1)

No es aventurado, pues, en vista de estas y otras razones, que expondremos oportunamente, aceptar la posibilidad de que la epidemia del Callao de 1781, descrita por LEBLAND, fué producida por la fiebre biliosa hemoglobinúrica. De todos modos, se puede afirmar que no la produjo el tífus icterodes.

El concepto doctrinario de ÚLLOA, completamente adverso al origen exótico de la fiebre amarilla en el Perú, que lo llevó a sostener en 1868 la tesis de LEBLAND, se reveló doce años antes, en 1856, cuando se discutía en la antigua Sociedad de Medicina, el origen y modo de propagación de la primera epidemia de tífus icterodes que apareció en esta capital el año 1852. Infeccionista convencido, ULLOA combatió a los partidarios de la importación y del contagio de esa fiebre, aduciendo variados razonamientos y hechos históricos que juzgó incontrovertibles. «Está demostrado, dice (2), que no haya existido (la fiebre amarilla) antes de 1822? No lo pienso así—En sostén de ello, ruego a la sociedad fije su atención en los hechos siguientes, relativos a las epidemias sufridas en Huaura y Chancay en 1797, descritas por VILLALOBOS; en Lima en 1818, descrita por PAREDES y en la del año 21, cuando la entrada del Ejército Libertador, descrita por VALDEZ—Si las descripciones por su imperfección no permiten formar un recto juicio sobre la verdadera naturaleza de estas epidemias, muchas circunstancias establecen la posibilidad de que esta naturaleza no sea extraña a la del tífus amarillo». Lee en seguida dichas descripciones y continúa: «Aunque en estas descripciones, repito, no podamos reconocer la fisonomía, la *vera efigies*, de la fiebre amarilla, no podemos dejar de reconocer muchos de sus rasgos característicos. La posibilidad, pues, de que ese mal haya existido antes del año 54 está fuera de duda».

Como se vé, ULLOA, a pesar del calor con que pretende demostrar la aparición espontánea del tífus icterodes en la costa del Perú, por los años 1797, 1818 y 1821, confiesa que las epidemias de esas épocas, descritas por los autores citados, no tenían la *vera efigies* de aquella enfermedad, pero si muchos de sus rasgos característicos. Ahora bien, para que no quede ninguna duda a este respecto, voy a transcribir textualmente las partes pertinentes de las descripciones a que alude ULLOA.

---

(1) «Gaceta Médica de Lima»—1856. N.º. 7—pag. 5.

(2) «Gaceta Médica de Lima»—1856—N.º. 6—pag. 8

«A principio del año de noventa y seis, dice VILLALOBOS (1), apareció en la Hacienda de Andahuasi, . . . una enfermedad epidémica, de naturaleza pestilente, que en breve tiempo hizo morir setenta y cuatro individuos, entre esclavos de la Hacienda y algunos dependientes libres que en ella trabajan. Esta fatál enfermedad nació en Calpa, pequeño Pueblo de la Doctrina de Cochamarca, en el Partido de Caxatambo». Es decir, que esa epidemia tuvo su origen en una quebrada de la hoy provincia de Cajatambo, limítrofe con la de Chancay que la separa del mar. «Ese mal pestilente, prosigue VILLALOBOS, que nació en Calpa, corriendo la distancia de diez leguas, sin ofender algunos Pueblos intermedios, se fixó, como dixe, en Andahuasi, Lugar perteneciente a la Doctrina de Sayan, del partido de Chancay . . . » La epidemia se propagó, pues, hácia la costa siguiendo la quebrada de Sayan y al año siguiente, en los primeros meses de 1797, reapareció «con las mismas señales, aparatos y síntomas que en Andahuasi . . . en los Lugares de Huaura, Begueta, Mazo, Luriana y Huacho, donde en poco tiempo produjo los estragos del Rayo, en la vida de cerca de trescientos individuos a quienes acomete y destruye».

El lugar de origen, en las faldas occidentales de los Andes, y la marcha, del interior hácia el mar, de estas epidemias que observó y combatió VILLALOBOS, demuestran, evidentemente, que su germen no fué el de la fiebre amarilla, enfermedad desconocida por completo en esas localidades y cuya propagación, como es sabido, sigue una dirección diametralmente opuesta: del mar hácia el interior. Corresponden más bien, en su origen y marcha, así como en su sintomatología, que expondremos luego, a aquellas pirexias malignas que granan desde tiempo inmemorial en las quebradas profundas de las vertientes andinas, que descienden a los valles de la costa, y entre las cuales figuran en primera línea la malaria grave y la fiebre biliosa hemoglobínica, cuyas manifestaciones clínicas presentan, no pocas veces, notables semejanzas con las que caracterizan al tífus icterodes. La endemo-epidemicidad de la malaria en toda la extensión de la costa y especialmente en sus quebradas, donde adquiere con frecuencia proporciones devastadoras, es un hecho de antigua data, perfectamente comprobado y en el que están de acuerdo todos los historiadores. Así, el sabio Comendador D. ANTONIO DE ULLOA, que vino a medir un grado del meridiano, dice al respecto lo siguiente: «En las quebradas profun-

---

(1) BALTAZAR DE VILLALOBOS.—Método de curar tabardillos, y descripción de la fiebre epidémica que por los años de 1796 y 97 afligió varias poblaciones del Partido de Chancay; escrito de orden de este superior Gobierno y Real Acuerdo de Justicia.—Lima, Año de MDCCC.

das de aquella misma parte (refiriéndose a la sierra), donde se produce la caña de azúcar, sucede, por el contrario, las fiebres intermitentes son comunes; siendo tal el estrago que causan, que llegan a despoblarse las haciendas por la mortandad que ocasionan en los Indios, y demás gente que las habita. Esta enfermedad es maligna, a distinción de las fiebres de la parte baxa, que aunque sean molestas por la duración, no suelen ser de peligro . . . » (1)

Nuestras observaciones, en el curso de los últimos treinta años, sobre la epidemiología de la costa del Perú, nos han producido la convicción de que al lado de la malaria maligna, predominante en las quebradas de esa región, existe la fiebre biliosa hemoglobinúrica, cuyos estallidos epidémicos, más o menos periódicos, se han extendido muchas veces hácia el mar, invadiendo las haciendas y las poblaciones del litoral, con un carácter tan violento y con síntomas tan semejantes a los de la fiebre amarilla, que se la ha confundido con ésta, dando así lugar a frecuentes errores de diagnóstico y a la creencia, muy generalizada en el público y aún patrocinada por algunos profesionales, de que el flagelo amarillo es endémico en nuestra costa, error gravísimo de que participa también hoy el Dr. KENDALL.

Ahora bien, volvamos a la descripción que hace VILLALOBOS de los epidemiados de 1796-97. «Les advierto, dice, el pulso magno, duro y frecuente. La superficie de la lengua cubierta de una lama amarilla y algunas veces blanca. La respiración difícil y anhelosa. Los ojos fixos, y con ayre espantoso. Las manos trémulas, y la superficie del cútis árida, y desagradable al tacto, por la molesta impresión de ardor que en él quedaba, tocada la frente, pecho, y parte anterior del vientre, donde era mayor el calor que en lo demás del cuerpo. Estos eran los satélites externos, originados de la causa del mal que nacían con él, y se franqueaban al exámen de la vista y del tacto».

«Los demás se sabían por informe de los mismos entermos, que preguntados de sus interiores molestias, decían sentir dolor más o menos vehemente en la cabeza: congoja de ánimo, con sensible opresión sobre el corazón, y sobre todo el pecho: angustia y desconsuelo en la región del estómago, y dolores lancinantes, aunque remisos, en las articulaciones: la sed era inextinguible, el desvelo casi permanente, las orinas rojas, y las heces ventrales siempre biliosas».

«Por la anterior observación de los signos diagnósticos del mal,

---

(1) ANTONIO DE ULLOA.—«Noticias Americanas».—Entretenimiento XI, pag. 161—Madrid 1722.

pude reducirlo en su principio a la clase de aquellas fiebres continuas agudas, que conocieron los antiguos con el nombre de Biliosopútridas, o Causos, y el vulgo los titula con el sobre-nombre de Tabardillos, o Chabalongos. Estas Fiebres al paso de su aumento manifestaban su carácter, ya inflamatorio, ya Pútrido-maligno, y se encaminaban a producir perniciosos síntomas. . . . La degeneración inflamatoria era tanto más peligrosa, cuanto que los síntomas que producía ocupaban alguna entraña más noble y precisa a la vida, en cuyo sólido se reclinaba el mal, o fixaba su pernicioso influxo. Así eran funestísimos los que atacaban la Pleura, Pulmón, Fauces o Cerebro. . . .». La duración de la enfermedad en ocho epidemiados que atendió VILLALOBOS desde el principio del mal, fué la siguiente: «Estuvieron fuera de peligro a los catorce días, y en pié a los veinte y uno. . . .». Pero, «en otros enfermos que posteriormente ocurrieron, apareció en el decurso de la dolencia una extraña novedad, que de improviso asaltó la vida de quatro de ellos, que turbados intempestivamente de la razón fallecieron privados de sentido en la alta noche del mismo día, en que de nuevo se insultaron. Quando se habían practicado en éstos los mismos auxilios, con que sanaron aquellos ocho primeros; y quando ofrecían bastante seguridad, por el alivio que se les advertía, se presentó en el día once de la enfermedad un dolor agudísimo en toda la parte posterior interna de la Cabeza, que debilitando, a cada instante el pulso, que antes era robusto, a pocas horas promovió el delirio, a quien siguió la inacción de sentidos, precursora de la muerte».

Los epidemiados de 1797 fueron asistidos por VILLALOBOS en el hospital de Huaura. «Entraron, dice, en curación quatrocientos y dos enfermos: Sanaron trescientos cincuenta y ocho. . . . y murieron quarenta y quatro. Cesó en fin la Epidemia a esfuerzo de los ámbitrios que se tomaron para impedir los progresos de un mal pestilente, que intentaba la desolación de aquellos Pueblos; del mismo modo que en Calpa, y como ya he dicho, con las mismas señales, aparatos y síntomas que advertí con atento cuidado en Andahuasi».

Estudia en seguida VILLALOBOS las causas de la epidemia y las sintetiza como sigue: «Debo pues concluir, en fuerza de lo expuesto, que la causa de ese funesto mal, que nació en Calpa, y se extendió después por los demás Lugares referidos, tuvo, en mí concepto, su primer origen de la redundancia del principio oxígeno del ayre que combinado con el calórico, y con las partículas olinosas y gredosas que por exceso de las lluvias de aquel año exhalaban en gran copia los pantanos de la Doctrina de Cochamarca (*la voz Cochamarca significa en idioma Indico Pueblo lagunoso o pantanoso,*

de marca *Pueblo y Cocha laguna o pantano*), produjo en la Atmósfera el ácido carbónico, llamado por algunos ayre fixo, fluído pernicioso a la salud, de carácter mortífero, que alterando la constitución natural del sistema nervioso, muscular y glanduloso, perturbó los humores, en especial la bilis, y ocasionó las espantosas fiebres, relacionadas ya en la anterior Sección».

«Estoy persuadido a que la fiebre pestilente de que hablamos, no se trasladó por infección del ayre a los otros Lugares, desde aquel de su origen. Si así hubiese sido, los Pueblos intermedios desde Calpa a Andahuasi, respirando ese ayre desproporcionado y maligno, la hubieran padecido. Es tradición en Andahuasi, que un solo hombre valetudinario, llevó mal encubierto desde Calpa la semilla del funesto mal, que allí sufrió. Ella prendió al punto en un Párbulo, que la comunicó a sus padres; y de aquí exercitando el contagio su vigor, por la atracción mútua de los cuerpos, la propagó de unos en otros, hasta ocasionar en Andahuasi los espantosos estragos que ya vimos. Los Indios de Luriamá y Huacho, frecuentes en Andahuasi al expendio de sus frutos, volvian impregnados de aquel veneno febril, que desenvuelto producía la dolencia. Cundía ésta del Padre a los hijos, del Abuelo a los nietos, hasta arrazar inevitablemente las familias».

Cuanto al tratamiento, afirma VILLALOBOS, que «el Antimonio y la Quina, fueron los principales garantes de la empresa. A las varias preparaciones de aquel, y a su feliz combinación con ésta, y algunas sales debió la naturaleza el triunfo de un mal superior a sus fuerzas». Detallando la medicación, dice: «Continuaba el régimen de la Quina hasta que empezaba a demostrar el día catorce, por signos de cocción, que se habían reducido a su antiguo estado las funciones y humores del cuerpo, al paso que se expelían por su acción mecánica la enfermedad, su causa y productos morbosos. Con tan buenas señales indicaba el día diez y siete, que e veinte y uno había recuperado el hombre en su salud, el más digno y apreciable tesoro de la vida».

La interesantísima memoria de VILLALOBOS, cuya lectura recomendamos a todos los que deseen conocer la epidemiología de la costa peruana, contiene aún algunos otros datos clínicos que permiten formarse mejor concepto de la naturaleza de las epidemias de 1796-97. Así, aludiendo a las posibles localizaciones del veneno morbozo durante el fragor de la fiebre, dice: «Unas veces ocupando las cavidades animal, vital o natural, producía delirios, sopores, pleurecías, hipo. Otras apoderándose de las 'auces, o del sistema glandular, ocasionaba Anginas, Parótidas, Carbunclos, erupciones cutáneas. Otras, en fin, hacía mayores daños sin salir de la sangre,

ya disolviendo la unión de sus moléculas, ya coagulándola de forma que impedido el paso en los menores ramos, se interceptaba el riego vital ácia las partes, y de consiguiente anticipada en ellas, por defecto de él, la corrupción cadaverosa, el hombre moría aún antes de espirar».

Estudiando el hipo, anota lo siguiente: «Quando el Hipo sub-siguió al vómito verde o negro, y cuando se acompañó con frialdad en el sudor y en los extremos, fue siempre de fatal terminación». Refiriéndose, en fin, a las puntículas, dice: «Las manchas que en el decurso de la fiebre aparecieron en el cútis de algunos enfermos, conocidas con el nombre de puntículas, exantemas o petequias, no dexaron de llevarse la primera atención en el cuidado».

Compulsando los anteriores datos y las historias clínicas que completan el trabajo de VILLALOBOS, se puede conjeturar, con bastante fundamento, cuál fué la verdadera naturaleza de la epidemia de 1796-97, que nacida en Calpa, pueblo del interior, pantanoso y seguramente malárico, se propagó hácia la costa siguiendo la vía de Sayan y terminó en Huaura y Huacho. Ahora bien, sólo caben, a mi entender, tres hipótesis, en la dilucidación de ese diagnóstico retrospectivo y son las siguientes: 1a. la causa de la epidemia fué la malaria; 2a. lo fué la fiebre tifoidea; y 3a. lo fué la fiebre biliosa hemoglobinúrica. Militan en favor de la primera, las condiciones endémicas locales; la estación propicia; la frecuencia con que la malaria maligna epidémica, afecta, en las regiones intensamente tropicales, como las quebradas cálidas y pantanosas de Cochamarca y Sayan, las formas perniciosas llamadas: remitente biliosa, remitente tifoide y remitente adinámica, que encuadran perfectamente en la descripción de VILLALOBOS; y por último, los resultados tan satisfactorios de la terapia química. Favorecen la segunda hipótesis, la fisonomía clínica de la enfermedad, su evolución y sus complicaciones, pero, aparte de las consideraciones precedentes que hablan en pró de la malaria, la mortalidad de 10.9 % de los epidemia-dos asistidos en el hospital de Huaura, no parece corresponder a la infección ebertiana, sobre todo, si se considera las desfavorables condiciones individuales y sociales de los sujetos, las deficiencias naturales de la asistencia en aquella época y el tratamiento a que fueron sometidos. Finalmente, la tercera hipótesis cuenta en su apoyo, los siguientes hechos: 1º. el origen y modo de propagación de la epidemia; 2º. la estación en que se produjo; y 3º. la violencia de su difusión y de sus estragos. La sintomatología descrita por VILLALOBOS, con excepcion de los casos graves, no corresponde es verdad a la que es propia de la fiebre biliosa hemoglobinúrica típica, pero es tambien evidente que esa pirexia afecta formas semejantes a la

remittente biliosa, con la cual pasó confundida muchos años. Cabe, pues, la discusión entre la malaria y la biliosa hemoglobinúrica.

De todos modos, basta lo dicho para llegar a la conclusión de que la epidemia de 1796-97, aludida por ULLOA en apoyo del origen espontáneo de la fiebre amarilla, no fué producida por este flagelo.

### Capítulo III

#### *Epidemia de Lima de 1818.*

En el verano de 1818, apareció en Lima una epidemia de carácter benigno y de muy rápida difusión, que fué descrita por el Dr. J. G. PAREDES (1) y en la que algunos han creído «reconocer muchos de los rasgos característicos» de la fiebre amarilla. Para establecer la verdad de los hechos, sin desvirtuar la narración e interpretación que de ellos hace ese autor, vamos a transcribir también las partes principales de su nutridísima e interesante descripción.

«Desde Diciembre, habían aparecido unas diarreas benignas que duraban desde seis hasta ocho días: con ocasión de los vientos dichos, a fines de Enero se manifestaron muchos catarros febriles, y al empezar Febrero se presentó la epidemia en la forma siguiente: A una horripilación, o mera destemplanza, seguía una fiebre aguda en que el pulso ofrecía un grado moderado en velocidad y fuerza, y casi nunca fué duro ni vibratorio, con cutis caliente y seca, dolor de cabeza principalmente en la frente, ojos cargados y lagrimosos, dolores en las articulaciones, y más recios en la región lumbar, orina natural, amargor de boca, lengua húmeda y limpia, o cubierta levemente de un sarro blanco y una general displicencia de alimentos y bebidas. Este aparato, por lo regular, no se sostenía más que uno o dos días, y al segundo o tercero se sentía el enfermo aliviado de la fiebre, luego que le sobrevenía un blando sudor, que en muchos era fétido y de olor ácido, experimentando todavía, de cuando en cuando, calores pasajeros que subían a la cara, y continuándole el dolor de cabeza, la repugnancia al alimento y los dolores hasta que sobrevenía una diarrea de dos o tres días; y al cuarto o quinto se hallaba el individuo en estado de salir, permaneciéndole por muchos días la inapetencia, falta de fuerzas y laxitud de cuerpo».

---

(1) JOSE G. PAREDES.—«Almanaque Peruano»—1819. Reproducido en «La Gaceta Médica»—Lima 1877—pág. 35.

Esta era la forma más benigna del mal, porque en muchos duraba la fiebre cuatro y seis días: el dolor de cabeza era acompañado de delirio o soñolencia, vahidos e intolerancia de la luz, zumbido de oído y sordera que quedó a algunos por mucho tiempo después: el amargor de boca en lugar del cual se sentía a veces un gusto salado, o era de ardor o una ansiedad inexplicable en la boca del estómago, y aún de una verdadera cardialgia, y le seguían náusea y vómitos de materias glerosas o biliosas amarillas, verdes o de color pardo oscuro; las diarreas amarillas o serosas amarillentas, que eran las más comunes, se extendían hasta una semana o más, o degeneraban a poco en una disentería principalmente de los intestinos gruesos, con frecuentes pujidos y mocosidades sanguinolentas sin materias fecales, ni retortijones altos, o también de los delgados; las orinas se vieron en algunos color de café subido; y los dolores de cuerpo traían una sensación en las carnes como procedida de agujas punzantes, o ardorosas, que se aumentaba al contacto de los objetos más blandos. Tampoco eran raros los calambres fugitivos en las extremidades, en el tronco, y aún en la cara, antes de la declinación del mal; los cólicos, los cólera-mórbos, la erupción de una eflorescencia cutánea con picazón en el pecho, brazos y cara, o permanente, o alternada, ya en forma de ramales encendidos, ya en la de granos menudos o sarpullido que se veía principalmente en las personas de cutis delicada; y la expulsión de sangre por narices, por la orina, del estómago, del pulmón, hemorroidal y uterina; ciertamente todas las mujeres que se hallaban en las proximidades de su período menstrual al tiempo que estuvieron comprendidas en la epidemia, padecieron esta evacuación abundante y denegrida. La flojedad que quedaba a todos en la convalecencia, era en muchos una verdadera debilidad que no les permitía andar sino apoyados de un palo, presentándose con un semblante tan macilento y descolorido, tal melancolía y abatimiento de espíritu, que no decían proporción con el período agudo de la enfermedad y correspondían solo a una muy grave.

«A los fenómenos más raros pertenecen: la risa convulsiva con que fué acometido un individuo; el desmayo, privazón de sentidos y enfriamiento por media hora, con que lo fué una jóven; el vértigo con caída repentina que experimentó uno en el principio, y otros dos cuando ya se creían convalecidos y habían salido afuera; unos vértigos con suma debilidad, y tan vehementes, que acostado el sujeto en la cama pedía le sostuviesen; la erupción de sangre por los oídos; el vómito de una bilis porrácea y sincera, con evacuación como de libra y media de sanguasa por el ano, al segundo día de la enfermedad, con rápido y sostenido alivio desde el tercero; lo



mitos repetidos de materias mucosas, y fuscas fétidas con hipo, pulso tardo y bajo, y frialdad de cuerpo».

«En las convalecencias y pasado lo ejecutivo del mal, además de la debilidad e inapetencia mencionadas, quedaron varios padeciendo de fluxiones en la garganta, cara y glándulas maxilares, inflamación de almorranas y de útero con descenso amarillento; de toses, fiebres lentas, tercianas y disentería, de apostemas; diviesos, pústulas en la cabeza, erisipelas y sarpullidos pertinaces; de dolores reumáticos vagantes o concentrados en un miembro; zumbidos de oídos, sordera, perturbaciones y extravío en las ideas con emociones de ira, tristeza y llanto. A otros les sobrevenían piojos, o se les caía el pelo: a las mujeres se les solía secar la leche. Y el fluido vacuno perdió tanto de su actividad, o era tal la indisposición del recipiente, que según nos comunicó un atento observador, de diez individuos operados, solo era uno el que contraía el grano, cuando por lo regular prende en la mitad. Muchos experimentaron dos o tres veces la epidemia o se les exacerbó otras tantas. El signo decisivo de una entera reposición era abrirse vivamente el apetito. Los ancianos valetudinarios y achacosos sufrieron sumamente; a todos estos, los sujetos a cólicos, al asma, a la hemotisis, a la gota, a los que adolecían de alguna entraña o estaban predisuestos a ello se le renovaron sus males, o se les descubrieron los que se hallaban ocultos. Varios y no pocos murieron de resultas, y algunos con parótidas.....»

«Parece que las mugeres se resintieron más que los hombres. Por lo demás, ninguna clase gozó del privilegio de eximirse de la epidemia, ni aún de incidir en ella en menor número; pues los hombres de vida sedentaria y los de laboriosa, los que se habían bañado y los que nó, los que hacían uso de bebidas espirituosas y los que más usaron de las frutas del tiempo, todos fueron comprendidos, bién que estos últimos más blandamente. No se exagera diciendo que solo el décimo de la población quedó salvo: en cierta comunidad religiosa hubo como cien personas enfermas a un mismo tiempo; en otras fué menester que viniesen gentes de fuera en su socorro, sucediendo esto a cada paso en las casas particulares. Las oficinas, las concurrencias públicas, se veían notoriamente desmembradas, y varios actos de entable se suspendieron. En medio de tan gran generalidad y de los síntomas alarmantes referidos, se veía, no sin admiración, que lejos de tomar estos el auge que parecía consiguiente, ni de fijarse con terquedad, cedían espontáneamente o con los ordinarios auxilios, de manera que ninguno de que supiésemos pereció en la urgencia del mal, sino de los resultados que constituían ya enfermedad separada, y esto al cabo de varios días.

o de meses, siendo los más, aunque no todos, personas habitualmente enfermizas. Se formará idea de la mortandad que directa o indirectamente acarrió la epidemia, al considerar que en el primer semestre de 1818 se sepultaron dos mil trescientos cuarenta y cuatro cadáveres, esto es, quinientos cuarenta y cuatro más que la mitad de los muertos en 1817, y trescientos noventa y uno de lo que corresponde al promedio en nueve años siete meses».

«En los principios, se presentó el mal más benigno y en los primeros quince días se equivocaba con una efémera catarral; pero después fueron apareciendo síntomas que hicieron caracterizar la enfermedad por una fiebre catarral biliosa. En consecuencia, el método curativo que se empleó, consistió por la mayor parte en el uso de diluentes y subacidos. El agua de cebada con escorzonera o sin ella, y una dosis regular del crémor de tártaro repetida dos o tres veces al día, era el primer remedio. A este seguía un pediluvio, cuando se sentía la cabeza muy adolorida y los ojos cargados. Las limonadas, los tamarindos y la piña (*bromelia* Linn.) merecían la preferencia si era mucho el calor y amargor de boca, y el agua de pollo si prevalecía el ardor de estómago. Los vómitos inmoderados se corregían con la granada, el agraz y las vinagradas si eran de color oscuro. A la sensación de desfallecimiento hacía la boca del estómago y movimientos cardíacos, se oponía inmediatamente la nieve; si la diarrea continuaba demasiado, se daba un absorbente y acaso un paregórico. Y si la debilidad que se experimentaba en la convalecencia era mucha y prolongada, se administraba la quina con buen efecto. Los síntomas de mayor cuidado y las degeneraciones particulares, se socorrian con sus apropiados auxilios. Las lavativas no tuvieron la mayor aceptación en el pueblo; pero no dejaron de emplearse cuando hubo méritos para ellas; y un hacendado de las cercanías que dirigía por sí, sin mal suceso, la asistencia de más de treinta de sus enfermos, les hacía echar al momento lavativas de malvas, manteca y chancaca, y después les daba el crémor. La dieta consistía en mazamorra de maíz y arroz con el sumo de limón o piña y manzanas asadas, que no dejando de ser displicentes como lo eran aún las bebidas, sin embargo se soportaban mucho mejor que los caldos. Pasados algunos días, se recibía más bien que otros el alimento de pescado; y la granada chupada solía hacer el principio y conclusión de la comida. No se pensó en sangría.»

«Extendida la epidemia de la ciudad a los suburbios y por la costa hasta Ica, se supuso después haber ganado todo el reino. Y aunque la cosa era poco verosímil, pues el grado moderado de la enfermedad no parecía componerse con tal violencia en sus emanaciones, que conservasen su vigor al través de tan diversos tempera-

mentos como los de la costa y la sierra, tuvimos a bien con todo para cerciorarnos del hecho, consultar a varios profesores y personas inteligentes. Resultó de sus contestaciones, que no la hubo en Huancavelica, ni en Huamanga; que en el Cuzco reinaron por Febrero y Marzo, unos catarros fuertes que inclinaban a la pleuresía, y que no traían dolores de estómago, diarreas, vómitos, sino por causas esporádicas: atribuyose la enfermedad a la suspensión intempestiva de los aires, porque cesó luego que se restablecieron. Que en el interior de Arequipa, de las varias enfermedades que se sufrieron de Octubre a Enero, no hubo una que mereciese el nombre de epidémica, y que las dominantes en Febrero y Marzo, después de largas y continuadas lluvias, fueron fiebres intermitentes y continuas malignas, aunque tampoco epidémicas; finalmente, que en el interior de la provincia hubo a fines de la primavera y a principios de estío, catarros benignos e inflamatorios sin mayor daño, que cesaron con las aguas. En Tarma sí hubo una epidemia que venía con fiebre, vómitos, cámaras, pesadez de cuerpo, dolores fuertes de cabeza, hemorragias por boca y narices, irritación de la garganta y glándulas del cuello, solo por el aumento y petequias. Nadie murió de ella, excepto dos que fueron sangrados inconsideradamente; pero habiendo empezado en Febrero, no es de creer que se propagase de aquí allá por contagio».

«De las diversas cuestiones a que dió lugar la enfermedad que viene descrita, la primera y principal fué el nombre que se le debió poner, porque el nombre dice relación al concepto formado acerca de su naturaleza, y este es el modulador del régimen curativo... ».

«Los síntomas de la nuestra, según las formas que fué tomando, la hicieron calificar de una efémera catarral, de efémera *extensa o plurium dierum*, y finalmente de una catarral biliosa, que álguien no dudó llamar maligna, y que sino mereció completamente este nombre, sería por el grado, no por la índole. Pudo muy bien haberse comparado con el tierno cachorro de una fiera, capaz de producir las mayores destrozos en la edad adulta. Perteneían a lo catarral, la fiebre de uno o dos días con dolor a la parte anterior de la cabeza, lagrimeo, estornudos y tos, que con una diarrea formaban la carrera final en los primeros diez y quince días. A lo bilioso, el amargor de boca, vómitos y ardor de estómago, la propensión a las cardialgias y cóleras, y las eflorescencias cutáneas con la carencia de los signos de verdadera inflamación. A lo maligno, la lesión de las funciones cerebrales, la tendencia a las hemorragias, la terminación por absesos, la postración de fuerzas y aquellas convalecencias tan penosas y tardías respecto de lo agudo del mal. Moderaban este carácter, la fácil mitigación de los síntomas espontánea o ayudada

por el arte, y la poca mortalidad, considerado el gran número de individuos acometidos. Se quiso saludar la enfermedad de *vómito prieto* y de *fiebre amarilla* sin fundamento, pues los que vomitaron oscuro, fueron los menos; a nadie quedaba el tinte amarillo tan esencial en dicha fiebre, y algunos que habían padecido de ella antes, no dejaron de contraer aquí la epidemia contra otra de las propiedades conocidas de la fiebre amarilla, que es el no experimentarse dos veces. La epidemia que ofrece más puntos de contacto con la presente, bien que más benigna aquella, es la que encontró uno de nuestros médicos en la *Epidemiología española*, que no será fuera de propósito el que transcribamos aquí, siendo honor de la Facultad de Lima, que anteriormente a este hallazgo, y sin tentativas perniciosas, se hubiese dado desde luego con el método de que nadie tuvo que arrepentirse. . . . .».

Se refiere PAREDES a «la epidemia gaditana, nombrada la *Piadosa*», descrita por el Dr. C. CUBILLAS y que reinó en Cádiz en 1784. La semejanza es en efecto muy notable, hasta el punto de que no parece aventurado aceptar su identidad.

El Dr. J. M. VALDEZ, que describió también la epidemia de 1818, dice de ella lo siguiente: «La epidemia del año de 1818 fué una fiebre efémera biliosa, que terminaba felizmente en tres o cuatro días. Se atribuyó por entonces a las variaciones de la atmósfera; más no me parece fácil explicar por ella sola, la suma languidez en que quedaban por quince días o más cuantos la habían padecido. ¿Fué acaso impregnado el aire de algún principio maligno y deletéreo que abatió hasta ese extremo las potencias nerviosa y muscular, o fué un contagio pestilente venido de países extranjeros quien produjo esos efectos? Aunque no se pueda resolver este problema, es justo que se evite con celo y vigilancia la comunicación del mal terrible que asola anualmente los Estados Unidos de la América inglesa y la costa occidental de España. Y debe ser desde ahora mayor el esmero del gobierno en esta parte, porque siendo el tífus icterodes o fiebre amarilla, una calentura biliosa pestilente, que difiere de las que se han padecido y padecen en esta ciudad, solo por su mayor intensidad, acrimonia, contagio y peligro, y no por su carácter esencial y constitutivo, estamos dispuestos más que antes a recibir su contagio». (1)

La opinión de PAREDES y VALDEZ, en cuanto a la naturaleza de la epidemia de 1818, es, como se vé, idéntica. Ambos, en efecto, sostienen el carácter efímero y benigno que tuvo el mal, calificado de fiebre catarral biliosa por el primero y de fiebre efémera biliosa

---

(1) J. M. VALDEZ.—«La Gaceta Médica»—Lima—1877—pág. 229.

por el segundo. Ambos cuidan, igualmente, de diferenciarla del tífus icterodes, comparándola PAREDES a la epidemia gaditana la *Piadosa*, llamada así porque a ninguno de los atacados le costó la vida, y emparentándola VALDEZ, juiciosamente, con la familia a que pertenece la fiebre amarilla. Juzgo inútil insistir más sobre este punto, dilucidado con tan buen criterio científico por aquellos distinguidos observadores. Pero no puedo resistir al deseo de expresar mi propio modesto parecer, acerca de las diversas opiniones que se han emitido por los escritores modernos, sobre la naturaleza de la referida epidemia de 1818, que en concepto de unos fué el dengue y a juicio de otros la gripe.

En efecto, el año 1877, los Dres. M. A. OLAECHEA y L. VILLAR (1), refiriéndose al dengue entonces reinante en Lima, sostuvieron la identidad de ese mal con el que grasó en 1818. «La comparación, dice VILLAR, de los fenómenos morbosos que caracterizan la enfermedad actual, con los observados en las pequeñas epidemias de los años 1852 y 1853, así como con los que aparecen de las descripciones hechas por los Dres. PEZET, PAREDES y VALDEZ, de otra epidemia que se presentó en Lima el año 1818, demuestra hasta la certidumbre, que existe perfecta identidad entre todas las anteriores y la presente». En 1906, el Dr. R. EYZAGUIRRE, en un estudio muy documentado e interesante sobre: «Las epidemias amarílicas de Lima», dice lo que sigue: «Esta descripción es suficiente para creer hoy, que la epidemia de 1818 fué la gripe, de modo que citar a PAREDES en favor de la fiebre amarilla, no tiene razón que lo abone, ni aún la del doctor PAREDES, que por lo apuntado, bien se vé que opinó en contra, y asimiló en razón, la epidemia limeña de 1818, a la de Cádiz en 1784, llamada la *piadosa* allí, y en Lima *mangajo*, de las que hoy se puede decir fueron una y otra epidemias de gripe». Y en el párrafo siguiente, refiriéndose a la descripción de VALDEZ de las epidemias de 1808 y 1818, agrega: «Lo que VALDEZ cuenta, entra perfectamente en el síndrome clínico de la gripe, como es opinión de la mayoría». (2)

A la verdad que es difícil pronunciarse entre estas dos opiniones, que cuentan en su apoyo con las manifestaciones clínicas de la tantas veces citada epidemia del año 1818. Y esta dificultad ha existido y existe hoy todavía, siempre que se trata de distinguir el dengue de la gripe o viceversa. Las semejanzas que presentan estas dos enfermedades en sus formas puras, son en efecto tan grandes, que algunos han llegado hasta unificarlas, pero existen en el

(1) «La Gaceta Médica».—Lima—1877—págs. 50 y 104.

(2) RÓMULO EYZAGUIRRE.—Las epidemias amarílicas de Lima.—«Boletín del Ministerio de Fomento».—Dirección de Salubridad Pública—Lima, 31 de agosto de 1906.—pág. 7.

terreno de la clínica y en el de la epidemiología, caracteres que permiten descubrirlas y separarlas. Así, la gripe epidémica se complica siempre, en gran número de casos —que por tal razón no pasan nunca inadvertidos— con bronconeumonias, las cuales constituyen el principal factor de la mortalidad considerable, que acompaña invariablemente a las epidemias de influenza. El dengue, con ser tan benigno como la gripe pura, afecta también la mortalidad general, pero de modo indirecto y poquísimas veces por sí mismo. Ahora bien, la epidemia de 1818 no se complicó con bronconeumonias y al contrario, fué tan benigna, que ninguno de los enfermos «pereció en la urgencia del mal, sino de los resultados que constituían ya enfermedad separada, y esto al cabo de varios días, o de meses, siendo los mas, aunque no todos, personas habitualmente enfermizas». A clínicos tan avisados como PAREDES y VALDEZ, no habrían podido pasar desapercibidas las determinaciones broncopulmonares de la gripe, si hubiese existido realmente esta enfermedad y mas bien anotan el carácter bilioso de la epidemia, que a algunos hizo pensar en la fiebre amarilla e indujo a VALDEZ a sospechar, con fina perspicacia, sus relaciones de parentesco con la calentura amarílica. En el terreno epidemiológico, hay también un dato favorable a la hipótesis del dengue y es que la epidemia solo se extendió y reinó en la costa, al contrario de lo que sucede con la gripe que se propaga siempre y rápidamente al interior, donde ocasiona los estragos más pavorosos. El hecho de que solo en Tarma hubiese una epidemia coetánea y semejante a la de Lima, pero de la cual no conocemos ninguna descripción detallada, no invalida la observación epidemiológica general, que unida a las consideraciones clínicas precedentes, bastan para aceptar, con OLAECHEA y VILLAR, que la epidemia de 1818 fué el dengue.

#### Capítulo IV

##### *Epidemia de Lima de 1821.*

El año 1821, se padecieron en Lima varias enfermedades epidémicas, que fueron descritas por el Dr. J. M. VALDEZ, en una memoria sumamente interesante, que revela la ilustración y competencia de ese insigne médico (1).

«Desde el año de 1818, dice VALDEZ, en que se padeció una epidemia biliosa, por todo el estío, no solo en esta ciudad sino tam-

---

(1) J. M. VALDEZ.—Loc. cit. págs. 226-45.

bien en toda la costa, y que yo describí por entonces, parece que ha variado notablemente la constitución de este país; pues ya no son tan frecuentes las enfermedades inflamatorias como lo son las biliosas simples, las bilioso-pútridas, y las malignas que se observaban rara vez». Esta observación de VALDEZ, es de gran importancia epidemiológica, porque demuestra la proponderancia endemo-epidémica que habían alcanzado ya en Lima las pirexias biliosas benignas y graves, de tan frecuente ocurrencia en otros y diversos lugares de la costa del Perú.

«Rara vez, dice más lejos ese autor, se ha padecido en Lima una plaga tan general y constante de fiebres intermitentes como en ese mismo año: y lo más notable es, que no pudieron distinguirse, como otras veces, en vernaes y otoñales, así por haber continuado sin interrupción en todas las cuatro estaciones, como porque en todas ellas conservaron el mismo carácter de biliosas, y por lo tanto se observó muy rara vez en cotidiana legítima o cuartana. Muchos sufrían diariamente la accesión, aunque esta era más fuerte en los días impares. Principiaba regularmente con vómitos biliosos y la fiebre era acompañada, en los más, de dolor de cabeza veheméntísimo, al que solía seguirse sopor o delirio; en algunos se prolongaba la accesión más de un día completo; y vi una enferma joven, robusta y de temperamento bilioso, en la que duraba cincuenta horas, con pulso muy levantado y dolor agudísimo de cabeza. Las orinas eran en todos muy encendidas, y rara vez noté el sedimento latericio que depositan con frecuencia en esta enfermedad».

«A la entrada de la primavera, hubo muchas tercianas perniciosas. Las más fueron soporosas, algunas sincopales y cardiálgicas y observé . . . una maligna lipírica . . .».

«De este y otros modos se enmascararon tanto las intermitentes, que fué muy difícil conocerlas. Pues no sólo se vieron acompañadas de los síntomas que caracterizan a otras enfermedades, sino que también se equivocaban con las fiebres continuas pútridas y malignas, que se padecían al mismo tiempo. Por lo cual o se daba la quina al principio en las fiebres continuas con grave daño de los pacientes, o se retardaba su uso en las intermitentes perniciosas. Y era más oscuro el diagnóstico de estas, por no ser sus accesiones precedidas de frío, ni acompañadas de sudor, ni de orina latericia . . .»

«Fué muy fácil observar la fiebre gástrica biliosa simple, porque la padecieron muchos. En unos principiaba después de una ligera indisposición de estómago y laxitud de cuerpo, y en otros sin afección precursora. En los más con náuseas, vómito y evacuación ventral de bilis amarilla, ansiedad y opresión en los precordios, sin dolor notable ni elevación en el vientre; y en algunos sin estos

síntomas molestos. La lengua era blanca o manchada de un tinte amarillo, tenían sed y manifestaban mucho hastío al mantenimiento animal. Un dolor gravativo de cabeza fué el síntoma casi inseparable de esta fiebre, el cual crecía cuando ella se aumentaba. Los recargos eran vespertinos, sin ser precedidos de frío, y algunos tuvieron un pasajero delirio. El pulso jamás fué pleno ni duro, pero igual y acelerado, el calor acre y ardiente al tacto, y las orinas rojas y turbias. Terminaba felizmente del séptimo al catorceno día, por evacuaciones abundantes, biliosas y gruesas, y por sudor más o menos copioso; pero jamás se disipó por crisis súbitas, sino por descargas sucesivas de los colatorios dichos. Fué útil un suave emético al principio, en los que habían comido con exceso poco antes de la invasión de la fiebre, cuando el estómago no se desembarazaba por el vómito espontáneo de los materiales dichos; pero en los más, era inútil o pernicioso este remedio, porque las náuseas y los vómitos de bilis sincera continuaban por algunos días, no por embarazo gástrico, sino por la sensibilidad exaltada del ventrículo. Así es que en todos los enfermos de esta especie, no se necesitaron más, auxilios que el suero simple, los tamarindos, el crémor o limonada; ni otro alimento que las mazamorras y las frutas ácido-dulces asadas o cocidas. Más en algunos terminaba la fiebre en intermitente lejitima, repitiendo las accesiones después de una completa apirexia, y cedía prontamente al uso de la quina».

«Esta misma fiebre tomó en algunos el carácter de pútrida o adinámica, y en otros el de maligna o atáxica. La primera, no tenía por lo común otros síntomas que los de la simple biliosa; más, del tercero al quinto día, aumento de fiebre con remisiones casi imperceptibles, pulso frecuente y duro, pero sin fuerza ni plenitud, calor urente, sed intensa, lengua seca, rostro encendido, ojos rubicundos y llorosos, orinas rojas y diarrea biliosa, gruesa y más o menos abundante. En algunos, a más de incrementarse estos síntomas, se notaba también la lengua morada o negra, el cuerpo cubierto de petequias, leve delirio con grandes intervalos, y parótidas, que o supuraban con trabajo, o se resolvían por evacuaciones espontáneas, o excitadas por el arte. En los enfermos más graves, sobrevenían epifenómenos espasmódicos en la cabeza, en la región precordial o en el abdomen, y entonces delirio continuo, tos con esputos sanguinolentos, pulso muy acelerado y pequeño, o vehementemente y duro como en las flegmasias membranosas, y por último, ansiedad, convulsiones, hipo y frialdad de extremos, terribles precursores de muerte inevitable».

«Cuando esta fiebre era regular y tratada con el mismo método que la simple biliosa, terminaba en salud en el segundo o ter-



cer septenario, y muchas veces entre los treinta y cuarenta días, por diarrea natural o solicitada con suaves y repetidos ecopróticos. En los casos más graves, fueron necesarios los pediluvios, las ventosas, los sinapismos, los vejigatorios, las lavativas con vinagre, y las limonadas frías por el hielo cuando la ustiión era excesiva y no había señal de congestión de alguna víscera. A más de los auxilios dichos, ordenaba en la pútrida espasmódica, el licor anodino de Hoffman, el alcanfor con el nitro, y aún el opio cuando las convulsiones, el delirio y demás síntomas nerviosos aumentaban el peligro . . . . .»

«Fué nociva en esta enfermedad la quina, mientras no terminaba en intermitente, y noté malos efectos de ella y de los tónicos estimulantes que administraron algunos profesores, confundiendo esta fiebre con la maligna rigurosa o atáxica».

«En esta, después de cuatro o cinco días y a las veces más tarde, la fiebre al parecer benigna, se mudaba de improviso en atáxica. El pulso en los más era pequeño y tan lento, que no daba el menor indicio de fiebre; pero en algunos conservaba la fuerza y frecuencia, que al principio. En todos fué notable la flaqueza de las potencias nerviosa y muscular, el delirio comatoso, la viscosidad y el color fusco o negro de la lengua. Se observaba por lo común el vientre perezoso y casi insensible a la impresión de los más fuertes estimulantes; las orinas eran gruesas y pálidas, y los enfermos parecían indiferentes sobre su estado. Algunos ensordecieron, lo que era favorable; los más graves tenían hipo, salto de tendones, y la cútis cubierta de manchas petequiales; y a muchos les salieron parótidas frías e indolentes, que se supuraron por los esfuerzos del arte. Esta fiebre fué contagiosa en los hospitales, y en las casas donde se hallaban reunidos muchos enfermos. Sin embargo, escaparon bastantes por una medicina activa y continuada. El emético fué muy oportuno al principio, y los purgantes en el aumento y estado. Entre estos a ninguno ví producir tan buen efecto, como al ruibarbo mezclado con el sulfato de magnesia, o con el calomelano; pero era menester reiterarlos varias veces al día, para que moviesen el vientre en donde residía el asiento de la enfermedad. A beneficio de las evacuaciones mudaba la lengua de color, y despertaban los enfermos de su profundo letargo. Se aplicaron también con buen éxito los vejigatorios, los errinos y las lavativas estimulantes; pero todos estos auxilios habrían sido inútiles sin el largo y repetido uso de la quina y de otros tónicos antisépticos».

«Cuando el pulso estaba muy abatido sin que se hubiese descargado el vientre al principio de la enfermedad, me fué preciso administrar la quina mezclada con los purgantes; insistiendo en

este método hasta que el pulso se erigía, y la lengua mudaba de color; más en los que no era suma la postración, daba los emético-catárticos, o solamente los purgantes, hasta que espiado suficientemente el vientre, no hubiese otra indicación que la de reparar las fuerzas; en cuyo caso, o la quina sola o animada con la serpentina virginiana y el alcanfor o el almizcle, reanimaba felizmente la vitalidad casi apagada».

Estudiando VALDEZ las causas de esa epidemia, dice lo siguiente: «Sin embargo, como hubiese sufrido una mutación manifiesta el temperamento de nuestros conciudadanos por la epidemia de 1818, según dije al principio, quedaron ellos predispuestos a las enfermedades biliosas; y puede ser que haya aumentado esta predisposición, el uso inmoderado de licores espirituosos que se hace en Lima desde poco tiempo hasta la época presente. Pero las causas excitantes han sido ciertamente efecto de la guerra, que nos privó en el estío pasado (1821) del uso saludable de la nieve, de buen pan y de sanos alimentos, y que aterró nuestro espíritu con el eminente riesgo de perder la propiedad y la misma vida».

La descripción que hace VALDEZ, en los párrafos trascritos, de la «epidemia de fiebres pútridas y malignas, intermitentes como continuas», que grasó en Lima el año 1821, demuestra, sin lugar a duda, que la malaria y la fiebre tifoidea fueron los factores esenciales, sinó únicos, de dicha epidemia, en la que no se encuentra ningún indicio del tífus icterodes.

Podemos pues concluir esta primera parte de nuestro trabajo, repitiendo con el Dr. M. N. CORPANCHO: «Es un punto fuera de duda para quien haya consultado la Historia nacional, que el *Tiphus icterodes* no había alcanzado en sus excursiones a nuestra Patria hasta 1852, en que recorriendo gran parte de nuestro territorio en el carro de la guerra y alumbrado por la antorcha de las revoluciones, sembró la consternación y el espanto, y está asociado a nuestros recuerdos con uno de nuestros períodos políticos más calamitosos. Antes de esa época no hay tradición de que esa enfermedad haya figurado en nuestro cuadro nosológico, ni existe ningún documento científico que siquiera lo haga sospechar» (1).

---

(1) «Gaceta Médica» Lima—1856—Nº. 2—pag. 8.

## SEGUNDA PARTE

## Capítulo I

*Primera invasión de la fiebre amarilla.—Epidemias amarillicas de 1852-56.—Confusión de la fiebre amarilla de la costa, con el tífus exantemático de la sierra, que grasó también en los años 1852-56.—Error del Dr. A. Smith y del Prof. Manson.*

Está perfectamente averiguado, que en diciembre de 1851 desembarcó en el Callao, procedente de Panamá, un sujeto enfermo, en tal «estado de gravedad, que no podía menos de llamar la atención de cualquiera que le viese» (1). Trasladado a Lima y alojado en una posada, fué asistido por el Dr. M. DE LOS RÍOS, quien lo hizo trasportar al hospital de «San Andrés», donde murió con el diagnóstico de fiebre amarilla. Por aquella época se sabía en esta capital, que ese flagelo grasaba epidémicamente en las Antillas, Panamá y Guayaquil, de manera, que no es aventurado suponer, que así como desembarcó libremente aquel individuo en tan mal estado de salud, desembarcaron también otros portadores del mal, que terminaron por infectar, primero el Callao, en enero de 1852 y 20 o 25 días después Lima, dando origen a la primera epidemia de fiebre amarilla que ha existido en el Perú. Esta primera invasión, no fué por fortuna considerable, pues revistió carácter benigno en la mayoría de los casos y se limitó, puede decirse, al centro de la ciudad, a los barrios de la gente acomodada, circunstancia que explica su ausencia de los hospitales. En los primeros días de mayo, cesó por completo la epidemia.

Hacia enero de 1853, en que el flagelo amarillo azotaba nuevamente Panamá, comenzaron a llegar a Paita y al Callao, enfermos de tífus icterodes, uno de los cuales desembarcó en este último puerto el 31 de ese mes y trasladado a Lima, murió en los primeros días de febrero. Ya «El Comercio» del 3 de enero, anunciaba haber habido dos casos de dicha enfermedad en el Callao. A principios de marzo, apareció pues la segunda epidemia amarillica en el centro de Lima, adquiriendo mayor extensión y proporciones que el año anterior. Pero no sólo grasó en la capital y el Callao, sino que también se declaró en algunos de los puertos del Norte de la República

---

(1) «Gaceta Médica Lima—1856—N.º 4 pag. 13.

principalmente en Paita y Huacho; como si hubiese querido indicarnos el camino que había traído desde Panamá hasta el Callao. Por el lado del Sur, la enfermedad no se extendió más que a Pisco, que mantiene una comunicación diaria con el puerto del Callao, y de allí pasó a Ica y demás pueblos circunvecinos, sin presentarse en ninguno de dichos lugares con el carácter epidémico, y solo por casos aislados y en corto número».

«En esta capital, la mortandad aumentó sensiblemente en Marzo, y fué doble de la ordinaria en los meses de Abril y Mayo. La fiebre empezó a atenuarse en Junio, pero no desapareció enteramente como el año anterior, pues no dejó de observarse, ya uno, ya dos o tres casos, cada uno de los meses siguientes hasta Noviembre, en que comenzaron a entrar al hospital de «San Andrés», otros enfermos venidos del Callao, cuyo número fué progresivamente creciendo hasta principios de Enero de 1854, en que la fiebre se desarrolló nuevamente en Lima, bajo una forma sin duda alguna epidémica».

«El incendio fué general este año: la forma benigna de la enfermedad se hizo rara; las graves y mortales se mostraron en el mayor número de casos: la fiebre invadió toda la población, se propagó a todos los pueblos inmediatos y convertidos el Callao y la Capital en dos centros de irradiaciones contagiosas, el mal se difundió sucesivamente por todos los puertos de nuestra costa, manifestándose precisamente en aquellos puntos donde los vapores y buques mercantes dejaban pasajeros, que saliendo de los focos con el mal en incubación, enfermaban durante el viaje, o caían enfermos en los sitios en que desembarcaban. Desde Paita hasta Iquique, ninguno de los puertos frecuentados por el comercio quedó libre este año de los estragos de la fiebre amarilla».

El último caso de la epidemia de 1854, falleció, según el Dr. BRAVO, de quien tomamos estos interesantes apuntes, el 2 de agosto en el hospital de «San Andrés». «Con esta epidemia, agrega, puede decirse cesó del todo la fiebre amarilla para la población fija o permanente de la capital, y sólo quedó vivo el gérmen de la enfermedad, para reproducirla en los años sucesivos con los forasteros no aclimatados. Así ha sucedido, en efecto, estos dos últimos años (1855-56)». Finalmente, refiriéndose a 1856, dice: «reducidos el Callao y la capital a la condición en que habitualmente se encuentran los lugares donde la fiebre amarilla es endémica, hemos visto limitarse la enfermedad a las personas no aclimatadas, y principalmente a los recién llegados de Europa, Chile y la Sierra. Desde la mitad de Marzo, la fiebre comenzó a hacer estragos en esta clase de individuos y los casos se han multiplicado de tal manera, que casi han formado una nueva epidemia».

Esta recrudescencia del tífus icterodes en 1856, no fué tan lijera como parece desprenderse de la relación anterior, pues según el mismo Dr. BRAVO, un solo batallón de las tropas acantonadas en Lima, perdió, víctima de ese flagelo, casi la mitad de su fuerza, es decir, cerca de doscientos hombres, sin contar muchos de sus oficiales y el cirujano que los asistía. Además, el barrio de la Recoleta donde se hallaba acuartelado dicho batallón, tuvo, asimismo, numerosos casos de fiebre amarilla, especialmente en el colegio de Belén.

No podemos pasar adelante sin mencionar, siquiera, la labor imperecedera que se impuso la Sociedad de Medicina de Lima, abordando, en mayo de 1856, el estudio y la dilucidación de las dos cuestiones siguientes: «1a. ¿Cuál ha sido el origen de la fiebre amarilla que reina en Lima?»; y 2a. ¿Cuál su modo de propagación?». Desde los primeros momentos del debate, se dividieron las opiniones en dos bandos que sostenían doctrinas radicalmente opuestas e inconciliables. Proclamaban unos, con los Dres. MIGUEL DE LOS RIOS, JOSE J. BRAVO, JOSE M. MACEDO, MANUEL N. CORPANCHO, etc., la teoría de la importación como origen de esa epidemia y por consiguiente el contagio como su modo de propagación. Defendían otros, con los Dres. FRANCISCO ROSAS, JOSE C. ULLOA, JOSE J. CORPANCHO, etc., la doctrina de la generación espontánea del tífus amarílico, o sea, la infección miasmática como origen y modo de propagación de la epidemia. Por ambas partes se hizo gala de erudición y de talento, aportando a la controversia numerosas observaciones y la relación completa de ese primer período epidémico de la fiebre amarilla en la costa del Perú. La discusión que se prolongó hasta el año de 1858, aunque no llegó a cristalizarse en conclusiones definidas, enriqueció nuestra literatura médica con documentos históricos del más alto valor científico y puso de relieve la clarividencia de algunos de aquellos maestros insignes como el Dr. M. DE LOS RIOS, que, adelantándose a su época, presintió el verdadero modo de propagación de la fiebre amarilla. El objeto restringido de este trabajo, dedicado exclusivamente a averiguar si esa pirexia ha sido o es endémica de nuestro litoral, no nos permite hacer el estudio completo de las epidemias amarílicas de 1852-56, que procuraremos realizar en otra oportunidad, limitándonos por el momento a aprovechar de ellas en lo que se refiere al fin que perseguimos, como lo hemos hecho al ocuparnos de las epidemias de 1781, 1796-7, 1818 y 1821.

Es este el momento de rectificar el error en que incurre el Prof. MANSON, al afirmar, en su obra clásica sobre enfermedades tropicales, que la fiebre amarilla ha existido en el «Cuzco, Perú

9,000-10,000 pies» (1) sobre el nivel del mar, considerando este hecho como una de las excepciones a la característica epidemiológica de dicha enfermedad, que consiste en la poca elevación de los lugares que ella invade. En nuestro concepto, ese error tiene su origen en las publicaciones hechas en Inglaterra por el Dr. ARCHIBALD SMITH, primero en 1858 (2) y más tarde en 1861 (3). Confundiendo SMITH las epidemias de tífus icterodes que grasaron en la costa durante los años 1852-56, y que él observó personalmente, con las de tífus exantemático que reinaron por esa misma época en toda la extensión de la sierra, sostuvo en 1858 la siguiente opinión: «La Fiebre amarilla de la Costa y el Tífus de los valles templados de los Andes, se consideran ser la misma enfermedad modificada solamente por el clima y la elevación». A pesar de que la mayoría, casi la totalidad, de los médicos peruanos, fué adversa a la doctrina de SMITH y no obstante la refutación inconmovible que de ella hizo VILLAR (4), aquél perseveró en sus ideas y en efecto, cinco años después lo sostuvo nuevamente ante la Sociedad Epidemiológica de Londres, en los términos siguientes: «La ciudad del Cuzco está situada a 3,468 metros de elevación sobre el nivel del mar, según D. Mariano E. de Rivero, en un lugar trasandino, a 13°30' de latitud sud. Y aún a esta elevación donde la temperatura estival, en la sombra, es de 12° a 13° Reaumur, y la invernal de 7° a 8° Reaumur, ha reinado la fiebre amarilla con una virulencia extraordinaria, según la han descrito los médicos comisionados y otros, durante la estación de lluvias (que es la de verano) en 1855 y 1856». Esta afirmación completamente errónea de SMITH, publicada en Inglaterra sin contradicción, ha sido, pues, sin duda, el origen de la aserción equivocada de MANSON, que es tiempo de rectificar, estableciendo la verdad de los hechos.

---

(1) P. MANSON.—*Tropical Diseases*—1918—pag. 251.

(2) ARCHIBALDO SMITH.—*Geografía de las enfermedades en los climas del Perú*,—«*New Philosophical Journal*» de Edimburgo, enero de 1856. Traducida por L. Villar.—«*Gaceta Médica*»—Lima—1858—Nos. 41, 42, 43, 44 y 45.

(3) ARCHIBALDO SMITH.—Memoria sobre la fiebre amarilla hemorrágica-manchada de los Andes del Perú, donde reinó durante los años de 1853 a 57. (Leída ante la Sociedad Epidemiológica de Londres, el 2 de Diciembre de 1861)—Traducida para la «*Gaceta Médica*» de Lima por J. A. R.—1864—Nos. 169, 171, 176, 177, 178, 183, 188, 189, 190, 191—1865—192, 196, 200, 201, 210, 211, 214, y 215.

(4) «*Gaceta Médica*»—Lima—1858—Tomo II—pag. 287.

## Capítulo II

*Supuestos casos de fiebre amarilla esporádica, durante los años 1857-66.—Nuevas opiniones a favor de la endemidad amarillica.*

Con la epidemia de 1856, se extinguió por completo la fiebre amarilla, sin haber llegado, por consiguiente, a constituirse en verdadera endemia de la costa del Perú, como lo demuestra la ausencia de casos de esa enfermedad en los años siguientes. En efecto, revisando la «Gaceta Médica» correspondiente al año 1857, no se encuentra ningún dato que acredite la existencia de dicha pirexia en esta capital, o fuera de ella, durante ese año, hecho que, caso de haberse producido, no habría pasado inadvertido para los miembros de la Sociedad de Medicina, interesados en su estudio y apasionados vivamente en la dilucidación de su etiología. Ahora bien, con fecha 31 de Agosto de 1858, dice el Dr. ROSAS lo que sigue: «No ha muchos días que sucumbió de esta terrible enfermedad (fiebre amarilla), un vecino del barrio de San Lázaro, que había atravesado, sin sufrirlas, las mortíferas epidemias del 53 y 54. No es esta la primera vez que acontece un hecho de esta naturaleza; desde la desaparición de la epidemia hasta ahora, hemos tenido que lamentar algunas víctimas todos los años. Sin duda que la providencia quiere recordarnos así, que aún están sobre nosotros los elementos de aquella gran tormenta, que pudiera estallar de nuevo si no hacemos por conjurarla. Pero lo que llama la atención en los casos que han llegado a nuestra noticia, es que la mayor parte de ellos se ha observado en personas aclimatadas. Sería curioso ver como explican los contagionistas este fenómeno y sobre todo la incapacidad que ahora ofrece la fiebre para propagarse» (1). Es muy posible que el caso a que alude ROSAS, sea el mismo que consigna la estadística de las defunciones ocurridas en el hospital de «San Andrés», de que aquel era médico, durante el mes de Agosto de 1858 (2). Pues bien, a pesar de la afirmación tan categórica de ROSAS, que acabamos de transcribir, no es posible aceptar la autenticidad de los casos de fiebre amarilla que él indica y acerca de los cuales no dá ninguna información clínica, limitándose únicamente a llamar la atención sobre el hecho de que la mayoría de los atacados

---

(1) «Gaceta Médica»—Lima—1858—Tomo III—pag. 4

(2) «Gaceta Médica»—Lima—1858—Tomo III—pag. 16.

fueron sujetos aclimatados y sobre la incapacidad que presentó entonces dicha fiebre para propagarse, observaciones ambas, que dicen más bien contra la naturaleza amarílica de aquella enfermedad. Hay que tener en cuenta además, que ROSAS, no sólo creía en el origen miasmático del tífus icterodes, sino también en la naturaleza palúdica de este mal (1), de manera que su criterio clínico se hallaba subordinado a ese concepto etiológico, según el cual, la diferencia entre la malaria y la fiebre amarilla era tan solo de grado, no de origen y por consiguiente, las manifestaciones clínicas no eran distintas sino en las formas por decirlo así extremas, fusionándose en las intermedias, que resultaban por lo tanto de diagnóstico impreciso.

En Abril de 1859, registra la «Gaceta Médica» (2) el siguiente dato de crónica: «Fiebre Amarilla.—Se han presentado algunos casos de forma benigna, en individuos no aclimatados, con los mismos síntomas que revestía en los años 52 y 53». Esta noticia aislada, sin informaciones clínicas ni epidemiológicas de ninguna clase, no puede aceptarse, en rigor científico, como evidencia suficiente de la existencia de dicha pirexia en Lima, tanto más, cuanto que las condiciones sanitarias del medio no habían mejorado respecto de las existentes en el quinquenio 1852-56, ni tampoco habían cesado las agitaciones políticas, las campañas militares y el ingreso de nuevos contingentes de tropas, que habrían suministrado el pábulo mas adecuado para la propagación de la enfermedad: lejos de eso, «el carro de la guerra» y la «antorcha de las revoluciones» continuaban su marcha devastadora y se habrían encargado seguramente de conducir y diseminar el tífus icterodes, como lo hicieron antes, denunciando así su existencia.

Se puede asegurar, pues, que los pocos casos calificados de fiebre amarilla, que no tuvieron ninguna propagación, fueron probablemente debidos a otras causas preexistentes en la localidad y capaces de generar los síndromes conocidos entonces con el nombre genérico de fiebres biliosas, cuya fisonomía clínica es, no pocas veces, idéntica a la del tífus icterodes. Abonan esta opinión, las observaciones numerosas y concordantes que registran nuestros anales médicos, algunas de las cuales hemos citado y discutido en las páginas anteriores.

La endemividad de la fiebre amarilla, esbozada por los infectionistas del 56, se creyó confirmada, a juicio de estos, por aquellos casos aislados, y que, seguramente, habían de repetirse en los años siguientes. No fué así, sin embargo, pues hasta 1864 no se encuentra nin-

(1) «Gaceta Médica».—Lima—1856—Tomo I—Nº. 9—pag 5.

(2) «Gaceta Médica».—1859—Tomo III—pag 204.



guna referencia autorizada acerca de dicha enfermedad. En efecto, en la sesión celebrada por la «Sociedad de Medicina» el 1º de abril de ese año, el Dr. VILLAR dió cuenta «de un caso de fiebre amarilla que había tenido en su servicio del hospital de «San Andrés»; caso bastante raro, pues al principio ofrecía todos los caracteres de una fiebre intermitente, sólo sí que la cefalalgia y el dolor lumbar eran continuos; pasados los primeros días, la postración se hacía cada vez mayor; entonces aparecieron hemorragias por las encías y al fin murió el enfermo. En la autopsia se encontraron las alteraciones del hígado propias de la fiebre amarilla» (1). En la estadística médica del Hospital Militar correspondiente al mes de abril de 1864, figura igualmente un caso de fiebre amarilla en asistencia (2). El caso raro de VILLAR, con los caracteres de una *fiebre intermitente*, al principio, pero con persistencia e intensificación progresiva de la postración, acompañada de cefalalgia y dolor lumbar, que termina con hemorragia de las encías y la muerte, sin vómitos, ictericia, albuminuria, oliguria o anuria, sin ningún antecedente, en fin, que permita precisar la naturaleza de la enfermedad, no prueba el diagnóstico del médico asistente, en cuyo favor tampoco sería posible aceptar como evidencia decisiva, «las alteraciones del hígado propias de la fiebre amarilla» encontradas en la autopsia, pues, hoy mismo, no se conocen todavía las lesiones del hígado susceptibles de ser consideradas como propias o exclusivas de esa pirexia. Es de sentir que VILLAR no hubiese publicado la historia clínica completa de ese caso, que nos habría permitido, sin duda, discutir con mejores elementos su verdadera naturaleza.

En febrero de 1865 se hablaba en Lima, con insistencia, de la aparición de la fiebre amarilla, abrigándose serios temores de una posible epidemia de ese mal. Con este motivo, el Dr. J. C. ULLOA expuso lo que sigue: «La aparición en esta capital de uno que otro caso de pretendida fiebre amarilla, ha puesto en serias alarmas tanto a la población como a sus autoridades, despertándose el temor de que dichos casos sean los precursores de una epidemia próxima a estallar. Ante todo, diremos que, aparte del dudoso carácter de los citados hechos, su número no es suficiente a autorizar temores de ningún género respecto a una nueva aparición del vómito negro. Suponiendo que los hechos observados tuviesen todos los caracteres de la verdadera fiebre amarilla, ellos no serían más que casos aislados de esta enfermedad, de índole esporádica y no epidémica. Casos de semejante naturaleza son comunes en Lima, en

---

(1) «Gaceta Médica»—Lima—1864—Tomo VIII—pag. 206.

(2) «Gaceta Médica»—Lima—1864—Tomo VIII—pag. 263.

estaciones como la presente, sin que ellos den fundamento para alarmas de ninguna especie» (1). Según ULLOA, pues, la fiebre amarilla existía endémicamente en Lima y daba origen, con frecuencia, a casos esporádicos en las estaciones propicias. Es justo reconocer que este aserto de ese distinguido maestro, fundado, no sólo en la doctrina infeccionista tan hábilmente defendida por él desde años atrás, sino también en los casos aislados diagnosticados de tífus icterodes por diversos prácticos en distintas ocasiones, contaba con el apoyo unánime de la profesión, aún de los partidarios de la importación o contagionistas, que, consecuentes con su doctrina, consideraban que si bien había terminado el año 56 la primera invasión epidémica de ese flagelo, se había hecho desde entonces endémico y de ahí la ocurrencia, más o menos distanciada, de casos de *indole esporádica*. Las doctrinas médicas reinantes en esa época, los conocimientos embrionarios que se tenían sobre las fiebres de los países tropicales y la deficiencia de los medios de diagnóstico en los casos difíciles, explican perfectamente los errores de concepto en que incurrieron nuestros predecesores, al sostener la endemidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú, fundándose tan sólo en los supuestos casos de esa fiebre señalados por algunos médicos.

Para que se aprecie mejor la imparcialidad y exactitud de nuestro juicio a ese respecto, voy a citar en mi apoyo las propias opiniones de los Dres. ULLOA, VILLAR y BLANCO, acerca de las fiebres del verano de 1865, contenidas en el informe que sobre la constitución médica de dicha estación presentaron a la «Sociedad de Medicina». Discutiendo la naturaleza de una fiebre epidémica que reinó por entonces en Lima, dicen lo siguiente: «Los que han observado los casos graves, han creído reconocer en esta fiebre algunos rasgos de la fiebre amarilla. No se puede negar, en efecto, la semejanza de estos casos con los primeros de fiebre amarilla observados en Lima en 1853; pero la ausencia de los vómitos y otros síntomas característicos, hacen vacilar para atribuirle ese carácter. Esta fiebre ha atacado, además, de preferencia a los niños, lo que no sucede con la fiebre amarilla» (2). Se vé, por lo expuesto, las dificultades con que tropezaban nuestros maestros para diferenciar las fiebres de sintomatología dudosa, ateniéndose únicamente a la clínica, ya que en el terreno de la epidemiología y del laboratorio, carecían por completo de los valiosos auxilios con que hoy contamos. Si a esto se agrega el recuerdo reciente de la epidemia amarilla de 1852-56, que hacía temer la posibilidad de nuevas aparicio-

---

(1) «Gaceta Médica»—Lima—1865—Tomo IX—pag. 157

(2) «Gaceta Médica»—Lima—1865—Tomo IX—pag. 207.

nes del flagelo, se comprende las dudas y los diagnósticos precipitados de fiebre amarilla, que mantenían perenne la sospecha y la responsabilidad en el ánimo de los prácticos y reforzaban la creencia de su endemividad en el país.

Así, hácia setiembre de 1866, el Dr. VELEZ, señaló en el Callao un caso que según su concepto había presentado todos los síntomas de la fiebre amarilla menos el vómito negro, calificándolo, sin embargo, como atacado por esa enfermedad (1). En febrero de 1867, el Dr. D. NUÑEZ DEL PRADO, al hacer en la «Gaceta Médica» la revista de la quincena, daba la siguiente noticia sobre la constitución médica de Lima: «No hay motivo de alarma, ni temor de fiebre amarilla, como acaba de propalarse en nuestros círculos sociales. Si ha habido algunos casos de fiebre amarilla son solamente de un modo esporádico, como siempre se han observado en los años anteriores en la misma estación; felizmente hay pocos veranos que hayan sido más sanos que el presente» (2). Existía, pues, volvemos a repetirlo, muy arraigada, la creencia en la existencia constante del germen amarílico, por más que en el curso de los diez años comprendidos entre 1857 y 1866, no se hubiesen observado sino muy contados casos de la pretendida fiebre amarilla, que jamás formaron foco ni se propagaron en la localidad, como debió suceder si realmente hubiesen sido producidos por esa pirexia. Los acontecimientos desgraciados que sobrevinieron poco tiempo después, demostraron nuevamente, con la evidencia de los hechos, el exotismo del tífus amarillo en la costa peruana.

### Capítulo III

*Nueva importación de la fiebre amarilla.—Periodo epidémico de los años 1867-69.—Un caso fatal de fiebre biliosa de los países cálidos.—Dos casos atribuidos al tífus icterodes en 1877.*

En efecto, desde los comienzos de 1867 se sabía en esta capital, que esa enfermedad reinaba epidémicamente en Guayaquil y como las medidas profilácticas que se adoptaron fueron tardías y deficientes, el tífus icterodes invadió sucesivamente los puertos de

---

(1) «Gaceta Médica.—Lima—1866—Tomo XI—pag. 59.

(2) «Gaceta Médica.—Lima—1867—Tomo XI—pag. 168.

Paita y Huanchaco, extendiéndose en seguida, según refiere EYZAGUIRRE, a Piura y Trujillo. Pero el flagelo no sólo grasaba con violencia en Guayaquil, sino también en Panamá, de manera que la contaminación del Callao y por consiguiente de Lima, era casi inevitable. Efectivamente, en febrero de 1868, apareció la tan temida epidemia, primero en el Callao y pocos días después en Lima, causando en estas poblaciones la hecatombe más pavorosa que registra su historia. La fiebre amarilla se difundió rápidamente en todo el litoral y desde Tumbes hasta Iquique sembró la desolación y el espanto, como lo hizo en el período epidémico anterior, continuando después sus estragos durante el año siguiente de 1869, con el cual se extinguió por completo.

El origen exótico de esta epidemia, o sea, la importación de la fiebre amarilla, no fué en esta vez motivo de controversia. La Facultad de Medicina la aceptó tácitamente en las medidas profilácticas que recomendó al Gobierno y aún los infeccionistas más convencidos y entusiastas como el Dr. ULLOA, modificaron sus opiniones ante la fuerza incontrastable de los hechos. «Desde el primer anuncio de la aparición de la epidemia de Guayaquil, decía aquel distinguido escritor hacia marzo de 1868, tanto los hombres de ciencia, como el común de las gentes, pronosticó que, si no se aplicaban con todo rigor medidas preservativas, pronto la fiebre amarilla visitaría otra vez el Perú, sea que ella viniese importada por alguno de los buques que comunicaban con Guayaquil, sea que su presencia en este lugar y la proximidad de los calores revelasen en esta parte del litoral del Pacífico, la existencia de condiciones atmosféricas favorables a su espontáneo desarrollo». (1)

Entre las versiones que circularon en febrero de 1868, acerca del primer caso de tífus amarillo ocurrido en Lima, hay la que lo atribuye a un enfermo que asistió el Dr. JOSE ALMENABAS y que éste diagnosticó de fiebre biliosa de los países cálidos. La importancia y trascendencia que se dió entonces al asunto—y que hoy mismo tiene—obligó a ese facultativo a publicar en los diarios un certificado, cuyos puntos más capitales vamos a transcribir. Helos aquí: «habiendo sido llamado ayer 18 (de febrero) a las 11 del día, con el objeto de asistir al Sr. D. N. N., alojado en el N.º. 14, tercer piso de la casa del Sr. Terry, cita en la cuadra del Melchor-Malo, certifico, que tomando algunos informes del estado de dicho Sr., se me impuso hacia tres días había llegado en el vapor del norte del pueblo de Santa, que desde su llegada a esta capital se sintió mal, con dolores de cabeza y vómitos pertinaces hasta el momento en que lo

(1) Cita del Dr. R. Eyzaguirre—Loc. cit. pag. 31

visitaba, atribuyendo el finado y personas que le rodeaban, su estado, a consecuencia del mareo en la navegación, por lo que no habían ocurrido hasta ese instante a ningún profesor».

«Con esos pocos datos y el exámen que practiqué, formé el juicio de la existencia de una fiebre biliosa de mal carácter, que sin tener en el fondo la naturaleza de la fiebre amarilla, no obstante era muy grave».

«En la segunda visita de la noche se confirmó mi diagnóstico, pues con la medicación del día habían cesado por completo los vómitos, pero en cambio el paciente había entrado en el estado de adinamia más completo, y a pesar de los medicamentos más estimulantes, propinados en la noche, fué víctima en la mañana de hoy».

«Por la ausencia de datos suficientes, por los síntomas actuales del enfermo y por su modo de terminación, creo que el referido señor haya venido ya epidemiado del punto de su residencia, el norte, donde se asegura que grasa una epidemia de naturaleza febril, que sin ser verdaderamente la fiebre amarilla, sea muy próxima en su naturaleza a la verdadera fibre biliosa de los países cálidos, tan mortífera como la amarilla». (1)

Aunque ALMENABAS no dá los detalles de su exámen clínico es evidente que tuvo en cuenta la posibilidad del tífus icterodes al hacer el diagnóstico diferencial y llegar a la conclusión de que no se trataba de esa fiebre sino de la verdadera biliosa de los países cálidos, reforzando su opinión con un dato epidemiológico de singular importancia, como es la existencia en Santa, lugar de procedencia del enfermo, de una epidemia «muy próxima en su naturaleza» a esa última pírexia. La intuición clínica, que hizo de ALMENABAS un práctico de merecido renombre, le permitió, no sólo precisar magistralmente el diagnóstico, en una época en que esos casos se consideraban, por lo general, de fiebre amarilla, sino también afirmar el lugar de origen de la enfermedad, donde la contrajo el paciente y donde, como veremos más adelante, se han sucedido muchas epidemias de ese mismo mal, que han dado origen a nuevos errores y a alarmas injustificadas.

Los temores de endemicidad del vómito negro en nuestra costa, que produjo la epidemia del 52-56, se acentuaron, como es natural, con la del 67-69, que vino a demostrar, sin lugar a duda, la existencia perdurable de condiciones locales propicias a la invasión y desarrollo de la fiebre amarilla. Se explica, por consiguiente, que así como en los años 57-66 se afirmó la existencia de casos amaríli-

---

(1) «El Comercio».—Lima, 20 de febrero de 1868.

cos aislados, ya en esta capital, ya en el Callao, en los posteriores al 69 se repitieran también aquellos diagnósticos, hasta el punto de hacer creer en la aparición de nuevas epidemias de fiebre amarilla, como vamos a ver a continuación.

Pero, a fin de no extender demasiado este trabajo ya bastante largo, no me ocuparé en lo sucesivo sino de los casos historiados, que ofrezcan los elementos suficientes para discutir su diagnóstico.

El año 1877, reinó en Lima una epidemia de dengue perfectamente caracterizado, que para algunos médicos, como el Dr. JOSE MARIA MACEDO, fué de *tifus icterodes de forma benigna*, opinión que los hechos se encargaron de desautorizar. Pero, al mismo tiempo que el dengue, se observaron también en el hospital «Dos de Mayo» dos casos fatales, que en concepto del Dr. M. A. OLAECHEA fueron de fiebre amarilla esporádica (1). Al comunicar esos hechos al inspector de dicho establecimiento, dice OLAECHEA lo siguiente: «Como se trata de establecer un hecho tan importante y delicado, es llegado el caso de deponer todo género de consideraciones relativas a la alarma que pudiera ocasionar en la sociedad, la segura convicción de la existencia de la fiebre amarilla entre nosotros, y fijarse tan sólo en las positivas ventajas que se obtendrán indicando la *existencia esporádica* de una enfermedad, que principia a manifestarse en un clima que reúne, a no dudarlo, las condiciones propicias para favorecer su desarrollo; y en el cual ha reinado de un modo epidémico en dos períodos completamente distintos, dejando por consiguiente en fermentación su germen de vitalidad, para reproducirse de un modo extraordinario en el momento en que aquellos se desenvuelven para su completa propagación».

El primero de los casos a que se refiere OLAECHEA, era un indígena de Conchucos, de 18 años de edad, doméstico, que residía en la calle del Limoncillo (no indica el tiempo de residencia) y que ingresó en el hospital «Dos de Mayo» el 25 de marzo de 1877. Aunque el enfermo fué alojado en el departamento del Dr. OLAECHEA, éste no pudo asistirlo por hallarse indispuesto, pero sí presenció la autopsia del cadáver. El interno del servicio atendió pues al paciente y «viendo en el exámen, dice OLAECHEA, una sintomatología tan variada y una marcha tan anómala, consultó el auxilio de dos de mis profesores, los que como aquel, no encontrando perfectamente acentuados los caracteres de la fiebre amarilla, diagnosticaron... una *fiebre perniciosa de forma álgida* de pronóstico fatal. Y en efecto, el enfermo murió; y desde las cuarenta horas antes de

---

(1) «La Gaceta Médica»—Lima—1877—págs. 49-53.

la muerte, el vómito y las deyecciones fueron completamente negros y repugnantes».

«El 29 se practicó la autopsia, sacando de la inspección interna los caracteres anatómo-patológicos propios y comunes de la fiebre amarilla, determinados por un hígado seco, friable y de color mostaza; sangre descompuesta en el estómago e intestinos; hiperemia gastro-intestinal, muy semejante a la ocasionada por un envenenamiento mineral; con reblandecimiento notable de las mucosas, acompañado a la vez de las demás alteraciones en los órganos restantes». Como se vé, el diagnóstico *post-mortem* de fiebre amarilla formulado por OLAECHEA, sólo tiene como base, en ausencia de datos clínicos, las alteraciones macroscópicas de ciertas vísceras abdominales encontradas en la autopsia, lesiones que, en honor a la verdad, se consideraban entonces como patognomónicas del tífus amarillo. No hay pues fundamento, para aceptar hoy ese diagnóstico.

El segundo enfermo, ingresó en el departamento de OLAECHEA el 13 de abril del mismo año; era un indígena de Corongo, de 21 años, de constitución fuerte, jardinero y que vivía en la calle de Mestas. «Interrogado por los antecedentes de su enfermedad, dijo: que hacía dos o tres días que se encontraba sumamente mal; que una tarde después de regar sus plantas, se le cortó el cuerpo, principió a sentir dolores agudos en las articulaciones, escalofríos, mucho atontamiento de cabeza, con mucho dolor frontal y orbitario, y un dolor tan agudo en la cintura, que creyó haber recibido un golpe de palo muy fuerte; fiebre intensa, sed insaciable, vómitos frecuentes, mucosos al principio y después biliosos, insomnio y una gran intranquilidad; que la familia le propinó, como remedio, limonadas a pasto. El exámen directo, dejó apreciar: dolor frontal, punzadas y dolor en el globo de los ojos, inyección óculo-palpebral, lengua saburrosa con ligero aumento de coloración de sus bordes, inyección de las encías, hallándose los dientes con un color mate sucio especial; sabor muy desagradable de la boca, tendencia pronunciada al vómito, sed intensa e insaciable; dolor lumbar y fatiga en la región epigástrica; respiración suspirosa y difícil, signos marcados de congestión pulmonar; retracción del vientre y una sensación de adormecimiento de las extremidades inferiores más circunscrita a las pantorrillas; algidez notable, parecía, en efecto, que al paciente se hubiera sacado de un baño de agua helada; pulso pequeño, filiforme, a 84 pulsaciones por minuto y una temperatura axilar a 37° centígrados, en la mañana, y a 38°4 en la tarde; orina muy escasa, hacía catorce horas que no orinaba; sin embargo, obligado a que lo hiciera, apenas se consiguió con mucho trabajo, co-

mo una media onza de líquido, en la que se comprobó ser ligeramente ácida y contener albúmina con todos los reactivos». Considerando la posibilidad de la intervención de la malaria en el proceso morboso, prescribió OLAECHEA un tratamiento mixto de trementina y quinina, pero, al día siguiente el estado del enfermo era peor; la respiración se hacía más difícil, el dolor epigástrico más pronunciado y durante la noche se habían producido vómitos y diarreas negros, «viéndose en la sábana una sustancia color café ya desecada, y que el enfermo como los vecinos aseguraron ser vómito; en el tórax y las extremidades, la piel se conservaba sin sudor y el cuello y cabeza, estaban bañadas por él; una postración suma; la noche la pasó con insomnio y delirio; pulso a 84 y temperatura axilar 36°7 en la mañana, y a 90 pulsaciones y a 36°7 en la tarde». Se modificó la medicación, reemplazando la quinina con el cognac. El 15, se acentuó la gravedad, con «mayor postración, delirio; suspensión de orina por treinta horas, que obligado a que lo hiciera se obtuvo una pequeña cantidad; la temperatura táctil casi normal, mayor cantidad de sudor en el cuello y cara y el resto del cuerpo sin él; una coloración violácea muy pronunciada, por estancación sanguínea capilar, se dejó ver sobre la cara dorsal de ambas manos de un modo uniforme é irregular en el tercio posterior y anterior de ambos antebrazos; pulso pequeño y filiforme a 108 por minuto y a una temperatura de 38°2 en la mañana, 116 y a 38°7 en la tarde. . . . En las primeras horas de la noche murió».

Practicada la autopsia, se comprobó el «conjunto de alteraciones patológicas de la fiebre amarilla; debiendo hacer notar la existencia de una lesión que no la he visto descrita en ninguno de los cuadros anatómicos que la ciencia conoce; es decir, un edema muy notable del tejido celular sub-mucoso de la vejiga, con derrame aplopetiforme de sangre, y una gran hiperemia que resistió al agua».

En este segundo caso, si bien hay más informaciones clínicas que en el anterior, ellas no bastan para demostrar el diagnóstico de tífus icterodes que le asignó OLAECHEA, pues aparte de la marcha de la temperatura y del pulso, que no corresponde a la que es propia de esa enfermedad, de la ausencia de ictericia, que siempre existe en los casos fatales, ya sea durante la vida, ya en el cadáver, hay el hecho revelador y concluyente, de que no obstante la existencia de 700 enfermos en el hospital «Dos de Mayo» cuando se asistieron los pretendidos amarílicos y la falta de toda medida profiláctica eficaz, no se produjeron nuevos casos, como era de esperarse, ni los hubo tampoco en la ciudad, si hemos de juzgar por los documentos médicos de esa época.

Conformándose OLAECHEA a las doctrinas reinantes entonces,



termina su informe con las siguientes conclusiones: «1a. Que en el hospital «Dos de Mayo», se han presentado dos casos de fiebre amarilla esporádica, que han terminado con la muerte; 2a. que debe tenerse presente que los dos enfermos atacados de fiebre amarilla, vivían en dos puntos opuestos en localidad, el uno en la calle de Mestas y el otro en la del Limoncillo (abajo del puente); 3a. que en tésis general, se puede asegurar que un elemento mórbido esporádico se desarrolla tan solo en los lugares de donde es originario; y que en la actualidad no es posible invocar por causa la importación; 4a. que la epidemia reinante (el dengue) aún benigna, pero molesta e insidiosa, hace esperar con razón el desarrollo de una enfermedad epidémica pestilencial y tal vez general en la costa del Perú. . . .». Los hechos disiparon esos temores y con ellos, los fundamentos, más aparentes que reales, que hicieron creer en la existencia de la fiebre amarilla esporádica.

*(Continuará.)*

