

PROFILAXIS DE LA FIEBRE AMARILLA EN CUBA ¹

PONENCIA DE LOS

Dres. Antonio Díaz Albertini, Juan Guiteras y Emilio Martínez

Los procedimientos profilácticos que en Cuba contra la fiebre amarilla se vienen siguiendo desde que cesó la dominación española, inventados por el doctor Finlay, iniciados por el Gobierno Interventor, y mantenidos con éxito por el de la República han tenido por resultado:

1o.—La extinción de la fiebre amarilla en nuestro territorio.

2o.—La demostración concluyente de que la picada de la estegomía infecta es el único medio natural de trasmisión de la fiebre amarilla.

Al presentar el resumen de lo que en materia de profilaxis anti-icteródica se ha hecho en Cuba durante estos últimos años podemos abordar la cuestión por el lado eminentemente práctico, que nos ofrece la primera de nuestras dos proposiciones, o por el lado más científico que la segunda nos brinda. Preferimos este último método porque no impide que se hagan todas las aplicaciones prácticas que juzguemos convenientes, y porque nos permite discutir aspectos del problema que, para algunos, están aún sub judice; y de esta manera llevar a todos el convencimiento firme que es la base de nuestra defensa contra la invasión amarilla; convencimiento que, transmitido de gente en gente, extirpará dentro de breve plazo, y para siempre, la fiebre amarilla de la faz de la tierra.

Hemos preparado, por consiguiente, nuestro informe, agrupando y presentando los hechos de manera que sirvan de argumento en pro de la siguiente tesis: Desde que cesó la fiebre amarilla en Cuba, en septiembre de 1901, se viene demostrando diariamente que no hay otro modo de transmisión de la enfermedad que no sea la picadura del mosquito.

Y no tenemos reparo ninguno en declarar que esta ponencia defiende una tesis, aunque se nos acuse de acomodar los hechos a lo que algunos

llamarán nuestra teoría. Procedemos así porque consideramos como peligrosa para la República toda vacilación en aceptar en todas sus partes, y sin distinción de ninguna clase, la doctrina de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito; y porque sostenemos además, que nuestra posición dejó ya de ser una teoría: teoría es la que defienden los que no están con esta ponencia; teoría puramente fantástica que lleva ya muchos años de vida sin que haya podido demostrarse.

No me parece necesario que se repitan aquí los argumentos en contra de la existencia de otro medio de transmisión de la fiebre amarilla; pero si existe aún entre algunos la duda, es porque no han visto, en la práctica, la aplicación de las doctrinas de la transmisión culicida; no han visto, por ejemplo, cómo en el hospital Las Animas se encuentran en acción perenne todas las causas imaginables de producción espontánea o de transmisión de la enfermedad; todas esas causas que, desde hace ya casi cuatro años, vienen nuestros teóricos vaticinando que han de estallar algún día renovando la actividad de la gran epidemia; todas esas causas en aquel hospital existen siempre o surgen a cada momento; y sin embargo, en Las Animas ni se produce, ni se propaga la fiebre amarilla.

Los últimos días de la epidemia en La Habana quedan descriptos en un trabajo leído por el Dr. Jorge Le-Roy, en la Sociedad de Estudios Clínicos, en abril de 1902, con el título de «Estadística de la fiebre amarilla. Desaparición de dicha enfermedad en la ciudad de La Habana, demostrada por los datos de la misma».

Siete meses duró la agonía de la gran epidemia, a saber, desde el 16 de febrero de 1901 que empezó la campaña contra el mosquito, hasta el 28 de septiembre del mismo año que ocurrió el último caso de origen autóctono.

Conviene recordar que al iniciarse en febrero de 1901 la campaña contra el mosquito, habían entrado en la Isla, desde fines del año 1898, más de 42,000 inmigrantes; de manera que no puede decirse que faltaba el material predispuesto y fácil a la infección.

Más adelante explicaremos detalladamente en qué consistió la campaña mencionada; bástenos por ahora con decir que se protegió a todo caso de fiebre amarilla contra las picaduras de la estegomía; y se destruyó toda estegomía que hubiera picado enfermos de fiebre amarilla; es decir: todas las estegomías que se encontraban en las cercanías del paciente. La vigilancia de la Sanidad Marítima permitió que se pudieran llevar a cabo dichas medidas en los casos importados del extranjero.

El efecto de estas medidas se puede seguir en las estadísticas que en el trabajo antes mencionado ha condensado el Dr. Le Roy y que presentaremos ahora en forma aún más breve:

En enero de 1901 hubo 27 casos.

En febrero hubo 10 casos. Empezóse pues la campaña en la época en que, como siempre sucedía, bajaba hacia su minimum la morbilidad de fiebre amarilla. El éxito obtenido, así como también otras razones de carácter teórico, hacen pensar que ésta sea la mejor época para iniciar la campaña.

En marzo hubo dos casos y uno importado. En abril hubo dos casos.

En mayo hubo cinco casos y uno importado. Empezó, pues, a iniciarse la epidemia anual que venía caracterizando la modalidad epidemiológica de la fiebre amarilla entre nosotros desde la sexta decena del siglo XVIII.

En junio ocurrió un caso en La Habana y hubo otro importado.

En julio se importaron seis casos de Santiago de las Vegas y se presentaron seis en La Habana.

En agosto se importaron cuatro casos y se desarrollaron en La Habana 7.

En septiembre se presentaron nueve casos. Dos de ellos enfermaron el día 28. y fueron los últimos que en esta capital se han producido.

Ha creído la ponencia necesario presentar este resumen porque los últimos casos de la endemia que desaparecía tienen un interés particular en relación con los de fiebre amarilla experimental inoculados en el hospital Las Animas. Fueron éstos los más graves que hasta ahora se han obtenido por la inoculación experimental y, comprobados en tres de ellos las lesiones de la fiebre amarilla, tienen dichos casos gran importancia como demostración de transmisibilidad por el mosquito. Los que han querido negar dicha transmisibilidad han rechazado muchos, o todos los casos experimentales; han rechazado los casos benignos por considerar que no eran de fiebre amarilla; y de los graves se ha dicho que no habían contraído la infección por la picadura experimental, sino por el medio en que estaban viviendo.

En publicaciones brasileñas hemos leído, por ejemplo, que los casos experimentales de Guiteras no tienen valor alguno porque ocurrieron en un hospital de fiebre amarilla y en una población donde reinaba epidémicamente la enfermedad. Ya hemos visto cómo en vez de reinar, la endemia realmente agonizaba en aquellos momentos en la ciudad de La Habana. Precisamente los casos que en aquellos días, (segunda quincena de agosto) ocurrieron, forman un grupo bien limitado a un foco en el centro de la población, en torno del Mercado de Tacón o Plaza Nueva. Aquel fue el

último baluarte de la endemia; foco tan perfectamente definido y circunscripto que bastó con la destrucción de los mosquitos en unas pocas casas donde ocurrieron las infecciones, para darle el golpe de gracia al amarillo espectro que había velado funestamente en el nacimiento y durante la evolución de las colonias del Mediterráneo americano.

En cuanto al hospital mismo (Las Animas), nada más fácil de demostrar que la no infección de él durante los experimentos de Guiteras. Las invasiones de los casos por él producidos ocurrieron en las fechas siguientes: 11, 12, 14, 17, 18 y 20 de agosto. Veamos por otra parte cuál fue el movimiento de casos de fiebre amarilla en dicho hospital durante esos días y durante los meses anteriores del mismo año de 1901.

CUADRO DE LOS CASOS DE FIEBRE AMARILLA TRATADOS EN EL HOSPITAL LAS ANIMAS EN EL AÑO DE 1901 HASTA EL 10. DE SEPTIEMBRE, CLASIFICADOS SEGUN SU PROCEDENCIA DE LA HABANA, DE FUERA DE LA HABANA, O POR INOCULACION EXPERIMENTAL.

Meses	Casos de La Habana	Casos importados	Inoculados
Enero	3	2	0
Febrero	1	1	1
Marzo	1	1	0
Abril	1	0	0
Mayo	1	1	0
Junio	0	0	0
Julio	0	0	0
Agosto	0	1	6

De manera que los casos tratados en el hospital habían disminuido gradualmente hasta cesar del todo en los meses de junio y julio, precisamente la estación en que un edificio infectado debía de haber empezado a producir su cosecha de infecciones, y téngase en cuenta que durante todo ese tiempo a contar desde el 22 de febrero de 1901, además de los casos corrientes de otras afecciones que en el hospital ingresaban, y que en gran parte eran no inmunes, teníamos también un contingente de jóvenes inmigrantes traídos especialmente de la Estación de Inmigración de Tiscornia para nuestros experimentos. Durante el mes de agosto había una existencia de 12 de estos recién llegados prevenidos para dichas experiencias y colocados en lo

que llamábamos el Departamento de Inoculaciones. La población no inmune que por aquel entonces en el hospital residía, consistía de

Enfermos de fiebre tifoidea	3
„ de orquitis	3
„ de anquilostomiasis	4
„ de febrícula	2
<hr/>	
Total de enfermos no inmunes	10
Enfermeras.....	4
Inmigrantes en la Sección de Inoculaciones	12
<hr/>	
Total	26

De esta población no inmune, consistente de 26 individuos sólo 6 fueron atacados de fiebre amarilla; y fueron precisamente los 6 que habían sido picados experimentalmente por ciertos mosquitos infectados en un caso de fiebre amarilla grave.

Queda por estudiar el caso que aparece en la columna de importados en el mes de agosto. Veamos si habrá podido ser este enfermo importado el origen de la pequeña epidemia del hospital Las Animas. Procedente de México en el vapor Monterrey, ingresó el paciente con fiebre amarilla en el hospital el día 6 de agosto. Según lo que sabemos hoy sobre la manera de transmisión de dicha enfermedad, es imposible que este caso haya sido el punto de partida de la pequeña epidemia del Dr. Guiteras. Ingresó el enfermo el día 6 de agosto, y el primer caso de la epidemia experimental ocurrió el día 11, es decir, con un intervalo de 5 días. Por más que abreviamos los periodos del ciclo de evolución de la fiebre amarilla tenemos que admitir 10 días en el mosquito y una incubación de dos días por lo menos en el hombre; lo que nos dará un término de 12 días. Y no puede decirse que este límite de 12 días se observa solamente en los casos de inoculación artificial. Antes que la Comisión Americana hubiese demostrado la existencia de un ciclo evolutivo de determinado número de días ya el Dr. Cáster, en sus estudios epidemiológicos, había observado que, cuando se importaba en una localidad un caso de fiebre amarilla, siempre pasaba un período de 12 o más días antes que empezasen a presentarse los casos secundarios.

Es evidente, pues, que la infección del hospital Las Animas estaba contenida en el pomo de boca ancha cerrada con manga de gasa donde se mantenían vivos los mosquitos infectados. Se suspendió la aplicación de

dichos mosquitos a personas no inmunes y cesó la pequeña epidemia de Las Animas. Se necesitó más tarde que hubiese un caso de fiebre amarilla para probar que era un charlatán uno que pretendía haber descubierto una inoculación preventiva, y se sacó un mosquito del pomo, y se aplicó a un individuo susceptible, y hubo otro caso. Se necesitó más tarde que hubiese otro caso para ciertos experimentos de filtración de suero, y hubo otro caso. Se creaba o extinguía la epidemia local de Las Animas con tapar o destapar un pomo.

Después de estos casos no ha habido en Las Animas sino fiebre amarilla importada, a saber:

A fines de 1901	2 casos
En 1902	7 "
En 1903	10 "
En 1904	2 "
En enero de 1905	3 "

El sistema de profilaxis que en el hospital Las Animas se ha mantenido durante esos años ha sido efectivo, puesto que, mientras que pasaban por sus salas los 21 casos de la lista anterior, ha habido en ellas al mismo tiempo enfermos de todas clases que eran, en su mayoría, no inmunes. A pesar de esto, y sin que haya habido más separación y aislamiento de los enfermos que los que se obtienen por telas de alambre, nunca se ha propagado la enfermedad.

Según las teorías que aún hoy quieren algunos mantener, aquel hospital debía ser un foco pestilente de infección amarilla. Allí no se desinfecta nunca, en el sentido propio de la palabra, en casos de fiebre amarilla; y allí viven a menudo en el mismo cuarto con los enfermos sus allegados que los acompañan. Estas salas y estos enfermos son con frecuencia visitados por extranjeros de los Estados Unidos y de Europa, no inmunes a la fiebre amarilla. Un gran número de colegas de la Asociación Americana de la Salud Pública desfilaron por delante de los tres últimos casos que tuvimos en enero, importados de Panamá. En el laboratorio del hospital, que nunca se desinfecta, se examinan las excretas y la sangre, (que tampoco se desinfectan) de los casos de fiebre amarilla. El asistente que manipula todas estas cosas; que va a las salas a buscarlas; el que saca la sangre de los enfermos, es un español no inmune. En aquel mismo laboratorio se hacen las autopsias y asiste en ellas el mismo ayudante mencionado. Las dos últimas que allí se hicieron fueron presenciadas por seis colegas no inmunes, socios

de la Sociedad Americana antes mencionada. En aquel laboratorio conserva el director, sin lavarlas, las mismas mangas de gasa, ya mugrientas, que se vienen usando desde 1900 para cerrar los pomos de boca ancha donde se crían los mosquitos; mangas por donde han pasado muchas veces las manos y los brazos sudorosos de casos de fiebre amarilla. Dicho esto ¿no podemos afirmar que allí se ofrecen constantemente las oportunidades todas imaginables para que se efectúe esa explosión que hace tiempo nos vienen profetizando los mantenedores de viejas teorías?

Veamos ahora cuáles son las medidas de profilaxis que dieron fin a la gran epidemia de 1901, y que, mantenidas hasta ahora, nos conservan enteramente libres de la infección amarilla.

Cuando se trata de un caso importado, nuestra primera línea de defensa está en la vigilancia de la Sanidad Marítima, importante servicio sin el cual hubiera sido imposible la extinción de la fiebre amarilla en la República. Lo mismo puede decirse del Servicio de Inmigración. Recibida de cualquiera de estos dos departamentos la notificación de la existencia de un caso de fiebre amarilla a bordo de un barco o en el Campamento de Inmigración, se envía la ambulancia al muelle y el enfermo es trasladado inmediatamente al hospital Las Animas, debajo de un mosquitero. Atraviesa la bahía también debajo de tela de alambre. En Las Animas se le coloca en una habitación protegida contra los mosquitos. El edificio todo además está cerrado con tela de alambre. Cuando el paciente llega, se le considera, desde luego, como sospechoso de fiebre amarilla. La ropa que trae es desinfectada en seguida, por motivos de aseo y por la posibilidad de que se trate de otras infecciones. Durante el tratamiento no se toma precaución alguna con las excretas. Terminado el caso, si se ha confirmado el diagnóstico de fiebre amarilla, se procede a la fumigación del cuarto por medio del piretro; precaución extraordinaria que se toma aunque la tela de alambre garantiza una protección permanente contra el mosquito en todo el edificio. Podemos añadir aquí, como dato interesante, que los americanos tuvieron la buena suerte, al escoger el Campamento de Las Animas, para el aislamiento de casos de fiebre amarilla, de dar con un sitio naturalmente libre de estegomías.

Otras precauciones se toman si el caso resulta no ser de fiebre amarilla. El diagnóstico se determina lo más prontamente posible por la Comisión de Enfermedades Infecciosas.

Los pasajeros que llegan en buena salud de puertos infectados, y que no pueden probar su inmunidad son enviados al Campamento de Observación que forma parte de la Estación de Inmigrantes, en las afueras de la ciudad. El periodo de observación dura 5 días, durante los cuales se toma

temperatura mañana y tarde. A la menor indicación de fiebre se abriga al enfermo contra mosquitos, y se le traslada lo antes posible al hospital Las Animas.

Supongamos, por otra parte, que se presenta un caso sospechoso en la ciudad. En primer lugar, todo médico está obligado, por la ley, a dar parte de los casos sospechosos. Nuestra lista de enfermedades que deben ser denunciadas a la Sanidad, corresponde con la que rige en otras ciudades; pero añadimos además, «sospechosas de fiebre amarilla», «fiebre de borras», y «fiebre infecciosa». El parte de un sospechoso se recibe en la Sección de Estadística, y se traslada en seguida al jefe ejecutivo. Este lo traslada a un inspector de enfermedades infecciosas. Si el inspector no puede, con absoluta seguridad, excluir toda sospecha, hace cerrar con tela de alambre la habitación del enfermo, permite que quede en ella una persona para el cuidado del paciente y deja un centinela a la puerta. La Comisión de Enfermedades Infecciosas visita entre tanto al enfermo y decide finalmente sobre la naturaleza del mal. Según la opinión que emita, se continúa o se suspenden las medidas profilácticas ya encauzadas. En el verano de 1901, cuando todavía teníamos en La Habana algunos casos de fiebre amarilla procurábamos, y generalmente lográbamos persuadir al enfermo, si no era suscriptor de una de las quintas a que se trasladase al hospital Las Animas. Ofrecíamos todos los atractivos posibles. Permitíamos, por ejemplo, que la madre acompañase a su hijo, o que alguna parienta acompañase a la enferma, en la seguridad nunca desmentida, de que la fiebre amarilla no puede propagarse en aquel hospital cerrado de telas de alambre.

Para la desinfección se emplea el siguiente equipo:

Un vagón tirado por dos mulos y tripulado por 6 hombres, contiene:

Un tanque de agua de 100 litros de capacidad.

Paquetes de 100 gramos de bicloruro de mercurio.

Una caja de polvo de piretro, y una medida de una libra.

Una bomba de mano, y mangueras de JO pies.

Un generador de formol, No. 2.

4 escobas y 2 escobillas de fregar.

4 cubos.

2 cubos llenos de engrudo.

25 sartenes.

Una caja que contiene cepillos, hachas, martillos, clavos, cuchillos, otras herramientas y alcohol.

Paquetes de papel de periódicos cortados en tiras.

Rollo de papel fuerte de Manila.

Varillas de madera para improvisar tabiques, puertas y ventanas de papel.

Una lienza de medir.

Un escobillón fino para recoger mosquitos después de la desinfección.

Una escalera de extensión.

Dos latas de petróleo.

Solución de formol.

Un cubo con cloruro

Una pala.

Pedazos de frazada para limpieza de suelos.

Parte de este armamentario no se utiliza en la desinfección contra la fiebre amarilla.

El procedimiento, en los casos de fiebre amarilla es como sigue:

Se empieza por cerrar la habitación del enfermo con tela de alambre. El departamento suministra puertas y ventanas de esta tela, de todos tamaños, que se adaptan a las varias aberturas de la habitación. Temporalmente se cubren con papel de Manila las puertas o ventanas que comunican con las otras piezas de la casa, para impedir que el humo de la fumigación penetre en el cuarto del enfermo.

Se procede entonces a la fumigación del resto de la casa. Para hacer esto se cierran herméticamente los varios compartimientos, pegando tiras de papel en todas las hendijas. A veces improvisando tabiques y techos con papel y listones de madera, se cierran portales y patio, convirtiendo de esta manera los espacios más irregulares en locales herméticamente cerrados contra el escape del humo o de los mosquitos.

Después de la fumigación de la casa se traslada al enfermo, si es posible, a una de las habitaciones fumigadas y previamente cerrada con tela de alambre; fumigándose finalmente el cuarto que al principio ocupaba el paciente. Las casas vecinas, a menos que estén completamente incomunicadas con la casa infectada, reciben el mismo tratamiento. Como antes hemos dicho, el procedimiento a menudo se simplifica trasladando al enfermo al hospital «Las Animas».

La rutina del procedimiento en una habitación es como sigue:

El inspector o jefe de la sección designa a un hombre para cada una de las aberturas en el aposento. La obligación de cada uno de ellos es cerrar herméticamente cada abertura pegando tiras de papel sobre las hendijas. Al completar su trabajo el empleado pondrá sus iniciales en el marco de la puerta o ventana. Durante esta operación el inspector ha medido la capacidad cúbica del aposento. Siempre que sea posible se deja abierta para la entrada de la luz alguna abertura, como, por ejemplo, un

postigo que queda, por supuesto, tapado por papel, si no se tiene cristal. Al pie de este postigo se coloca una hoja de papel blanco humedecido. Sobre esta hoja vienen a caer generalmente los mosquitos que, huyendo del humo vuelan hacia la luz del postigo, y allí pueden recolectarse más fácilmente. El polvo de piretro se coloca en sartenes en medio de la habitación, y se le da fuego encendiendo un poco de alcohol en cada sartén. Una puerta ha quedado abierta para la salida de los hombres, los cuales antes de dejar la habitación remueven y desparraman por el cuarto las ropas que en él se encuentran. Ciérrase ahora la puerta de salida, pegándole por fuera tiras de papel, y fijando sobre ella el sello del departamento. El piretro se quema en la proporción de una libra por cada mil pies de espacio cúbico.

En el término de 4 horas vuelve la Sección; se abre cuidadosamente para dar entrada a los desinfectores que barren las paredes, techos y suelo, después de sacudir de nuevo las ropas. Se recogen con cuidado los insectos de los cuales algunos que se encuentran aún vivos son quemados inmediatamente, los demás, son llevados al laboratorio del hospital «Las Animas» para su identificación, si ésta interesa.

Se procede en seguida a echar petróleo en todos los receptáculos donde puedan criarse larvas de mosquitos. Al mismo tiempo el inspector indaga con respecto al lugar donde puede haberse infectado el enfermo, los lugares que visitó durante los 5 días anteriores a su enfermedad, y las personas que puedan haber sido picadas al mismo tiempo que el enfermo. Toma también el inspector un censo de toda la población no inmune de aquel vecindario. Toda esta información se hace asunto de un informe especial al jefe de Sanidad. El informe contiene también las recomendaciones que se juzguen convenientes con respecto al estado sanitario de la casa.

El departamento de Sanidad de La Habana está preparado para desinfectar, de la manera que he descrito, 24 casas en un día, y en efecto, ha llegado a desinfectar, en este término hasta 22 casas, con un gasto de \$ 00 libras de piretro.

Antes de retirarse el jefe de la sección exige de la familia, que se firme un certificado en que conste que la fumigación no ha producido perjuicio alguno a la propiedad, o en caso contrario, constarán las quejas que se juzguen oportunas.

Con respecto al polvo de piretro conviene advertir que el humo no mata todos los mosquitos; pero, al cabo de las 4 horas que exige el reglamento para la fumigación, todos están incapacitados para volar y pueden recolectarse fácilmente de la manera que he descrito.

El humo deja una muy leve mancha amarilla sobre las telas y los objetos blancos en sus superficies expuestas horizontalmente; pero ésta desaparece fácilmente. El humo del tabaco produce una mancha más intensa y un olor muy desagradable. También se han hecho experimentos con las hojas del guayabo, pero el resultado no es tan satisfactorio.

Hasta donde ha sido posible este sistema de defensa se ha instalado en los demás puertos de la República; y donde quiera que ha habido algún peligro inmediato, la jefatura de Sanidad ha acudido a combatirlo con sus propios recursos y los de la Sanidad Marítima.

Así sucedió recientemente en la ciudad de Santiago de Cuba donde logró por primera y única vez penetrar inadvertida la infección amarilla en nuestro territorio, dando lugar a que se produjeran dentro de él dos casos de la temida fiebre.

El primero fue el de S. A. Fuller, americano, que enfermó el 18 de octubre próximo pasado, en Punta de Sal, bahía de Santiago de Cuba, donde se hayen el embarcadero y fundiciones de las minas de Cobre. El día de la invasión hacía 23 días que había llegado Fuller de los Estados Unidos. Forzoso era por consiguiente, admitir que se había infectado en Punta de Sal o en Santiago, únicos lugares que había visitado en los cinco días antes de enfermarse.

Enviado uno de los que suscriben para informar con respecto a esta grave ocurrencia, pudo determinar que el foco de infección debía de estar en Punta de Sal, puesto que las visitas que a Santiago había hecho Mr. Fuller, las unas por demasiado remotas y la última por demasiado cercana, caían fuera del período de incubación de la enfermedad.

Por fortuna Punta de Sal se adapta admirablemente a los procedimientos de aislamiento y desinfección. Encuéntrase a una legua de la ciudad por mar, y a más de tres por tierra. Era fácil detener allí a la población no inmune e impedir que fuese a producir en otra parte un nuevo foco de infección. Podíase al mismo tiempo proteger a dicha población susceptible que allí quedaba aislada, por la destrucción rápida de los mosquitos infectados. La actividad de las autoridades locales se desplegó desde luego en esa dirección. Fumigaron inmediatamente la habitación que ocupaba Fuller; y a la llegada de los Dres. Guiteras y Agramonte, delegados por la Junta Superior de Sanidad, se procedió a la fumigación de todos los edificios de Punta de Sal. El éxito de estas fumigaciones está comprobado por el hecho de haberse circunscrito la propagación del mal a un solo caso secundario.

El origen preciso de la infección, o más bien, el modo de su introducción no pudo determinarse. Desde luego que sólo pueden aceptarse dos posibili-

dades, a saber: o ha entrado un enfermo con fiebre amarilla en el puerto de Santiago, o se ha introducido algún mosquito que venía infectado del exterior. En el primer evento hay que suponer un caso extremadamente benigno que traspasa las barreras de la Sanidad Marítima y se desarrolla ignorado de todo el mundo. Ahora bien, un caso de fiebre amarilla, no reconocido como tal, hubiera infectado muchos mosquitos, y se hubieran presentado varios casos al mismo tiempo que el de Fuller. Todo nos inclina, por consiguiente, a aceptar la segunda posibilidad, es decir, la importación de un mosquito infectado que logró trasladarse a tierra. Tal vez haya sido más de un mosquito; pero seguramente no fueron muchos, puesto que perecieron todos sin haber producido más que un solo caso: el de Fuller.

Diagnosticado éste en el tercer día de la enfermedad, se le presentaba a las autoridades sanitarias, como problema de primera importancia la destrucción de los mosquitos que en él (Fuller) se habían infectado durante esos tres primeros días, que son precisamente aquellos en que es transmisible la infección. Afortunadamente había 8 ó 9 días para llevar a cabo dicha destrucción antes que los insectos empezasen a hacer daño, y se aprovecharon con tal éxito esos días que sólo se produjo un caso secundario, el de Slater, que enfermó el primero de noviembre. Después de esa fecha no ha habido más fiebre amarilla en Santiago de Cuba.

Tanto Fuller como Slater, después de hecho el diagnóstico fueron aislados en el hospital de Cuarentenas de Cayo Duan, donde se les abrigó contra mosquitos en cuanto fue posible, y se les rodeó de un personal inmune. Terminado el tratamiento de los dos enfermos se destruyeron los mosquitos en el hospital.

Otra ocasión hubo de grave amenaza a nuestras defensas sanitarias, ocasión en que, lo mismo que en la de Santiago que acabamos de describir, el resultado final fue un triunfo del sistema profiláctico entre nosotros establecido. El caso es el siguiente: En julio de 1903 logró por medio de un certificado falso de inmunidad, desembarcar en La Habana un enfermo de fiebre amarilla, que procedía de México en el vapor «Vigilancia», y que fue a parar al número 29 de la calle de Inquisidor. Allí pasó las primeras 48 horas de la enfermedad, (el período más peligroso de ella) en una casa donde residían muchos no inmunes. Falto de asistencia en dicha casa se hizo trasladar al hospital Mercedes donde se descubrió inmediatamente la naturaleza del mal y se trasladó el paciente al hospital Las Animas. El tratamiento profiláctico de este caso consistió en destruir por la fumigación de piretro, todos los mosquitos que había en la manzana donde estaba enclavada la casa, y en el hospital Mercedes. Se hizo una lista de todos los

no inmunes que en dichas localidades a la sazón residían, y se les visitó diariamente para descubrir, sin pérdida de tiempo, las primeras señales de la propagación del mal. Gracias a la actividad desplegada no hubo un solo caso de infección secundaria.

Para concluir, señores, queremos volver por un momento a la contemplación del espectáculo que describíamos en la primera parte de esta ponencia; nos referíamos a la agonía y la extinción de la gran endemia. Qué satisfacción para nosotros el haber asistido en la última hora de una enfermedad epidémica tan arraigada entre nosotros que llegamos a adaptarnos a ella y a llamarla nuestra endemia. Qué gloria para todos el haber podido contribuir de alguna manera a la consecución de ese gran fin. Es la primera vez que se ha visto eso claramente en el mundo, un mal epidémico que agoniza y muere, desapareciendo para siempre. Y si nuestra satisfacción es grande, señores, cuál no lo será la del hombre, tan insigne como modesto, que por un esfuerzo intelectual que tiene muy pocos semejantes en la historia del pensamiento humano, hizo posible todo ese fenómeno sorprendente, ese beneficio sin igual.

Esta ponencia, deseando que el Congreso signifique de algún modo su admiración por el Dr. Finlay, tiene el honor de proponer que se adopte la siguiente resolución:

El Congreso Médico Nacional le pide al Congreso de la República, que haga publicar una edición completa de las obras del Dr. Carlos J. Finlay, y que le haga donación de la suma que juzgue suficiente para asegurarle el descanso en los últimos años de su laboriosa vida.

¹ Tema oficial del Primer Congreso Médico Nacional de Cuba. Leído en la sesión de 21 de Mayo de 1905.