

## *Revisión histórica del paludismo en Cuba*

Por el Dr. MARIO ORTEGA FERNANDEZ <sup>(1)</sup>

Las fiebres intermitentes fueron conocidas en Cuba (nos refiere el Dr. Rodríguez Pérez en un documentado trabajo presentado en el Primer Congreso Cubano de Patología Regional) desde los tiempos más remotos de la era colonial, aunque su identificación permaneció oscurecida con las demás fiebres continuas.

El historiador Pezuela, señala una epidemia de fiebres perniciosas que diezmó a La Habana desde junio a noviembre de 1620; es esa la primera noticia que tenemos de la enfermedad en nuestro país sin que hasta el momento baya en realidad unánime acuerdo sobre la verdadera naturaleza de esta epidemia que Le-Roy sitúa en 1621 y que Finlay sospecha que fuera Fiebre Amarilla.

El Dr. Fernández de Madrid publica en las Memorias de la Sociedad Económica de La Habana en el año 1824 un trabajo "Sobre el influjo de los climas cálidos y principalmente del de La Habana en la estación del calor".

Atribuye a la influencia de los efluvios de las aguas corrompidas, estanques, pantanos y sustancias vegetales y animales en putrefacción la presencia de las fiebres.

Fernández de Madrid se pregunta: "¿Cómo es que en esta ciudad tan favorable a la formación de pantanos por el fango e

inmundicias que abundan en sus calles, las enfermedades efluviosas son menos comunes que en los campos y pueblos circunvecinos?"

Rodríguez Pérez nos dice que la contestación a ello no podía encontrarla en los conocimientos científicos de la época. Todavía Finlay no había descubierto el papel del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla. Ni Manson el papel de este insecto en la transmisión de la filarí, hechos que sirvieron más tarde para explicar la del paludismo y hubiesen dado la clave a Fernández de Madrid al conocer las costumbres y hábitos de la vida de su mosquito transmisor.

Hoy sabemos (sigue diciendo Rodríguez Pérez) que son las especies de mosquitos del género Anopheles los que transmiten las fiebres intermitentes y que son mosquitos campesinos de las afueras de la ciudad y no domésticos como el temible transmisor de la fiebre amarilla el *Aedes aegypti*, por eso Fernández de Madrid roza la verdad, pero sin verla, al referirnos la observación exacta del hecho que comprueba en su práctica diaria: "En el barrio de San Lázaro he asistido más enfermos de fiebres intermitentes y remitentes atóxicas que todo el resto de la ciudad; no me fue difícil encontrar desde luego la causa. Un inmenso basurero que exhalaba a lo lejos una fetidez insoportable y diferentes pantanos, unos de agua dulce y otros de

Sep. <sup>30</sup>Oct. 1962

---

1 Del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo.

agua de mar, no podían menos que producir tan funestos efectos sobre la salud de aquella parte de nuestra población”.

Eran, comenta Rodríguez Pérez, los anopheles desarrollados en aquellos pantanos, los que mantenían y propagaban el mal y cuyo conocimiento le hubiera dado la causa del porqué “al mismo tiempo que desaparecen de las ciudades, se mantienen las fiebres intermitentes en nuestros campos, donde son endémicas”.

A este período en el que con el epígrafe de pirexias y de fiebres intermitentes se incluían todas las fiebres a excepción de la fiebre amarilla, le llama el Dr. Rodríguez Pérez período *primitivo o antiguo*.

En el año 1840 aparecen instituciones como la Academia de Ciencias, la Sociedad de Estudios Clínicos y la prensa médica, desarrollándose según el autor antes citado, el segundo *período histórico* del paludismo, extendido hasta el año 1889.

El Dr. José Martínez Fortún, en un documentado trabajo sobre “Epidemiología”, señala que en los años 1842- 1844-1845-1850, aparecen en Sancti Spiritus, Santa Clara, Bayamo, Matanzas y Sagua brotes de fiebres algunas nombradas intermitentes que podríamos catalogar como palúdicas.

El sabio Dr. Santiago Ramón y Cajal, Premio Nobel de la Medicina, poco después de graduado, allá por el 1874, ingresa en la Sanidad Militar de la península y recibe la orden de trasladarse a Cuba, formando parte del ejército español que venía a combatir a los cubanos levantados en armas y peleando por su independencia, en una guerra que duró 10 años (1868-1878). Nos relata Cajal, que fue destinado a un Hospital situado entre Nuevitas y Camagüey, de capacidad para 200 enfermos, casi todos palúdicos, donde al fin contrajo él mismo dicha enfermedad,

sufriendo de acentuada esplenomegalia y llegando a ser un caquéctico palúdico, que al poner en riesgo su vida, le dio la oportunidad para regresar a España, renunciando su puesto para ingresar después en el profesorado y ser el maestro que todos conocemos.

Parece oportuno recordar aquí la interesante anécdota atribuida al Generalísimo Máximo Gómez: “Tenemos como generales aliados los meses de mayo, junio y julio”, se refería seguramente, a las continuas lluvias produciendo el aumento del mosquito que llevaba aparejado la gran incidencia de paludismo, con un elevado índice de mortalidad entre la tropa española.

En 1888, una grave epidemia de paludismo aparece en la provincia de Pinar del Río afectando principalmente Cabañas y Bahía Honda, siendo estudiada por Madan y Dávalos, que rinden un notable informe publicado en la Crónica Médico Quiriúrgica.

Una epidemia análoga se declara a fines del mismo año 1888 en la provincia de Matanzas, en la zona de Guareiras.

Rodríguez Pérez ya citado nos dice que en el año 1889 el Dr. Enrique Morado estudiando la sangre de un palúdico en el Laboratorio de la Drónica, encuentra los cuerpos semilunares de Laverán, siendo confirmado por los doctores Madan, Tamayo y otros.

Este hecho señala, a juicio del doctor Rodríguez Pérez el *tercer período o etiológico* de la Malariología en Cuba.

San Martín, Dávalos y otros, habían realizado grandes esfuerzos por encontrar el parásito en los focos epidémicos que estudiaron, aunque fueron inútiles.

Coronado confirma los semilunares señalados por Morado y encuentra además las distintas formas del parásito.

También sostiene por primera vez la transmisibilidad del paludismo de hombre a hombre, en trabajos comunicados en 1897 a la Academia de Ciencias; estudios confirmados por Guiteras.

Finlay enuncia en 1881 la doctrina de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito.

Manson en 1884 descubrió que el mosquito era el agente transmisor de la filaríasis y en 1898 Grassi, Ross, Bignami y Bastianelli, demuestran que es el mosquito anopheles el transmisor del paludismo.

La presencia de anopheles en Cuba es señalada por Arístides Agramón, estudiada después por Guiteras y Taylor, entomólogo del Hospital Las Animas en 1903.

Lebreton, en 1904 inicia el estudio del ciclo completo de evolución del parásito en el mosquito vector; según él, le impidió conseguir su objetivo la corta vida del anopheles en cautiverio.

Fue Taylor, a sugerencia del Profesor Dr. Juan Guiteras, quien encuentra esporozoitos en cortes de glándulas salivares de *A. albimanus*, de 12 a 13 días de infección artificial, quedando así establecido el ciclo malárico experimental en Cuba.

Situados ya dentro del tercer período o período etiológico de la Malaria, creemos oportuno mencionar aquí el interesante trabajo del Dr. Agustín Montero de Santiago de Cuba en el que reporta dos casos de fiebre cuartana producidas por el *Plasmodium malariae*.

El primer caso ocurre en una niña de 23 meses de edad, cubana, procedente del Aserradero, barrio rural de El Cobre.

El segundo caso es la madre de la niña antes mencionada y de la misma procedencia. En ambos casos el Dr. Montero hizo el diagnóstico microscópico, notificó los casos a la Jefatura Local de Sanidad y al tener conocimiento de ello el entonces

Secretario de Sanidad Dr Juan de Moya, reclamó las láminas para su comprobación, siendo confirmado el diagnóstico del Dr. Montero que nos refiere, tener noticias de la presencia de este tipo de fiebre en Santiago de Cuba durante los primeros años del siglo actual, aunque sin poder asegurar que hayan sido autóctonos. El doctor Arístides Agramonte reportó un caso de cuartana en un soldado del ejército americano de ocupación, y algunos otros casos fueron encontrados en individuos que habían contraído la infección fuera del territorio de la Isla.

La cuartana, nos dice el Dr. Montero es quizás la forma de paludismo más antiguamente conocida. Era uno de los más implacables azotes de la humanidad. Era una maldición. Y así la formulaban los romanos en los tiempos de su Imperio cuando increpaban a un enemigo: "Cuartana te teneat" (Ojalá te coja la cuartana) que traducido a nuestro folklore equivalía a decir "Malrayo te parta". Y así era, en efecto todos los años, cuando los vientos tramontanos traían hacia Roma las miasmas de la\* lagunas pantanosas del Pontino, los más fornidos gladiadores y los más robustos héroes del invencible ejército, eran víctimas deleznable de la temible cuartana.

Siguiendo el orden cronológico de la evolución del paludismo, de acuerdo con los estudios de José Martínez Fortún, antes mencionado, tenemos que en los años 1922 y 23 se señala como endémico el paludismo en Oriente exacerbándose en el año 1929 donde se reportan hasta unos 60,000 casos.

En los años 1931, 1932 y 1933 mueren 1299 de paludismo.

En el mes de octubre de 1933 se denuncian 500 casos en el Municipio de Puerto Padre, Oriente, sin que sobre ellos se tomen medidas (postrimerías

del Gobierno de Machado) lo que eleva la cifra a 9,500 casos; algunas medidas reducen las cifras a 5,000 casos, manteniéndose con alguna variación hasta el mes de junio en que cobra eran intensidad, para llegar a fines de julio de 1934 a 12,500 casos reportados. En estas circunstancias, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia nombra un Comisionado Especial para combatir la epidemia; se le adjuntan para la campaña 13 médicos y 5 enfermeros graduados.

Se emplearon 748,178 cápsulas de quinina 23,288 ámpulas de quinina 46,259 comprimidos de atebrina 46,654 comprimidos de plasmoguina.

Para fines de octubre, la cifra de enfermos era 1,600 en tratamiento, siendo raros los casos nuevos.

En el año 1935, el Gobierno cubano invita a la Fundación Rockefeller a trabajar en Cuba en cooperación con la Dirección de Sanidad en asuntos de salubridad pública.

Se llegó a un acuerdo entre Gobierno y Fundación, estableciéndose las bases económicas y de trabajo y se decide principiar con un reconocimiento general de la malaria y el estudio de dicha enfermedad en toda la República.

Los trabajos principian en el año 1936 y duran hasta el año 1942.

El reconocimiento consistió en un examen clínico, esplenomegalia y examen de sangre de niños en las escuelas públicas de las zonas urbanas y rurales y determinación de larvas y de adultos del mosquito anopheles, en distintos municipios y localidades de las 6 provincias de Cuba.

Las conclusiones fueron las siguientes:

1. En el reconocimiento del Paludismo en la isla de Cuba se examinaron

90,767 niños para la investigación del bazo y 42,320 para la investigación de parásitos en la sangre.

2. Se encontró un promedio bajo sobre bazos aumentados, un 9% en las 6 provincias en que está dividida la isla.

3. Sólo 201 niños fueron encontrados con parásitos en el momento del examen, divididos igualmente entre las modium vivax y Plamodium falciparum.

4. El paludismo no es endémico en gran parte de la isla y solamente de ligera o moderada endemicidad en áreas limitadas en el resto del territorio.

5. Como el paludismo no es endémico, todos los años ocurren epidemias en áreas localizadas, y a intervalos 'Ocurren epidemias extensas.

6. La relativa ausencia del paludismo en la isla, se debe en parte al carácter poroso del suelo en grandes secciones del país, que favorece un rápido escurrimiento de las lluvias.

Muchas de las epidemias son debidas a problemas creados por el hombre.

7. Cinco especies de anofeles se encontraron: *A. albimanus*, *A. crucians*, *A. grabhami*, *A. vestitipennis*, y *A. átropos*. Este se encontró por primer\* vez en Cuba durante el reconocimiento.

8. El anofeles albimanus, es la especie más prevalente. El *A. cruciam* se encontró infectado naturalmente y probablemente transmite el paludismo en ciertas áreas cercanas, a la costa. El vestitipennis no puede ser descartado como un vector ocasional; las otras no han tenido importancia en nuestras investigaciones.

En relación con la altitud se señala: "La mayor parte de la isla se caracteriza por planicies bajas y la gran mayoría de la población habita en alturas por debajo de 500 metros; los problemas de paludismo

cuando existen, ocurren, por lo tanto, en lugares de baja elevación. En la provincia de Oriente, la más montañosa, la proporción de bazo positivos decrece con el aumento de la elevación.

Estas son las conclusiones de la Comisión de Malaria y Fundación Rockefeller.

Por último, debemos señalar que la Décimo Cuarta Conferencia de la Oficina (Sanitaria Panamericana de Santiago de Chile, declaró urgente comenzar los

programas de erradicación de malaria en el continente americano, así como la Octava Asamblea Mundial de la Salud en México, el año 1955, acordó extender universalmente el programa Panamericano.

El 10 de marzo de 1959, se crea la Comisión de Encuesta de Malaria por el Gobierno Revolucionario de Cuba y el mismo, crea en Enero de 1961, el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP).