

CRÓNICAS

FRAMBESIA¹

Colombia.—El número de junio-julio, 1936, de la *Revista de Higiene* de Colombia, está dedicado a los trabajos presentados en la Conferencia del Pian celebrada en Buenaventura, en junio 1936.

El Director de Higiene del Chocó describió las campañas sanitarias libradas de 1931 a 1936, señalando que en ninguna de las regiones de la República han tomado la extensión y desarrollo que en dicho territorio. En estas campañas ha habido varias etapas. La primera abarcó de 1931 a 1934; la segunda termina actualmente, y la tercera comenzará sin duda al adoptar las conclusiones de la Conferencia. Antes de 1931, en el Chocó no se había tratado un solo pianoso. En 1930, Rodríguez R., médico de sanidad del puerto de Quibdó, denunció la presencia del pian en el Chocó con caracteres alarmantes, y en 1931 empezó el tratamiento de los enfermos, a los que tuvo que obligar la policía a presentarse. Después se extendió la noticia de los beneficios del tratamiento, y a fines del año acudieron los primeros voluntarios a recibirlo. En 1931 se trataron 600 casos. En 1932, la Intendencia concedió una partida para un médico en Istmina, y la Dirección Nacional de Higiene creó una Comisión Sanitaria en el Chocó, con dos médicos y sendos ayudantes, siendo los gastos sufragados por mitad por la Dirección y por la Intendencia. De esta manera, funcionaron en 1932 dos dispensarios: uno en Quibdó y otro en Istmina. En ese año se trataron 2,298 casos de pian y 2,133 de anemia tropical; en 1933, 2,541 y 2,123, respectivamente, y además, se inspeccionaron 4,847 casas. En 1931-1934 se trataron 8,429 casos de pian y 5,853 de anemia, dándose por curados 7,587 (90%) de los primeros, aunque es posible que entre los curados figuren enfermos sólo blanqueados por un primer tratamiento. El total gastado en ese período fué 36,525.00 pesos; es decir, que cada tratamiento costó 4.30 si se cuentan los anémicos. En agosto, 1934, haciéndose esto efectivo en enero, 1935, se reorganizó la campaña en forma más amplia, creándose cinco comisiones sanitarias con sede en Quibdó, Sautatá, Istmina, Condoto y Nuquí. Como producto terapéutico se adoptó el quinobismol, producido por el Instituto Nacional de Higiene, usándose además otros arsenicales, como el solusalvarsán. Se utiliza la fuadina para la leishmaniasis. La campaña antianémica se hace a base de aceite de quenopodio y ricino. En 1935 se trataron 16,525 piánicos y 14,907 anémicos en 23 poblaciones, a un costo de 52,200 pesos, sufragados principalmente por la Intendencia y el Departamento Nacional de Higiene, costando cada tratamiento 2.40 pesos. No hubo accidente alguno en los tratamientos, aparte de ligeros síntomas de intoxicación en una joven anémica. Además, se hospitalizaron en el Hospital de San Francisco 255 enfermos, cuya asistencia promedió 51.76 pesos. En 1936 continuaron funcionando las campañas, aumentando a 16 el número de inspectores, y a 17 el de dispensarios, tratándose en los primeros cinco meses del año 5,480 piánicos y 4,530 anémicos, y atendiéndose en el Hospital de San Francisco de Asís 152 enfermos. Aunque el número de enfermos ha bajado, para el autor esto no indica descenso de la enfermedad, pues Rodríguez R. tenía censados 40,000 en el Chocó. En 1936 se calcula el gasto en 54,400 pesos. Para el autor, el empleo de comisiones ambulantes entraña ciertos

¹ La última crónica sobre Frambesia apareció en el *Boletín* de julio 1936, p. 672.

defectos y dificultades, como son lentitud y poca regularidad en los tratamientos, de modo que favorece el establecimiento de dos clases de dispensarios: centros fijos y clínicas ambulantes. También cree conveniente construir pequeños hospitales en algunos municipios. En lo tocante a saneamiento del suelo, se ha hecho muy poco debido a costo excesivo de la obra. En la profilaxia del *paludismo*, que es endémico en toda la región, el petrolaje tropieza con la dificultad de constantes lluvias e inundaciones que arrastran el aceite, y en lo tocante al verde de París, lo diluyen. La destrucción de los mosquitos resulta demasiado costosa, habiendo observado el autor en algunos esteros de la costa norte larvas del *A. tarsi-maculatus* en agua salobre. Otros métodos resultan difíciles, por la pobreza de los habitantes. La destrucción de los gametos con el medicamento tampoco resulta ideal, pero va a probarse. (Uribe Lince, A.: *Rev. Hig.*, 69, jun.-jul., 1936.)

Describiendo la campaña librada en el departamento del Valle, Ablanque declara que la difusión de la endemia del pian alcanza allí proporciones máximas, pues afecta a casi la totalidad de los moradores, 25% de ellos en el período activo, y el resto en período de latencia, que puede exacerbarse en cualquier momento, según ha observado repetidas veces el autor. La campaña actual data de 1933, en que la propusiera Cruz y se creara un consultorio en Buenaventura. De esta población se ha ido extendiendo la lucha a otras partes del departamento. En el tratamiento han utilizado principalmente en los niños el bismuto, y en los adultos el neosalvarsán y el bismuto, así como otros arsenicales. La proporción de ulcerosos es enorme, y se les cauteriza con formalina al 20%. Hasta la fecha se han tratado en el departamento 5,181 enfermos. (Ablanque, Luis: *id.*, 105.)

Llorente O. apunta que en el litoral de Nariño, en las dos provincias, de los 90,000 habitantes, 22,000 (24.44%) están enfermos de pian en el período activo, que recobrarían su salud y tornarían al trabajo con un tratamiento adecuado. El departamento, desconectado del resto del país por falta de vías de comunicación, necesita el establecimiento de dos zonas de tratamiento, para lo cual precisaría una suma de 20,000 pesos, 10,000 de los cuales serían contribuidos por el departamento mismo. (Llorente, O., M.: *id.*, 119.)

Henao Toro señaló que en el departamento de Caldas el pian se ha presentado únicamente en las regiones nordeste y occidental, siendo la zona principalmente invadida la correspondiente a la frontera con el Chocó, aunque se han observado casos esporádicos en otras partes. Parece indudable que la infección es una expansión de la endemia que afecta a toda la costa del Pacífico. En la antigua provincia de Manzanares la infección no se presenta sino en determinada altura, desde las orillas del río Magdalena, hasta los 1,500 m más o menos sobre el nivel del mar, y la manifestación primaria aparece casi siempre en las partes descubiertas, lo que parece indicar que los insectos picadores que abundan propagan o favorecen la propagación. Otro factor de difusión es el desaseo en que viven los habitantes. (Henao Toro, F.: *id.*, 121.)

Otro trabajo presentado a la Conferencia fué el de Paz Otero, exmédico jefe de la campaña antiplánica del litoral Pacífico, quien repasara los diversos aspectos de la enfermedad y los conocimientos disponibles sobre ella, explicando que si bien otros autores han asignado al mal una mortalidad de 2.58%, en 2,000 enfermos que él tratara en la costa caucana del Pacífico, sólo se registraron dos muertes, no obstante ser cierto que en muchos casos crónicos las enfermedades intercurrentes y complicaciones ponen fin a la precaria existencia del enfermo. En su esquema de tratamiento, recomienda iniciación con un vermífugo; principiar al tercer día el ataque, alternando el salvarsán y el bismuto, y aplicando, según la tolerancia, cada tercer día bismuto y cada cuarto día salvarsán, y continuando hasta que el enfermo adulto haya recibido 4 gm de arsénico y unas doce inyecciones

de bismuto. Después de un descanso de 60 a 90 días, se aplicará un tratamiento de consolidación, igualmente alternado. Con esta serie se da por terminado el tratamiento, aunque convendrá examinar a los enfermos nuevamente después de seis meses. Como coadyuvante y también como sustituto, sobre todo en los niños, podría probarse el paroxil en grandes dosis, y sería deseable combinar experimentalmente el paroxil con el bismuto, pues así resultaría más económica la asistencia. Los niños y las embarazadas toleran muy bien el salvarsán a dosis moderadas. El tratamiento local de las bubas y úlceras ayuda al tratamiento interno y evita la propagación, además de enseñar aseo a los enfermos. Como desinfectante aconsejarse el permanganato y el ribanol, aunque éste es mucho más caro. Entre los polvos secantes antisépticos figura en primera línea el dermatol, y también se pueden emplear pomadas mercuriales. La campaña se debe dirigir en primera línea contra el foco mismo de la infección, o sea el pianoso mismo, atendiendo de preferencia a los jóvenes y niños. La única profilaxia segura y eficaz es el aseo, de modo que las medidas preventivas se reducen a aislamiento de los enfermos en actividad, tratamiento local de las úlceras, y si es posible, la desinfección o destrucción de las habitaciones o chozas notoriamente contaminadas. (Paz Otero, G.: "El pian," Bogotá, 1936.)

La Conferencia Antipiánica en sus conclusiones declaró que existen actualmente en la intendencia del Chocó y los departamentos del Valle, Cauca y Nariño, 70,000 enfermos de pian en actividad: en el Chocó, 34,000; en el Valle, 6,000; en el Cauca, 8,000, y en Nariño, 22,000, haciendo constar que 90% de toda la población está infectada. El tratamiento se consideró como muy aproximado al de la sífilis, recomendándose para los adultos un ataque combinado de 4 gm de un arsenical tolerable por vía intramuscular o intravenosa, y 12 inyecciones de una sal de bismuto. Después del primer tratamiento se administrará otro de consolidación. Para las formas tardías y reacias se recomendó el yoduro de potasio, y para los niños los mismos tratamientos anteriores, pero en dosis graduadas para la edad y constitución física. Al mismo tiempo deben tratarse las infecciones coexistentes de malaria, helmintiasis y otras afecciones. Conviene iniciar el tratamiento con un purgante, y hay que tomar en cuenta que algunas manifestaciones del pian requieren la intervención quirúrgica. Para control de tratamiento y estadística, se recomendó un cuadro y un fichero modelos, duplicados de los cuales se remitirán a la Dirección Nacional de Higiene. A fin de capacitar a los inspectores para atender a los enfermos, hay que prepararlos técnicamente, debiendo escogerse cuidadosamente el personal. Para el establecimiento de la campaña precisan ocho lanchas acondicionadas. En los núcleos de población más importantes deben construirse campamentos que sirvan de dispensario y vivienda de los inspectores. En cada centro debe instalarse un pequeño laboratorio. Para enfermos inválidos o procedentes de sitios lejanos, se recomienda la instalación de hospitales en Quibdó, Istmina, Nuquí, Guapi, Tumaco, Barbacoas y el Charco, los cuales serían servidos por los médicos de la campaña y practicantes. Cada distrito debe dividirse en zonas a cargo de un médico. Para poder llevar a cabo estas recomendaciones, precisaría un presupuesto para el primer año de 159,000 pesos. La campaña duraría siete años, con un costo medio de 100,000 pesos anuales. (Llorente, Max; Paz O., G., y Uribe Lince, A.: *Rev. Hig.*, 111, jun.-jul., 1936.)

El 16 de septiembre de 1936, el Congreso de Colombia dictó una ley estableciendo que, a partir del año 1937, la campaña contra el pian en el litoral del Pacífico será hecha con fondos nacionales, departamentales y de la intendencia del Chocó, en forma sistematizada y general, y ciñéndose a las normas que indique el Departamento Nacional de Higiene, el cual queda autorizado para celebrar convenios locales o contratos con los departamentos afectados. En el presupuesto se in-

cluirá una partida de 100,000 pesos como contribución nacional para 1937, y en los siete años siguientes una partida anual de 50,000 pesos, con el mismo objeto. Se entiende que la colaboración entre la nación y las secciones respectivas tomará como base una contribución nacional que cubra la mitad del costo de la campaña total. La Dirección Nacional de Higiene queda también autorizada para celebrar contratos similares a los anteriores con otros departamentos, intendencias y comisarías que confronten el mismo problema. (*Id.*, 126.)

Cauca.—De las zonas tropicales en Colombia, es la costa caucana una de las más atacadas por toda clase de endemias, siendo las más comunes el paludismo, la anemia tropical y el pian. El pian, especialmente, devasta toda la región, siendo verdaderamente desconsolador el crecido índice de infección en el personal escolar. Entre 1,174 niños de 29 escuelas, 824 resultaron atacados de *pian*, o sea 70 por ciento. No se pecaría por exceso al aplicar esta proporción a los 28,000 habitantes que se calcula moran en la costa caucana, lo que daría un total de 18,000 enfermos, unos 8,000 de ellos en actividad. Funcionando simultáneamente tres dispensarios en la campaña, tal como se lleva a cabo, se podrían curar anualmente unos 800 pianosos, lo que exigiría 10 años para curar los 8,000 enfermos en actividad y unos 100,000 pesos. Paz Otero considera que si se logra adelantar la campaña con 5 practicantes y una buena cantidad de drogas, se podrían obtener unas 2,000 curaciones anuales, lo que implicaría sólo 4 años para el saneamiento de toda la comarca. Los parásitos intestinales constituyen otra de las terribles endemias del litoral, pudiendo asegurarse que un 100 por ciento de los habitantes están infestados. (Paz Otero, G.: *Rev. Hig.*, 85, mayo 1936.)

Chocó.—El Dr. Antonio José Rodríguez, Director de Higiene de la Intendencia del Chocó, Colombia, describió recientemente la campaña antiframbésica librada en dicha región. De 1930 a 1934 se aplicaron 60,000 inyecciones, y en 1935, 120,000. La Dirección de Higiene de Colombia está considerando el proponer a otros departamentos donde el pian es endémico, la ejecución de campañas semejantes a la librada en el Chocó, en la cual colaboran las autoridades sanitarias y el gobierno. (*El Tiempo*, p. 7, mzo. 8, 1936.)

Cuba.—Con motivo de haberse descubierto gran número de casos de pian entre los trabajadores del interior de la Isla, la Junta Nacional de Sanidad ha declarado la frambesia enfermedad de declaración obligatoria.

Venezuela.—Lárez R. apunta que entre los problemas del país, uno de los más importantes es el de la frambesia o pian, que se va extendiendo en las más apartadas regiones de los campos. El autor cree probable que el mal fuera introducido en América por los negros esclavos, pero desde la emancipación de éstos, ha quedado predominando en Venezuela. Para él, el mosquito jején es uno de los intermediarios y grandes propagadores, no bastando el simple contacto para contraer el contagio, pues se necesita una solución de continuidad de la piel para ello. En el distrito Benítez, donde el pian es muy común, pudo el autor observar que no es congénito ni hereditario, ni transmitido por la leche de la madre al hijo, pues las madres atacadas dan a luz hijos completamente sanos, y los niños enfermos lo habían adquirido después del nacimiento, habiendo siempre como factor preexistente una solución de continuidad. El contagio nada tiene que ver con profesión, raza, sexo ni edad, y la enfermedad dura meses y años, dependiendo la duración del estado general del sujeto, de la idiosincrasia, condiciones higiénicas y tratamiento empleado. Para el autor, el pian es una enfermedad distinta de la sífilis, pues el mismo individuo puede tener ambas enfermedades, y el pian puede desaparecer completamente en una región y quedar allí la sífilis. En los distritos Arismendi y Benítez, y el municipio San José, del Estado de Bolívar, hay por lo menos 2,000 personas inutilizadas por el pian, y en algunos caseríos han notado

que las personas que más lo padecen, son las que viven en las regiones donde más escasea el agua. El autor recomienda que se investiguen todos los casos, para descubrirlos y poder tratarlos. (Lárez R., E.: *Bol. Min. San. & Asist. Soc.*, 571, sbre.-obre. 1936.)

Jamaica.—De su estudio de la historia de la frambesia en Jamaica, Saunders, Kumm y Rerrie deducen que, aunque la enfermedad puede haber existido antes de la llegada de los negros africanos, fué introducida repetidamente por los esclavos y se ha localizado en ciertas partes de la isla. La actual distribución geográfica viene a ser idéntica que hace 20 o 40 años, según indican los datos del Departamento Médico. También se estudió-la posible relación con ciertos factores ambientales como precipitación, formación geológica, altura, estado sanitario, naturaleza urbana o rural de la localidad, y presencia de cierto insecto, o sea el *Hippelates pallipes*. En casi todos los sitios donde hay muchos casos se encuentran casi siempre una precipitación intensa, un terreno fértil muy húmedo y cubierto de vegetación abundante, una población campesina que vive en condiciones antihigiénicas, y muchos *H. pallipes*. (Saunders, G. M., Kumm, H. W., y Rerrie, J. I.: *Am. Jour. Hyg.*, 558, mayo 1936.)

Escolares.—Una encuesta realizada en Jamaica reveló que 15 por ciento de 85,000 escolares tenían o habían tenido frambesia en alguna ocasión, y se calcula que la proporción es aun mayor entre los 250,000 niños de edad escolar. En la isla el mal priva a unos 10,000 niños de asistir a la escuela cada año. En los distritos en que se ha empleado el tratamiento antiframbésico la asistencia escolar ha aumentado aproximadamente en 17 por ciento. (*Jam. Pub. Health*, 35, mayo 1936.)

Guyane et Antilles.—Dés 1777, la Guyane Française était déjà très atteinte par le pian et Bajon en donnait une longue description. A la fin de XIX^e siècle, cette endémie devenait plus rare. Considérant le pian comme en voie de quasi-disparition de certains pays de l'Amérique, Léger s'exprimait ainsi en 1928: "Dans les Antilles françaises, Guadeloupe et Martinique, de même que dans notre colonie Sud-Américaine de la Guyane, le pian, considéré autrefois comme un fléau au même titre que la lèpre, a pour ainsi dire disparu." Sauf pour la Guadeloupe, où le pian, quoique plus rare, existe encore en certains points, cet optimisme reste entièrement justifié en ce qui concerne la Martinique et la Guyane française. A la Guadeloupe, au lieu de sévir comme autrefois avec sévérité partout, ou sous forme de poussées épidémiques comme en 1927, il semble se localiser particulièrement depuis 1930 dans la région "sous le vent." Les statistiques des 3 dernières années mentionnent seulement 501 cas en 1932, 265 en 1933 et 364 en 1934. Par contre, à la Guyane, à part 5 hospitalisations en 1932, aucun cas n'est signalé en 1933 et 1934. Les statistiques ne font pas état du pian à la Martinique depuis plusieurs années, bien qu'il puisse en exister encore de rares cas dans le Nord de l'île. (Cartron: *Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.*, 541, mars 1937.)

Aborígenes australianos.—Para Hackett, si se elimina el granuloma pudendi en la mayor parte de los casos venéreos entre los aborígenes australianos, se trata de frambesia, pues ésta es frecuente, mientras que la sífilis es desconocida. En los museos de Australia hay huesos aborígenes de las regiones meridional y oriental, que revelan lesiones frambésicas. Para el autor, puede deducirse que probablemente cuando los europeos descubrieron Australia, ya existía la frambesia entre los indígenas, y mientras continuaron llevando su vida primitiva, padecieron de esa dolencia y no de sífilis. El hecho de que la enfermedad llamada "irkintja" por la tribu aranda sea frambesia, indica que ésta ha sido endémica en el centro de Australia por mucho tiempo. (Hackett, C. J.: *Med. Jour. Aust.*, 733, mayo 30, 1936.)

Sífilis y frambesia.—Butler recopila las observaciones de la Armada de los Estados Unidos en la isla de Guam, con respecto a la frambesia, y en particular las contenidas en los informes de Ward en 1899, y de Leach en 1900, haciendo notar el éxito del tratamiento específico. Para Butler, las observaciones verificadas allí pueden recapitularse así: Todo individuo que no puede contraer el chancro venéreo está ya infectado con sífilis; la gente de Guam no contrae chancros venéreos; la frambesia (principal enfermedad de la isla) inmuniza al hombre al chancro venéreo, y de ahí que frambesia y sífilis sean la misma cosa. (Butler, C. S.: *U. S. Naval Med. Bull.*, 6, eno. 1937.)

Resistencia a la reinoculación.—Turner describe ciertos experimentos en que inoculó intracutáneamente a frambésicos y sífilíticos espiroquetos vivos del pian, que en la mayor parte de los casos eran virulentos para el hombre. Como signo de inmunidad se consideró el no aparecer una lesión en el sitio inoculado. De 18 frambésicos, en 17 la autoinoculación resultó negativa. Entre 67 reinoculados con cepas heterólogas del virus frambésico, el resultado varió según la duración de la primoinfección, siendo los respectivos porcentajes de los refractarios: en los de menos de 1 año, 25; 1 a 3 años, 28.5; 3 a 8, 55.6; más de 10 años, 84.2. De los que presentaban lesiones activas al hacerse la reinoculación, 57.7 por ciento se mostraron refractarios. Entre los tratados recientemente por lesiones activas sólo 21.8 por ciento fueron refractarios. De los que habían tenido la enfermedad en forma latente por 2 años o más, 83.3 por ciento resultaron inmunes. En 7 reinoculados que no recibieron tratamiento inmediatamente después de aparecer la lesión inicial, se presentaron lesiones generalizadas de la piel o huesos. La lesión producida por la reinoculación no siempre se conforma al mismo tipo que las observadas durante la primoinfección. El período de incubación de la reinoculación en la mayoría de los que manifestaron lesiones varió de 2 a 6 semanas. En ningún enfermo se presentaron lesiones en el sitio de la reinoculación. El virus frambésico obtenido en un caso de los conejos resultó virulento para el hombre. De estos experimentos el autor deduce que la frambesia inmuniza al hombre contra la reinfeksió, y la resistencia se manifiesta desde una fecha temprana. En los primeros 3 años la reinoculación puede producir un ataque atenuado o abortivo, pero al cabo de 10 años la mayoría de los enfermos son refractarios. La interrupción de la evolución normal de la enfermedad por el tratamiento, parece retardar la aparición de la inmunidad. El autor termina diciendo que la sífilis también otorga una inmunidad a la frambesia tan marcada si no mayor que la que otorga la frambesia misma. (Turner, T. B.: *Am. Jour. Hyg.*, 431, mayo 1936.)

Transmisión por el *Hippelates pallipes*.—Kumm y Turner descubrieron en sus estudios preliminares que la transmisión mecánica de la frambesia al conejo, puede tener lugar por regurgitación de una vómica infectada por una mosca del género *Hippelates pallipes*, a las 7 horas o menos de haber comido. En Jamaica los conejos son relativamente insusceptibles a la infección con *T. pertenuis*, procedente de enfermos, cuando se inocular directamente dicho microbio en heridas en granulación, pues de 63 animales inoculados sólo 3 (4.8 por ciento), manifestaron frambesia. De 68 animales picados por *H. pallipes* infectados, 7 manifestaron lesiones positivas al ultramicroscopio. El divertículo esofágico infectado de un solo *H. pallipes* basta a veces para infectar a un conejo. De los experimentos descritos, los autores deducen que la frambesia puede transmitirse del hombre al conejo por el *H. pallipes*, y hay varias razones para creer que sucede lo mismo de hombre a hombre. Sólo los estudios subsecuentes pueden demostrar si la frambesia se transmite comúnmente de ese modo en la naturaleza, pero las siguientes observaciones parecen indicarlo: el *H. pallipes* muestra una preferencia marcada para picar en los miembros inferiores, en los cuales radican la mayoría de las lesiones primarias del pian en Jamaica; en 15 minutos se han capturado hasta

1,500 de esos insectos de lesiones frambésicas, encontrándose en el divertículo de un insecto hasta más de 300 *T. pertenue*; la distribución del *H. pallipes* y de la frambesia en Jamaica guarda mucha relación, abundando ambos más donde existe mucha precipitación todo el año y una vegetación lujuriosa. (Kumm, H. W., y Turner, T. B.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 245, mayo 1936.)

Datos generales.—En un extenso trabajo dedicado al pian en las colonias francesas, Gartron discute las varias fases del mal, incluso etiología, clínica, serología y terapéutica, y profilaxia, repasando de paso la literatura reciente. Aunque conviene en que ninguna raza está inmunizada naturalmente, el autor señala que la raza blanca es rara vez afectada, en lo cual se diferencia la dolencia, de la sífilis. No deja de mencionar, sin embargo, las estadísticas de Da Silva Araujo para el Brasil, que patentizan que la frambesia no respeta a los europeos. El autor apunta el reparto desigual del mal en las colonias francesas, en lo cual sin duda intervienen lo que llama causas favorecientes, y en particular la densidad de la población, sobre todo infantil. Por ejemplo, en el Camerón, de los 42,000 piánicos en 1934, 20,835 correspondían a la región montañosa y sobrepoblada de Dschang, a una altura media de 1,500 m, de clima templado, y donde el sol sólo aparece rara o tardíamente durante el período de lluvias y tormentas. Como allí existe la poligamia, en cada hogar hay a menudo tres o cuatro mujeres, si no más, y como cada una tiene dos o tres hijos, la promiscuidad inevitable favorece la difusión, siendo los niños los que pagan el tributo más fuerte al pian, aunque la proporción de los afectados varía bastante. En Madagascar en 1934, de 10,203 casos, 5,118 eran en niños. En conjunto, en las regiones más endémicas se encuentran afectados de 20 a 35%, y a veces hasta 60 o 70% de los niños, comparados con 5 a 10% en los adultos. La distribución suele ser así: 0 a 2 años, 38%; 2 a 5 años, 32%, y 5 a 15 años, 30%. Como se verá, pues, de 10 niños piánicos, siete tenían a lo más 5 años, y entre ellos había tres a cuatro lactantes. En resumen, tenemos en el pian una enfermedad de casas o de aldeas en que falta la higiene y abunda la promiscuidad. Ya descartado el factor hereditario, resta la contaminación sexual como posible, pero rara. En cambio, se admite la contaminación por vía cutánea, y después de una incubación de dos a tres semanas, aparece la lesión primaria, o sea el chancro, pianoma, o botón-pian o pian madre, como lo llaman algunos. En el pian los períodos de evolución no son tan rígidos como en la sífilis, y pueden aparecer ciertos signos en todas las etapas de la enfermedad. Entre millares de casos observados en Camerón, el autor no pudo encontrar más que tres chancros piánicos, que correspondieron a las formas III y IV de Montel, y no siempre es fácil descubrir esa forma. De Baudre, que estudiara el pian en el Camerón, declaró igualmente que jamás ha encontrado el chancro propiamente dicho, pero que frecuentemente los indígenas le han enseñado el pianoma inicial, por lo general más infectado y más extendido que en los otros, pero sin caracteres de lesión de inoculación. Seguy, entre más de 10,000 casos en Guinea, también ha encontrado raramente el chancro. Todo, pues, hace creer que ese chancro piánico es rara vez observado en estado puro, y que la lesión primaria, por lo general desfigurada por la pianomización secundaria, es mucho más corriente. La localización de la lesión primaria también varía mucho, pues entre 56 chancros Montel la encontró 44 veces en el miembro inferior, cinco en el superior, tres en la cintura, dos en la región cefalocervical, y dos en el tronco, creyendo que las dos últimas se observan más en particular en los niños. Rakotomihamina también la localiza principalmente en los miembros inferiores, 75%, comparado con 15% en los superiores, 5% en nariz y boca, 2% en los senos, y 3% en el dorso y caderas. En el informe anual (1935) del Camerón, que comprende sin duda un número mayor de niños, se mencionan: cara, 80%; cuello, 8; espalda y porción superior del tórax, 4; brazo, 3, y otros puntos, 5%. La tendencia es hoy día a aceptar el terciarismo

piánico que algunos autores, como Da Silva Araujo, todavía niegan, asignando las periostitis y osteítis al período secundario. El dominio del pian se ha extendido, pues, no solamente a las lesiones terciarias graves atribuidas en otra época a la sífilis, sino a otras afecciones como el goundou, la gangosa y las nudosidades yuxtoarticulares. Con respecto a mortalidad, también discrepan los datos, pues algunos la avalúan en 2 o 3%, y otros en mucho más. Las estadísticas de Indochina indican en 1933 y 1934, una mortalidad de 1 a 2% entre 1,556 piánicos hospitalizados. Está hoy reconocido que las serorreacciones en el pian vienen a compararse a las de la sífilis, pero Da Silva Araujo opina que los estudios del líquido cefalorraquídeo quizás ofrezcan un medio de diagnóstico diferencial entre sífilis y pian. Pasando a la terapéutica, el autor repasa los varios remedios recomendados, incluso el yoduro de potasio, que conserva todavía su valor en ciertas formas terciarias, y en los períodos de reposo el mercurio, que puede asociarse con los arsenicales, el sulfarsenol, los derivados sulfoarsénicos y por fin el bismuto, y últimamente el "frambesium" (preparación obtenida por trituración de pianomas a muy alta dilución). Este producto se utiliza, a dosis de 15 a 20 gotas por vía bucal, para sensibilizar al piánico, y va seguido de un tratamiento con acetilarsén o salicilato de bismuto. Aunque los últimos informes del Camerón no son tan favorables como los anteriores a este método, entre 556 piánicos que tratara el autor así, obtuvo el blanqueamiento en 94% con una a tres inyecciones de acetilarsén post-frambesium en un plazo de 12 a 20 días, habiendo en el otro 6% que aplicar más tratamiento, bien con bismuto o con neosulfarsenol. Entre 329 piánicos así tratados y mantenidos en observación durante tres a ocho meses, no se observaron recaídas más que en 4.6%, o sea una cifra mucho menor que la de 13% constatada antes cuando se empleaban neosalvarsán y sulfoarsenol sin frambesium. En el Camerón, para 1,575 piánicos estudiados después de varios tratamientos al cabo de 14 meses a 2 años, hubo un 6.6% de recaídas. Estas parecen disminuir cuando el ataque es más enérgico, en particular con arsenobenzol. Entre 13,302 piánicos estudiados en 1935 por Chomet en dos jefaturas de indígenas que había tratado en 1934 con novoarsenol y acetilarsén, observó en los dos años lo siguiente: Piánicos, 13,302; índice de morbilidad, 10 y 7.05%; índice de nuevas contaminaciones, 10 y 6.32%; índice de recaídas, 11.7%, habiendo una diferencia marcada en favor de la jefatura donde el médico, ayudado por un jefe inteligente, pudo verificar tratamientos más completos. Al discutir la profilaxia, el autor señala que cualquiera que sea el tratamiento, resulta más fácil blanquear un piánico y hacer desaparecer rápidamente un brote de pianomas que reducir al mínimo las recaídas, despistar los casos nuevos y obtener un descenso del virus en circulación en las regiones muy pobladas y endémicas. En otras palabras, si algunas inyecciones obtienen excelentes resultados en el tratamiento de ataque, las observaciones más recientes denotan que desde el punto de vista curativo y profiláctico los resultados sólo serán seguros con curas prolongadas y periódicas. Lo ideal consiste en no dejar reaparecer en las aldeas ningún caso nuevo o antiguo sin tratarlo y aislarlo inmediatamente hasta el blanqueamiento. Donde no se pueda contar con consejo de higiene, aislamiento o declaración obligatoria, de momento lo que conviene es tratar a todos los piánicos, sea en los centros o en la selva, con una serie de inyecciones por trimestre, o por lo menos tres veces al año, durante uno a dos años. Aun más que en la sífilis, la profilaxia y el tratamiento deben asociarse íntimamente en el pian, pues si no hereditario, es mucho más contagioso. La lucha contra el pian debe, pues, utilizar los métodos que se emplearon contra la enfermedad del sueño. Establecida primero por estudios minuciosos la carta de endemidad piánica de una circunscripción, debe atacarse el pian en el terreno, aldea tras aldea, y comenzando por las regiones más contaminadas. Todos los piánicos tratados y fichados deben ser reexaminados y tratados por lo menos tres veces en el primer año, y de haber recaídas o casos

nuevos en los intervalos, éstos deben ser aislados, o por lo menos tratados cuanto antes. La utilización de brigadas volantes de enfermeros dirigidos por un médico auxiliar, ha dado excelente resultado. A condición de utilizar todos los medios de acción y multiplicarlos en las regiones muy pobladas o endémicas, cabe poca duda de que hay muchas probabilidades de ver el pian, si no desaparecer rápidamente, por lo menos volverse mucho más raro y ser mucho menos grave. (Cartron: *Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.*, 541, mzo. 1937.)

Tratamiento en Jamaica.—Describiendo el resultado obtenido con el tratamiento intenso de la frambesia en Jamaica, Saunders señala que la enfermedad podría dominarse, teóricamente, de tres modos distintos: inmunización de los susceptibles; interrupción de la transmisión, o tratamiento de los focos infecciosos. De esos modos, el único que ofrece una solución posible por ahora, es el último. Con esa mira se ha mantenido una unidad terapéutica en campaña durante tres años, en un distrito de Jamaica donde el pian abunda mucho. A juzgar por el coeficiente de morbilidad y por el total de individuos con lesiones frambésicas, el resultado ha sido muy bueno, empleándose el neosalvarsán o salicilato de bismuto, siendo el efecto más marcado con el primero pero resultando más barato y fácil de administrar el último. El resultado cotejado a los seis meses en dos distritos distintos, fué favorable. En conjunto, en nueve zonas con una población de 21,900, el año antes del tratamiento hubo 1,243 infecciones nuevas (56.7:1,000 habitantes); al año de iniciarse el tratamiento sólo hubo 160 infecciones nuevas (7.3:1,000), o sea una disminución de 87.1%; al segundo año hubo 180 (8.2:1,000), baja de 85.5%; al tercer año hubo 55 (5.6:1,000), baja de 87.4%. En las cinco zonas en que se empleó el neosalvarsán, con una población de 11,300, las cifras fueron: año antes de iniciarse el tratamiento, 724 infecciones nuevas (64.1:1,000 habitantes); al año de iniciarse, 70 (6.2:1,000), disminución de 90.3%; al segundo año, 86 (7.6:1,000), 88.2% de disminución; al tercer año, 40 (6.6:1,000), 87.6% de disminución. En las cuatro zonas con una población de 10,600, en que se empleó el bismuto, las cifras fueron: año antes de iniciarse el tratamiento, 519 infecciones nuevas (49:1,000 habitantes); al año de iniciarse, 90 (8.5:1,000), disminución de 82.7%; al segundo año, 94 (8.9:1,000), 81.9% de disminución; al tercer año, 15 (4.1:1,000), 89.9% de disminución. En las tratadas con neosalvarsán la reducción representó 92% cuando se administraron seis tratamientos, y 86% con cuatro; y en las que se empleó bismuto, 85 y 80%, respectivamente. El número de personas con lesiones disminuyó en las nueve zonas, de 504 a los seis meses a 494 al año, a 368 a los dos años y a 49 a los tres años. La dosis de neosalvarsán y de bismuto se rigió por el peso, variando de 0.05 a 0.15 gm para los que pesaban hasta 11.3 kg, a 0.6 a 0.65 gm para los que pesaban 56.8 kg para neosalvarsán; y de 0.01 a 0.05 gm para los que pesaban 11.3 kg, a 0.26 a 0.3 gm para los que pesaban 6.8 kg para el bismuto. (El dominio de la frambesia con la terapéutica ya había sido demostrado en varios países tropicales, por ejemplo: por López Rizal, Gutiérrez, y Fernández, en un distrito de las Filipinas con un dispensario permanente en 1926, y por Lambert en Samoa en 1936.) (Saunders, G. M.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 335, mayo 1937.)

Importación de productos farmacéuticos en Colombia.—En su discusión de las medicinas de patente, Bejarano ("El Estado y las medicinas de patente, ante la Federación Médica Colombiana," Bogotá, 1936) señala que en 1935 se importaron productos biológicos y opoterápicos por valor de 591,048 pesos; especialidades farmacéuticas en forma de píldoras, tabletas, obleas y cápsulas, 1,112,807 pesos; en soluciones y emulsiones, 307,000 pesos; en vinos medicinales, 7,629 pesos; en ungüentos y pomadas, 110,833 pesos; en arsenobenzoles, salvarsanes y neosalvarsanes, 336,106, pesos, o sea un total de 2,495,924 pesos.