CLINICA GIL

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

MAYO-OCTUBRE 1925. VOL. II NROS. 9 A 11

CONTENIDO:

Clínica Quirúrgica, GIL J. GIL, M. D.

Espiroquetosis cutánea, Dr. EDUARDO VASCO.

La quiebra del radio, Dr. EMILIO JARAMILLO.

Directorio Médico de Medellín.

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA

EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT

FELIX DE BEDOUT E HIJOS

MEDELLIN

CONDICIONES:

CLÍNICA GIL saldrá cada dos meses.

Valor de la suscripción por un año.. $ 2.00

Valor del número suelto..... $ 0.40

AVISOS:

Página exterior..... $ 8.00

Página interior..... $ 5.00

Media página..... $ 3.00

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la CLÍNICA GIL, Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

SUSCRIPCIONES Y AVISOS

SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

República de Colombia. Departamento de Antioquia.

CLINICA GIL

Director, GIL J. GIL, M. D.

Mayo - Octubre 1925 | MEDELLIN - COLOMBIA | Vol. II. Nos. 9 a 11

CLINICA QUIRURGICA

PROFESOR GIL.

I—LIGADURA DE LA ILÍACA EXTERNA.—N. Tamayo, de 28 años, recibió a la 1 de la tarde un balazo en la región apendicular, estando dirigida el arma hacia abajo. Perdió una gran cantidad de sangre y tuvo un síncope. Visto inmediatamente por el Dr. M. M. Calle, se dió cuenta éste de que había un vaso de importancia roto por la cantidad de sangre roja que fluía de la pequeña herida y por el enorme hematoma subcutáneo; hizo una compresión fuerte y continua de la aorta, aplicó inyecciones estimulantes y me hizo llamar en el acto. Cuando llegué el estado del enfermo era bastante grave; la hemorragia se había suspendido, el hematoma continuaba estacionario y no pulsaba, pero la indicación imperativa era desbridar la herida y ligar el vaso roto. De acuerdo con el Dr. Calle hicimos trasladar el enfermo a la Clínica con las mayores precauciones para evitar movimientos peligrosos. Anestesiado con éter y bajo la acción de suero fisiológico, se hizo una incisión del orificio de entrada de la bala en la región ilíaca derecha, siguiendo su trayecto por entre los músculos transverso y pequeño oblícuo; liberada la región del hematoma, se llegó a la raíz del muslo donde se perdía el trayecto; después de algunos tanteos se dió con el orificio en la fascia, e inmediatamente saltó un torrente de sangre roja precedido por un coágulo; la hemorragia se con-

tuvo por la fuerte presión sobre la ilíaca, se dividió el ligamento de Poupart para descubrir la arteria y se puso una pinza provisional; descubierta la arteria hacia abajo se encontró una doble perforación enteramente en el borde inferior del Poupart, y siendo imposible la sutura del vaso, se ligó la ilíaca externa donde estaba la pinza y se hizo otra ligadura debajo de las heridas. Sutura en planos y drenaje. En el curso de la operación hubo necesidad de aplicar inyecciones estimulantes por el mal estado del corazón. Terminada la operación felizmente, quedaba la incertidumbre de la vitalidad del miembro; se envolvió este en algodón, se sostuvo el calor con sacos de agua caliente y se observó cuidadosa y frecuentemente. La pierna estuvo fría, pálida, exangüe las primeras veinticuatro horas; no había pulso pedioso ni tibial posterior. Del segundo día para adelante el calor mejoró, se apreciaba circulación capilar, aunque bastante perezosa; el enfermo se quejaba de entumecimiento y dolores punzantes; al octavo día apareció pulso pedioso francamente perceptible, y la convalecencia continuó un curso normal, aunque la herida supuró superficialmente por algunos días. Dos meses después el enfermo andaba con alguna debilidad en la pierna afectada y ésta se notaba más delgada y los músculos más blandos. Dos años después, el paciente está entregado a sus ocupaciones habituales, la atrofia desapareció, pero siempre anota debilidad muscular de ese lado.

II—Ligadura de la Femoral.—El Sr. N., policía, recibió un balazo en el triángulo de Scarpa, lado derecho, como a las 2 de la tarde. Hubo una fuerte hemorragia que se contuvo con un compresor aplicado por el médico de accidentes. Trasladado el paciente al Hospital, se combatió el estado de anemia aguda por medio de inyecciones de suero fisiológico y estimulantes, y se procedió a explorar la herida; la arteria femoral común estaba rota al nivel de la parte media del triángulo; se hizo una ligadura doble y se suturó la herida por planos dejando un pequeño dren. La pierna se envolvió cuidadosamente en algodón y se le calentó por medio de botellas con agua caliente. Los dos primeros días la pierna permaneció fría, exangüe, y el enfermo acusó fuertes do-

lores; el tercero, el calor era un poco mejor, pero aparecieron dos flictenas en los artejos; estas se secaron, mejoró la circulación local y a los ocho días era perceptible una débil pulsación en la pediosa. De allí en adelante la convalecencia fué normal, pero la pierna se atrofió bastante y el individuo no pudo caminar sino con muletas. La debilidad muscular duró mucho tiempo y se hacía más aparente cuando permanecía de pies. Hace ya diez años del accidente y N. está en perfecto estado de salud, la circulación de la pierna es normal y está entregado a su ocupación de policía.

La ligadura de arteria tan importante como la femoral es siempre un accidente grave, aunque generalmente no entraña la gangrena de la pierna; la circulación se restablece prontamente cuando la femoral profunda ha quedado arriba de la ligadura; en el caso contrario, como en el presente, la circulación colateral es más lenta en hacerse. Sin embargo la corriente busca irrigar el miembro por anastomosis entre las pudendas internas y externas; la circunfleja ilíaca y la glútea superior; las glúteas, las perforantes y las circunflejas; la isquiática y la obturatriz. La ligadura de la arteria ilíaca externa compromete la vitalidad del miembro y la gangrena es casi la regla general; la corriente tiene que buscar las anastomosis de los ramales terminales de la hipogástrica con los de la femoral profunda y los otros ramales de la femoral, forzando la vía en sentido inverso, es decir, hacia la femoral; sin embargo, con el caso que publico hoy, conozco ya dos en que el miembro se ha salvado: el otro fué operado hace muchos años por el Dr. José Tomás Henao.

III—Coto exoftálmico. Ligadura de las tiroidianas. Extirpación.—S. L., natural de Medellín, de raza negra, soltera, de 26 años, obrera de una estufa de café. Hospitalizada el 8 de Mayo de este año.

Observación de J. M. Yepes.

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Pequeña tuvo neumonía; viruelas hace tres años; por la misma época tuvo un bubón inguinal supurado sin ninguna otra lesión apreciable.

La menstruación principió a los 16 años, de tipo normal. Hace 17 meses desapareció totalmente. Parto a término y sin accidentes hace dos años y medio. Desde hace cinco meses epistaxis que corresponden a la época de la menstruación y que duran hasta tres días.

ENFERMFDAD ACTUAL.—Hace ocho meses empezó a notar que su voz se apagaba un poco y a sentir palpitaciones que aumentaban con el ejercicio, a la vez que crecía lentamente un tumor en le región tiroidiana. Más tarde aparecieron sudoraciones abundantes, fatiga muscular, instabilidad de carácter, enflaquecimiento, disfagia especialmente para los líquidos, poliuria etc.

EXAMEN FÍSICO GENERAL.—Raza negra, de regular estatura, enflaquecimiento y atrofia muscular en extremo acentuados (la atrofia muscular es más notable en los miembros superiores especialmente en el derecho). Sistema piloso poco desarrollado; presenta cicatrices pequeñas esparcidas por todo el cuerpo (de viruela); edema blando en las extremidades inferiores. Existe un temblor rápido, de pequeñas oscilaciones, más marcado en los dedos y en la lengua. Exoftalmía muy aparente. Mirada de asombro.

CUELLO. INSPECCIÓN.—Levantamiento en forma de media luna correspondiente a la zona de cuerpo tiroides. Tumor no adherente a la piel ni a los órganos profundos que se desplaza con los movimientos de deglución. Batidos carotidianos intensos. A la palpación se encuentra un tumor de consistencia renitente, movilizable lateralmente y pulsátil, que se detiene a un dedo por encima del esternón. A una palpación un poco profunda se percibe un *thrill*. Perímetro cervical al nivel del tumor 32 centímetros.

APARATO CIRCULATORIO.—130 pulsaciones por minuto, regulares. Ausencia de pulso radial y humeral en el miembro superior derecho. Tampoco oscila el Pachón a ningún régimen de presión en este brazo. En el otro la presión arterial es: máxima 10 centímetros con 5 milímetros; mínima 7. Ruidos cardíacos muy acelarados y vibrantes. Además, soplo en la región mesocardíaca, sistólico y que se propaga a la axila y hacia arriba.

APARATO RESPIRATORIO.—36 respiraciones por minuto.

De los signos oculares de la enfermedad de Basedow, sólo existe el de Joffoy. R. O. C. aumentado. A una presión de 10 centímetros con el óculo-compresor, las pulsaciones descendieron de 120 a 68. Bordet - Wassermann, modificación de Noguchi: +.

ANÁLISIS DE ORINA.—Aspecto turbio, color amarillo subido. Densidad, 1.020. Reacción, ácida. Glucosa, 2 gramos, $38^0/_{00}$. Albúmina, no. Acido diacético, no. Pigmentos biliares, si. Indicán, normal. Cloruros, 10 gramos. Urea, 13 gramos $32^0/_{00}$. Fosfatos, 0 gramos $90^0/_{00}$.

Valor del Metabolismo basal determinado por el consumo respiratorio de oxígeno en el Aparato de Benedict después de un ayuno de 14 horas: más 52.

DIAGNÓSTICO.—Enfermedad de Basedow.

Considerando el gran estado de intoxicación de esta enferma (denunciado por el enflaquecimiento extremo, taquicardia, exoftalmía, exageración del metabolismo basal etc.), el profesor decidió hacer la ligadura de las tiroideas superiores y someterla a un tratamiento yodo-yodurado débil con el fin de prevenir la tirotoxicosis post-operatoria.

20 de Mayo. Bajo anestesia local ligadura de la arteria tiroidea superior derecha.

29 de Mayo. Ligadura de la tiroidea superior izquierda.

En el intervalo de las dos ligaduras ninguna modificación de la sintomatología.

Tiroidectomía el 19 de Junio. Anestesia al éter. Incisión en collar. El profesor pensaba conservar el itsmo pero le fué imposible, y sólo pudo dejar los dos polos superiores. Drenaje.

POST-OPERATORIA:

Día primero:	Mañana,	pulso	170;	temperatura	37° 2
	Tarde,	"	145;	"	37° 4
Día segundo:	Mañana,	"	140;	"	36° 8
	Tarde,	"	145;	"	37° 6

Día tercero:	Mañana,	pulso	132;	temperatura	37°
	Tarde,	"	110;	"	37° 2
Día cuarto:	Mañana,	"	130;	"	36° 5
	Tarde,	"	100;	"	37°
Día quinto:	Mañana,	"	100;	"	36° 5
Día sexto:		"	100;	"	36° 4

El corte del tumor dió: Coto parenquimatoso.
La herida cicatrizó por primera intención.
La enferma sale del servicio el 27 de Junio.

IV Coto difuso. Extirpación.—S. A., de Medellín, de 24 años de edad, casada, de raza blanca, ocupada en oficios domésticos.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales.—La menstruación comenzó a los 12 años, de tipo normal. Ha tenido dos hijos, el segundo murió recién nacido.

Enfermedad actual.—Hace quince meses comenzó a notar una tumoración en el cuello que aumentaba de volumen progresivamente. Disfagia, disfonia, temblor, palpitaciones, dispnea de esfuerzo, fatiga muscular, hiperexcitabilidad e instabilidad psíquica.

Al examen se encuentra un tumor tiroidiano difuso, del tamaño de un limón, más consistente que la tiroides normal, no adherido a la piel ni a los órganos profundos. Temblor muy marcado sobre todo en los párpados cuando quiere cerrarlos. No hay exoftalmía, ni ninguno de los signos oculares de la enfermedad de Basedow.

Taquicardia (120 pulsaciones por minuto). No ha enflaquecido. Amenorrea desde hace dos meses.

Reacción de Wassermann + +; pero clínicamente no se encuentran manifestaciones de especificidad.

Valor del metabolismo basal determinado por el consumo respiratorio del oxigeno en el Aparato de Benedict: menos 3 con 7 décimos.

INTERVENCION:

Incisión en collar supraesterno-clavicular. Extirpación de los lóbulos laterales con conservación del istmo y de los polos superiores. Drenaje.

POST-OPERATORIA:

Día primero:		Pul.	120;	Res.	26;	Tem.	38° 1
Día segundo:	Mañana,	"	116;	"	26;	"	37° 8
	Tarde,	"	105;	"	22;	"	36° 7
Día tercero:	Mañana,	"	105;	"	22;	"	36° 7
	Tarde,	"	110;	"	—	"	37° 1
Día cuarto:	Mañana,	"	108;	"	—	"	36° 6
	Tarde,	"	108;	"	—	"	36° 9
Día quinto:		"	94;	"	—	"	36° 4

Cicatrización de la herida por primera intención. La enferma sale muy bien del servicio.

El Corte del tumor extirpado hecho por el Dr. Toro Villa dió: Coto coloide. Esto nos demuestra que se trataba de un coto difuso con algunas manifestaciones de hipertiroidismo (taquicardia, temblor, instabilidad de carácter etc.), sin que se realizara un sindromo de Graves Basedow completo, ya que faltaban la exageración del metabolismo basal, la exoftalmía etc.

Esta enferma fué observada por los estudiantes:

ENRIQUE ROJAS Y ALFONSO VÁSQUEZ.

V COTO. EXTIRPACIÓN.—M. M., natural de Yarumal, de 40 años de edad, soltera, de raza blanca, ocupada en oficios domésticos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—No tienen importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES.—De 20 años tuvo fiebre tifoidea. Edema generalizado hace tres años sin existir actualmente ninguna lesión (cardíaca, venal, hepática etc.), que explique aquello. Apunta también frecuentes palpitaciones y estado vertiginoso que se presentaba varias veces durante el día. Hace tres años desapareció la menstruación.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Hace cinco años comenzó a notar un tumor en la región tiroidiana que crecía lentamente.

Dos años más tarde ligero exoftálmos, palpitaciones, diarreas fuertes, disfonia, disfagia, dispnea, oleadas de calor etc.

ASPECTO GENERAL.—Mujer de talla mediana, obesa.

En la parte inferior del cuello se encuentra un tumor semiesférico; más consistente que la tiroides normal, no fluctuante, no adherente a la piel ni a los órganos profundos. Desciende más del lado izquierdo, pero sin sumergirse en el tórax (no existe macicez retroesternal).

APARATO CARDIO VASCULAR

80 pulsaciones por minuto. R. O. C., normal. (Después de 10 cent. de mercurio con el óculo-compresor de Robinovitch, se retarda 9 pulsaciones por minuto). Presión arterial al Pachón: máxima, 16 cents.; mínima, 7.

APARATO RESPIRATORIO.—Dispnea muy marcada, constante, acentuada por el decúbito dorsal lo que la obliga a mantenerse sentada.

ANÁLISIS DE ORINA.—Aspecto, límpido. Color, amarillo pálido. Densidad, 1.004. Sólidos totales, 8.92. Reacción, ácida. Albúmina, no. Glucosa, no. Acido diacético, no. Pigmentos biliares, no. Indicán, normal. Cloruros, 2 gramos $^0/_{00}$. Urea, 6.66. Fosfatos, 0 gramos $80^0/_{00}$.

Valor del metabolismo basal medido por el consumo de oxígeno en el aparato de Benedict después de un ayuno de 14 horas: menos 55.

(La enferma anota una disminución del volumen del tumor en los últimos meses).

EXTIRPACIÓN.—Anestesia al éter. Incisión en collar supra-esterno-clavicular. Enucleación total del coto bajo su cápsula quirúrgica. Sangró abundantemente. Drenaje.

POST-OPERATORIA:

Día primero: Mañana, pulso 96; temperatura
Tarde, " 90; " 37° 6

Dispnea intensa. Tos y expectoración abundante.

Día segundo: Mañana, " 98; " 38°
Tarde, " 90; " 39°

Dolor agudo en la herida.

Día tercero: Enfisema la región que ocupaba el tumor.

Día cuarto: Gran dolor en la herida, reacción febril. Tumoración francamente fluctuante encima de la incisión. Evacuación de pus por medio de una sonda acanalada.

Día sexto: La supuración continúa. La dispnea y la expectoración han disminuído.

Junio 22. Se ha formado de nuevo una tumoración en la parte media de la incisión sin fluctuación ni renitencia. No hay fiebre.

Por medio de una sonda acanalada se evacuan unas gotas de pus fétido.

Junio 25. Inyección intramuscular de esclerolisina (3 c. c.). A los cuatro días el tumor ha disminuído un poco. La enferma continúa mejorando lentamente.

Observación de J. M. Yepes.

VI RUTURA DE LA MENÍNGEA MEDIA.—Niño O., de 10 años. Sufrió un golpe en la cabeza, región temporal derecha, contra una pilastra mientras jugaba balón; después de una pérdida de conocimiento de unos pocos minutos, se recobró completamente. Al poco rato empezó a sentir dolor de cabeza que fué aumentando en intensidad hasta hacerse intolerable; al mismo tiempo apareció debilidad en el brazo y la pierna izquierda, con ligeras contracciones musculares y dilatación de la pupila del mismo lado. Al cabo de venticuatro horas el niño estaba en estado comatoso, pulso 60, respiración irregular, parálisis flácida del lado izquierdo, reflejos disminuídos, parálisis de los esfínteres. Una radiografía mostró claramente el derrame en la región temporal derecha. Trasladado a la Clínica a las 10 de la noche fué operado inmediatamente con la ayuda de sus médicos de cabecera los Dres. Cardona y Calle. Hice un amplio colgajo músculo cutáneo semicircular y con el trépano eléctrico del Dr. De Martel, quité en menos de dos minutos una rodaja de hueso de cinco centímetros de diámetro; inmediatamente apareció sobre la dura un coágulo extendido unos doce centímetros de la región frontal a la temporal, y del borde superior de la roca

hacia la cara externa del cerebro hasta unos cuatro centímetros de la gotera longitudinal; es decir, el coágulo ocupaba casi toda la región desprendible de Gérard - Marchant. Quitado el coágulo, se ligó con alguna dificultad la rama anterior de la meníngea media que sangraba; quedaba sangrando lentamente el corte posterior del hueso, por lo cual se dejó una compresión con gasa y se suturó la herida. Inmediatamente después de quitar el coágulo, el pulso empezó a subir de 48 hasta 150, la respiración se aceleró también y el niño empezó a mover el brazo y la pierna izquierda. A pesar del estado comatoso hubo necesidad de usar una pequeña cantidad de cloroformo para dominar los movimientos inconscientes del niño.

Este, a las tres de la mañana, recobró la conciencia y empezó a hablar; continuó despejándose y cesó la parálisis, el pulso se sostuvo entre 100 y 120 y hubo una ligera reacción febril. A las 48 horas en asocio del Dr. Cardona, se retiró la gasa, pero como sangraba aún, decidimos colocar otra más pequeña, con la mira de desagüe. Media hora después el niño volvió al mismo estado comatoso anterior: inconciencia, parálisis flácida, dilatación pupilar izquierda, respiración estertorosa, pulso 60, disminución de reflejos. Comprendiendo que se había formado nuevamente el hematoma, hicimos saltar la sutura, retiramos el coágulo y con una contraabertura en la sién, drenamos con un tubo delgado, volviendo a suturar la herida primitiva con sólo tres puntos. Al poco rato el niño volvió a mejorar y la convalecencia se estableció franca y sin ningún otro accidente.

El caso es típico de compresión cerebral por hemorragia de la meníngea media: la commoción inicial, el intervalo de lucidez y luégo los síntomas progresivos de compresión. Esta se estableció más lentamente que de ordinario, lo cual hizo que fuera más tolerable y permitiera obtener un éxito brillante a las 48 horas del accidente. En general, es aconsejable intervenir más pronto, porque los fenómenos de compresión progresiva se hacen sentir pronto en el bulbo y el desenlace es fatal.

ESPIROQUETOSIS CUTANEA Y SU TRATAMIENTO POR EL STOVARSOL Y POR EL MUTHANOL

DR. EDUARDO VASCO.

DEFINICIÓN.—Es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una espiroqueta muy vecina de la sífilis. Una mínima escoriación de la piel serviría de puerta de entrada al agente patógeno que fué denominado por Castellani *Spiroqueta Palidulla.*

SINONIMIA.—Siendo tan extenso el número de las dermatosis y tratándose de una entidad patológica que se ha descrito de manera tan variada, es explicable la confusión que ha reinado con respecto a su nombre, máxime si se tiene en cuenta el hecho de que en cada región se le conoce con uno distinto. Así, pues, se le llama generalmente *Bubas,* en Sur América; *Pian,* en las Antillas y en las Guayanas, expresión que ha prevalecido en Francia.

Hay la circunstancia de que en el dialecto antillano la palabra *pian* significa *botón* y por esto, sin duda, se le asignó aquel vocablo que determina la modalidad característica de la enfermedad. De modo que decir *botón piánico* o *botón de pian* sería un pleonasmo, giros éstos que pudieran sintetizarse en la palabra *pianoma* que han adoptado Grall y Clarac en su obra "Enfermedades de la Piel".

Los alemanes y los holandeses la llaman *Frambuesa,* palabra que los médicos académicos españoles alteraron un poco para adoptarla definitivamente bajo el término *Frambesia;* los ingleses la llaman *Yaws;* en las Molucas, *Botón de Amboine; Bobas,* en el archipiélago de las Azores; los malgachos, la llaman *Changou* y los indochinos, *Ki-my.* Charlouis la denomina *Polipapiloma Tropical;* Senevel la distingue por *Castellani Spiroquetosis.*

Nos parece más lógico y más razonable darle con H. Violle del Instituto Pasteur, el nombre de *Espiroquetosis Cutánea,* con el cual se enuncia su etiología y se pone de relieve uno de los elementos más característicos, si no el más, para diferenciarla de las otras *espiroquetosis,* cual es el de no manifestarse sino en la piel, pues, sabido es que respeta generalmente las mucosas, las vísceras y demás órganos internos.

Pudiera argüirse que en el pseudo-período terciario las lesiones son profundas; mas debemos adelantar aquí la opinión sostenida por autores serios, de que es muy dudosa la existencia del período terciario, y de que es muy posible que se hayan amparado bajo este nombre muchas lesiones terciarias sifilíticas, osteomas, sarcomas y otras manifestaciones de muy diversa índole.

Algunos autores han confundido esta enfermedad con la *verruga peruana,* (enfermedad de Carrión). C. Chatelain en su tratado de "Enfermedades de la Piel", las comprende en la misma descripción y considera sus nombres como sinónimos. Y sin embargo, la diferencia que hay entre las dos es esencial, como que esta última, es casi siempre mortal y toma terribles formas viscerales, mientras que el *Pian* rara vez es mortal, y se localiza siempre en el tejido celular subcutáneo. También la confunden algunos con la *buba del Paraguay,* la que es casi siempre mortal.

Historia.—*La Espiroquetosis Cutánea* no fué conocida por los europeos sino después de la importación de negros a las colonias americanas. Fué después del Descubrimiento cuando esta enfermedad llamó la atención de los observadores, y desde entonces se le encuentra mencionada en gran número de publicaciones referentes a los países nuevos, especialmente al Brasil y a las Antillas. Desde esa época arranca la discusión sobre si es el *Pian* una sífilis trasformada, como lo sostienen Fisch y Ftey encabezados por la autoridad de Hutchinson con quien están de acuerdo casi todos los autores ingleses; o es una entidad específica que no tiene de común con la sífilis, fundamentalmente hablando, sino el tratamiento, como lo sostienen entre otros, Jeanselme, Manson, Castellani y Nichols. Mucho se ha escrito al respecto, se

le han dado al *Pian* diversos nombres como acaba de verse, hasta el descubrimiento de la *Spiroqueta Palidulla* de Castellani que encauzó los estudios y estableció la identidad de las varias entidades descritas con diversos nombres; y aunque la discusión no ha cesado, sí hay ya elementos suficientes para formar y sostener un concepto preciso sobre el asunto, como lo veremos en el lugar dedicado al diagnóstico.

Es imposible, en la época actual, saber con seguridad el lugar del cual es originaria la enfermedad, pero parece muy probable que ella estuvo primitivamente acantonada en el Africa, y que de allí se fué regando en todas direcciones, lo cual está de acuerdo con un artículo citado por el Dr. B. Velasco Cabrera, en su tesis de grado, y publicado en uno de los números de "Galería Médica", en el cual se asegura que los primeros casos de *bubas* fueron observados en nuestras costas, en el año de 1525, en los negros africanos traídos para el laboreo de las minas. De allí se fué extendiendo hacia el interior a lo largo de los ríos, hasta el punto de que hoy el País está casi en su totalidad invadido, como se verá en seguida.

El primero que describió entre nosotros la *buba* fué el Dr. Emilio Robledo, o al menos es el único que hemos visto citado en los autores extranjeros.

Posteriormente el Dr. Gabriel Toro Villa, desde 1909, hizo publicaciones interesantes atañederas al mismo asunto, y el Dr. Emiliano Henao, Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia, desde hace varios años dedica una parte de su informe anual a este asunto y trae muy interesantes datos sobre la enfermedad, su tratamiento y la humanitaria campaña que el Ferrocarril adelanta contra ella. Circunscribiendo la cuestión a esta zona es justo consignar aquí que fué el Dr. Marco A. López, entonces Médico Auxiliar del Ferrocarril de Antioquia, quien preocupado por la gran cantidad de piánicos que salían a la línea, hizo por su cuenta una excursión, en Mayo de 1919, a Canoas y a otros lugares vecinos, con el objeto de estudiar la enfermedad en sus focos principales, de poner en práctica los tratamientos aconsejados y familiarizar al pueblo con ellos. Fueron tan fructuosos los resulta-

dos, que el Ferrocarril inició poco después oficialmente excursiones periódicas con grande éxito. Desde esa época la Empresa suministra neo-salvarsán y lo hace aplicar gratuitamente por sus médicos a todos los atacados de *Pian* que se presentan en la línea. (1)

Distribución Geográfica.—La *Espiroquetosis Cutánea* está repartida en toda la zona intertropical, pero su dominio está más extendido al sur de la línea ecuatorial. En el Africa, que como lo vimos atrás, parece ser el foco primitivo; se le encuentra en el centro, en las regiones oriental y occidental y en Madagascar. No existe en Mauritania, ni en Maroc, ni en el litoral mediterráneo.

En Asia sólo se le encuentra al sur de la China, en la Indochina, Laos y Siam; es rara en la India, pero muy frecuente en Ceylán.

Existe en la Malasia y en casi todas las islas de Oceanía, y en alguna parte de Australia.

No parece existir en Europa; tampoco se le ha observado en los Estados Unidos ni en el Dominio del Canadá.

Es muy común en Méjico, en las Guayanas, en las Antillas, Venezuela, Costa Rica, el Brasil y Colombia.

Para dar una idea clara y precisa sobre la manera como está distribuída esta endemia en nuestro país, insertamos en seguida unos mapas muy ilustrativos presentados a la Asamblea Médica de Antioquia por el Dr. Emiliano Henao, quien conoce casi todo el territorio y ha tenido por lo tanto ocasión de estudiar detenidamente esta distribución.

Basta con pasar detenidamente una ojeada por estos mapas para formarse una idea del número, asaz crecido, de los lugares invadidos y de la manera como están ellos situados. Allí podrán apreciar también los hombres de ciencia y especialmente aquellos que tienen en sus manos la salubridad pública, el peligro que encarna para el presente y para el futuro económico del País, una enfermedad como ésta, tan

(1) Corresponde también mucha parte de esta meritoria campaña a la iniciativa de la Dirección Departamental de Higiene, la cual suministró importantes datos para la elaboración de los mapas que van en otro lugar.



ELABORADO POR EL DR. EMILIANO HENAO

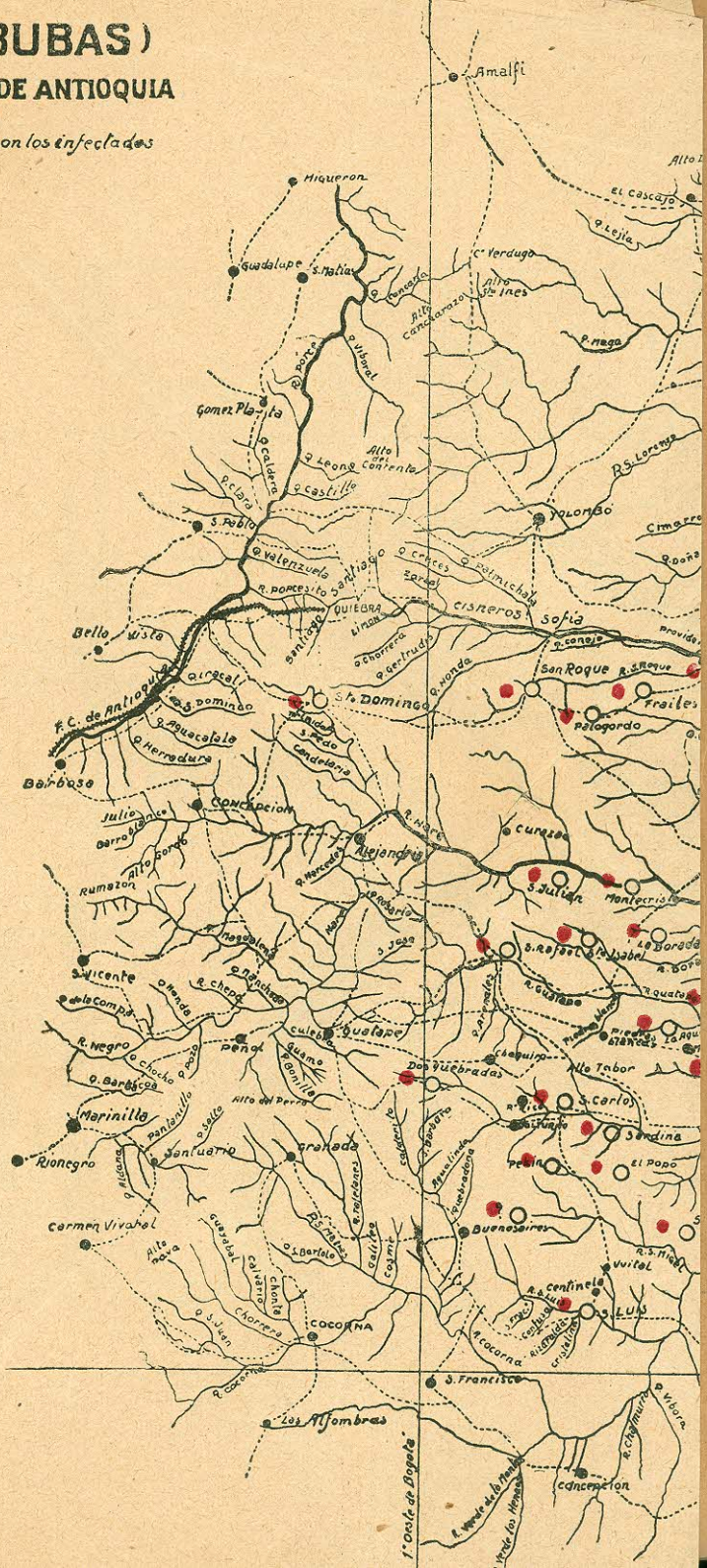
NOTA.—Anotamos en seguida algunos de los lugares que han sido invadidos por el Pian, después de que fueron elaborados estos mapas: La Unión, Granada, El Peñol, Concepción, Yolombó, Maceo, Yalí, Urrao, San Pedro, Santa Rosa, Guatapé y Amalfi. Esto sólo en el Departamento de Antioquia, en donde el Ferrocarril y la entidad departamental han luchado tenazmente contra esta enfermedad. Por estos datos puede apreciarse el desarrollo que ha ido tomando en el resto de la República.

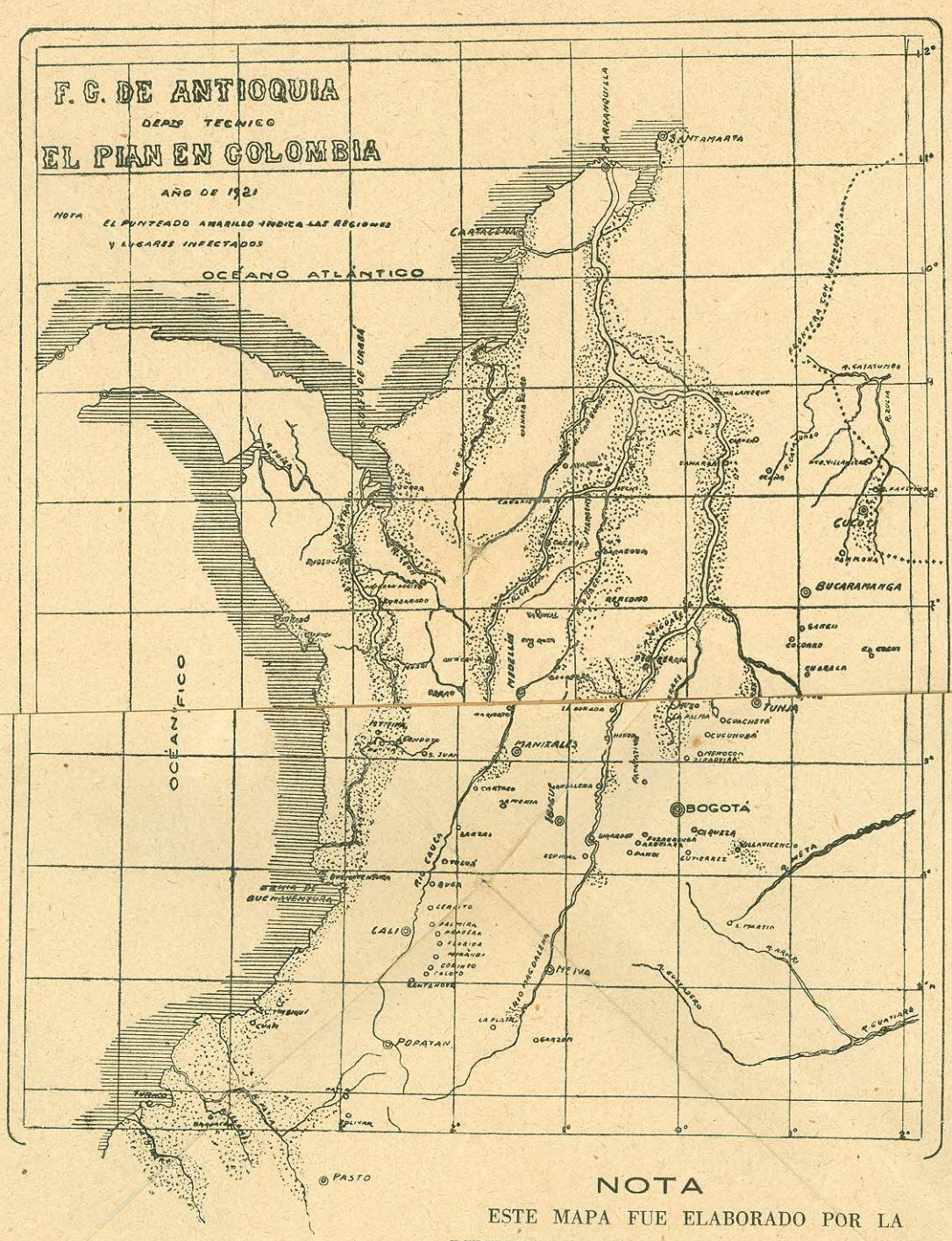
MAN (BUBAS)

REGIO. E ORIENTE DE ANTIOQUIA

1921

los lugares coloreados son los infectados





NOTA

ESTE MAPA FUE ELABORADO POR LA DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE, Y PUBLICADO EN UNA REVISTA DE BOGOTA.

generalizada, tan repugnante y que tanto hace disminuír el valor que, como fuente de riqueza, representa el individuo. Queda allí planteado en toda su desnudez un problema tan apremiante como la *unciniariasis*, la *sífilis* y el *alcoholismo*.

Afortunadamente el *Stovarsol* en pastillas, que es igual, por decir lo menos, al 914, en las *bubas*, y que hemos usado últimamente en la zona del Ferrocarril, con éxito admirable y sin el menor accidente, resolverá el problema con toda la sencillez apetecible, como se verá en el *Tratamiento* y en algunas de las *Observacoines*.

Etiología y Patogenia.—Se creía antiguamente que esta enfermedad era propia sólo de los negros africanos, pero observaciones posteriores han demostrado la existencia de focos de infección en casi todo el mundo. No hay, pues, ninguna idiosincrasia étnica ni ninguna predisposición racial, y si en verdad son las razas negra, mestiza e india, las más atacadas, esto se debe talvez a su nativa indolencia, a que en lo general, viven en medios antihigiénicos y son muy negligentes en cuestiones de aseo.

Es, pues, por cualidades de limpieza y pulcritud, por lo que se ven pocos casos en la raza blanca. (1)

El sexo es indiferente a nuestro parecer, aunque hay algún autor serio que dice que hay una mujer por cada tres hombres enfermos. La edad más propensa a contraer la *Espiroquetosis Cutánea* es la de los tres a los dieciseis años; sin embargo, no respeta la infancia ni la ancianidad, pues hemos tenido en tratamiento desde niños de pocos meses hasta individuos octogenarios.

Las epidemias de que hablan algunos se explican sin duda por la gran contagiosidad de la enfermedad; tánta es, que Paulet, en Cuba, hizo acostar juntos a individuos enfermos y sanos, y al cabo de varias semanas los sanos presentaron tubérculos característicos. Por ésto y por lo numeroso de

(1) El Dr. Salvador Jaramillo sostiene que la raza negra tiene una predisposición especialísima para esta enfermedad, y que es en las regiones pobladas por aquella raza en las que se ve claro el período terciario no observado por nosotros.

los casos, es por lo que en las Antillas, en toda casa de alguna importancia, había un departamento especial para aislar a los enfermos. Aquí en Colombia en el Chocó, y en algunas islas de la Oceanía, el *Pian* es como la viruela y el sarampión, que son contados los que quedan ilesos. Según Daniels, los padres, en aquellas islas, considerando esta afección como una prueba inevitable y aun necesaria, la inoculan a sus hijos, cuando no la contraen espontáneamente.

El contagio parece producirse sobre todo a favor de las soluciones de continuidad de la piel y excepcionalmente por el coito, y esto sólo cuando uno de los sujetos tiene pianomas en los órganos genitales y el otro, alguna escoriación, aunque Paulet concluye que el virus piánico puede atravesar la piel sana.

La gran contagiosidad del *Pian* se explica por la abundancia de *spiroquetas* en las capas superficiales de los *pianomas* y en la serosidad que se desprende de éllos. Fuera del contagio por contacto directo o indirecto, probablemente juegan un papel muy importante algunos insectos: Jamot cree que es una mosca especial (Hiphelates), el principal vector del *Pian* en las Antillas; Van de Barne ha encontrado *spiroquetas* en el cuerpo de una *Stegomia faciata*, que había picado a un piánico, pero esto sólo puede tener lugar si la picadura ha tenido lugar durante el acceso febril; también Bacon desde 1777 había sugerido la trasmisión por medio de las moscas, con estas palabras: "El humor que se desprende de las pústulas piánicas, atrae las moscas, cuyas patas se cargan de partículas de virus". Esto fué ensayado con éxito por Castellani en monos a los que se les hizo una ligera erosión en la piel y luégo se depositó allí una mosca asentada antes en una úlcera piánica; por último Ellis Modder ha emitido la idea de la trasmisión por medio de las chinches (ornitodorus talaje), las cuales abundan en las casas viejas construídas de bahareques, en los pisos y camas de madera y sobre todo en los lugares destinados a dormitorios de gentes desaseadas, y dice que así como está ya probado que es aquel hemíptero el que trasmite la *spiroqueta de Obermeyer* que produce la fiebre recurrente, es asimismo muy probable que

trasmita también la *spiroqueta de Castellani* que produce la *Espiroquetosis Cutánea.*

En nuestras observaciones en la zona que conocemos del Ferrocarril, hemos podido apreciar el fondo de verdad tan palpable que tiene la hipótesis de Modder. Hay allá algo como "casas malditas" en las cuales contrae el *Pian* quien las habite. En Canoas y en San Carlos especialmente, en donde los habitantes pertenecen generalmente a la raza blanca y en donde la gente es limpia y amiga del aseo, y toma precauciones de asepsia con las soluciones de continuidad epidérmicas, pues teme mucho el contagio del *Pian,* que es allí muy abundante, no queda para explicar esta abundancia sino la chinche llamada *garrapato* (ornitodorus talaje), que es en esas regiones muy común.

También parece muy probable el contagio por las vías digestivas y este es talvez uno de los medios más comunes entre arrieros y agricultores, gremios éstos los más atacados por aquí, quienes toman por lo general sus alimentos o los preparan o los manosean sin lavarse las manos, con las cuales tocan a cada paso los pianomas de que son portadores. El R. P. Greggio dice que en el Congo belga una tribu hasta entonces indemne, fué contaminada por otra tribu vecina, por medio del pan. "Ellos, dice, disimulaban en la bola del pan pequeñas costras de pianomas y les vendían esos productos a sus vecinos, con la idea de que si los compradores adquirían la enfermedad, ésta desaparecería de los vendedores. Es, decir, agrega el Padre, que la enfermedad *emigraba*". No deja de ser un dato curioso la coincidencia de esta creencia con la muy semejante que entre la gente del pueblo existe entre nosotros, con respecto a las verrugas, y que consiste en creer que si se recogen en un papel tantas piedrezuelas cuantas verrugas tiene un individuo, piedras con las cuales debe tocarse previamente la verruga, y luégo se arroja a la calle el saquito de papel, el que lo recoja y toque las piedras se llenará de papilomas mientras que el otro quedará curado de éllas. También, pues, *emigran* las verrugas.

La *Espiroquetosis Cutánea* no puede contarse, dice el profesor Loisilet, como una enfermedad venérea, y mucho

menos como una enfermedad hereditaria, ya que la placenta no se deja atravesar por la *spiroqueta;* de modo, pues, que si el niño resulta con *Pian* algunas semanas después del nacimiento se debe a un contagio externo, como por ejemplo, al cortar el cordón umbilical.

Hallen habla de un caso único a los veinte días de nacido un niño y lo atribuye a infección en el conducto genital de la madre o por el cordón.

La causa eficiente de la *Espiroquetosis Cutánea* es ya bien conocida: Como el *Pian* y la sífilis presentaban notables analogías, Castellani examinó en Ceylán, en 1905, el jugo de pianomas frescos, por el mismo procedimiento de coloración conocido ya y empleado para la *spiroqueta pálida de Shaudin* y encontró un treponema muy vecino del de la sífilis y del cual se diferencia porque es más fino, menos rígido y de ondas más irregulares, de forma general más flexuosa, más alargada; al ultramicroscopio es de una refringencia más grande que el de la sífilis. Le dió el nombre, en un principio, de *spiroqueta palidulla* y más tarde la llamó *spiroqueta pertenue.*

Se presenta bajo la forma de un protozoario muy débil, muy delicado y cuya longitud varía de cuatro a veinte micrones de largo, y con ocho o diez vueltas de espira. Las extremidades son a menudo afiladas, pero se presentan también a puntas romas y en forma de V o de S, X, Y y Z. Al ultramicroscopio presenta movimientos de propulsión. Se le colora con el Giemsa después de fijación cuidadosa del alcohol absoluto durante veinticuatro horas, y a razón de una gota de colorante por c. c.; con este método toma un matiz purpurino claro con granulaciones oscuras en el exterior. También se colora muy bien por el método de Tribondeau. Para tomar el jugo deberá escogerse un *pianoma* cerrado, pues en los abiertos se encuentran muchas asociaciones microbianas que dificultan la observación.

Con esta *spiroqueta* inoculó Paulet en 1908, catorce negros y todos ellos contrajeron la enfermedad, entre los doce y los veinte días, con lesión inicial en el punto de inoculación. Lo mismo hizo Charlois con treinta y dos prisioneros chinos de

los cuales veintiocho fueron infectados. También ha sido inoculado con éxito al mono.

Con respecto a la inmunidad los autores no están acordes: quiénes, con Manson y Botreau-Roussel, sostienen que un primer ataque confiere definitivamente la inmunidad; quiénes, como Loisilet, dicen que si acaso se produce, es de poca duración, y quiénes, por último, y en este grupo estamos nosotros, como Jeanselme y Rist, aseguran que no hay inmunidad, puesto que hay a menudo reincidencia o accesos sucesivos. Y esto es tan cierto que todos los días acuden al dispensario a nuestro cargo, individuos que meses atrás dejámos clínicamente curados y que se presentan con una reinfección.

Resumiendo: si se tiene en cuenta de una parte la existencia de la *spiroqueta palidulla* como causa eficiente, y de otra, la contaminación directa por heridas infectadas, indirecta por los insectos, los alimentos y las ropas infectadas etc., etc., se explica bien la inquietante generalización de esta endemia en individuos de todas las edades, a todo lo largo y a todo lo ancho del País. Nunca se han registrado casos de *Pian* hereditario ni congenital. El recién nacido no está inmunizado y jamás presenta botones a su nacimiento. Las primeras manifestaciones de la enfermedad coinciden verdaderamente con la duración media de la incubación, pues sólo aparecen varias semanas después del nacimiento.

Sintomatología.—En el afán que han tenido muchos autores de identificar la *Espiroquetosis* de que venimos hablando, con la sífilis, le han asignado a aquélla los tres períodos que se le reconocen a ésta. Como hemos dicho atrás, para poder aceptar este tercer período hay que hacer algunas reflexiones sobre el particular, las cuales quedarán mejor más adelante.

Los períodos son: período de incubación e invasión; período de erupción generalizada, y período de las secuelas.

Período de incubación e invasión.—La incubación es en extremo variable y su mayor o menor duración depende del mayor o menor grado de resistencia del organismo atacado. En personas muy debilitadas o anémicas, por otras en-

fermedades o por defectos de nutrición, y en los recién nacidos, la incubación es de quince a treinta días; en personas más fuertes, es de dos a tres meses. En cuanto a la erupción, varía con las mismas circunstancias. Se inicia bruscamente con un calofrio muy fuerte y una alza de temperatura de 39 a 40 grados acompañados de otros fenómenos tales como cefalea, raquialgia, mialgias, postración, subdelirium, a veces tristeza, inapetencia y sobre todo, y con mucha frecuencia, dolores reumatismales con hinchazón de las coyunturas, en especial de las de los dedos de las manos. La piel se reseca y se cubre de una erupción muy pequeña, apenas visible, que escama finamente y es muy pruriginosa.

Este período varía de una semana a un mes. El individuo queda aparentemente bien, y es casi imposible hacer el diagnóstico. Mas esta calma es engañosa, y de repente es interrumpida por la aparición de un botón único en el punto de inoculación, que generalmente es en las partes descubiertas: pies, manos etc. Este botón puede ser de pequeñas dimensiones, como por ejemplo del tamaño de una moneda de diez o veinte centavos, pero hemos visto también placas botonosas del tamaño de la palma de la mano.

A este botón lo llaman "buba madre" o "chancro piánico", comúnmente; "mama-pian", los autores ingleses, y por último, los profesores Lustig y Galeoti en su "Patología General" le dan el, a nuestro modo de ver, muy apropiado y sugestivo nombre de *Frambuesoma.*

El portador de esta manifestación sabe que después de desaparecido este botón y dentro de tiempo más o menos largo, le aparecerán docenas y aun centenas de botones. El frambuesoma en su plena madurez es como una pápula de dimensiones variables, redondeada, de consistencia blanda, amarillosa en el centro, grasosa en la periferia. Esta lesión se cubre de una costra que fácilmente se desprende, y al caer deja a descubierto una superficie roja, papilomatosa, sangrante, multilobulada, impruriginosa e indolora, de donde mana una serosidad de olor sui-generis. Esta *buba-madre,* tan característica, dura de dos a cuatro semanas, se cura espontá-

neamente y deja una mancha ligeramente blanca que no es indeleble si no ha habido asociaciones microbianas.

Período de erupción generalizada.—Una vez desaparecido este primer papiloma, pasan varias semanas y aun varios meses, sin ninguna alteración, cuando de improviso y sin razón aparente sobreviene un acceso de fiebre más o menos fuerte, ligera erupción y prurito, igual todo a lo que precedió el frambuesoma. Pero ahora es una vasta erupción pián-ica la que aparece, hasta de 100 papilomas y mucho más, pues el Dr. Henao cita en el informe de 1920, un caso observado por el Dr. López, de más de 700. Se presentan en toda la superficie del cuerpo respetando siempre el cuero cabelludo, y de ordinario, las mucosas; de este modo la erupción se detiene en la frente, en el borde de los labios, narices, párpados y ano. Fuera del cuero cabelludo y las mucosas, no respeta ningún otro lugar de la superficie cutánea, siendo más voluminosos y más confluentes los pianomas en los pliegues del codo, en la cara anterior del brazo y antebrazo, en la frente, en los labios, espaldas y piernas en su región anterior, y por último, en la región maleolar. Son también muy comunes en las plantas de los pies y en las palmas de las manos, en las cuales toman la forma de papilomas vegetantes bajo una capa córnea que simula acantosis o acanto-queratosis, y hacen la marcha y la aprehención muy dolorosas. A veces se encuentran en las de los pies unos botones apretados, muy dolorosos, que producen un jugo sanioso. Estos botones plantares son los más dolorosos, los que más perturban la función orgánica y los más resistentes al yoduro, al mercurio, al tártaro emético y al 914 intravenoso; pueden aparecer asimismo en la punta de los dedos dando lugar a pianomas que por el *rascado* pueden producir auto y heteroinoculaciones.

Los papilomas tienen durante toda la evolución de la enfermedad el mismo aspecto, y este monomorfismo es su característica.

La erupción dura semanas y meses y hasta años. Esquematizando puede expresarse así la duración: casos ligeros, seis semanas; casos medios, seis meses; casos graves, uno, dos y más años.

Después de extinguida la erupción suele volver una segunda y aun una tercera erupción generalizada, análoga a la precedente, después de un tiempo indeterminado.

No son raros los casos en los cuales la enfermedad aborta y se revela tan sólo por dolores articulares, a veces con hinchazón en las articulaciones de los dedos, dolores que son más fuertes por la tarde y por la noche, muy semejantes a los dolores esteócopos de la sífilis. Esta forma llamada *Pian articular agudo* dura de dos a cuatro meses. Es entonces el diagnóstico muy difícil y la primera idea que se tiene es la de un reumatismo poliarticular agudo. Mas los datos anamnésicos del enfermo que casi siempre dice haber vivido en regiones invadidas de *Pian* o con personas infectadas, la resistencia al salicilato de soda continuado por varias semanas, y el éxito alcanzado por el 914 indican, precisan y confirman el verdadero diagnóstico.

Período de las secuelas.—Castellani y algunos otros autores describen en el *Pian* un tercer período en el cual aparecen exostosis, lesiones ulcerosas de las mucosas, nódulos cutáneos y subcutáneos indoloros que se abren produciendo úlceras átonas casi incurables. Sin embargo, la mayor parte de los autores niegan este período y suponen que las lesiones halladas por los que lo sostienen, son debidas probablemente a la sífilis, que como se sabe puede evolucionar en un individuo atacado de *Pian* y viceversa. Sin embargo, L. Dantec hace la salvedad de que aunque no se conoce hasta ahora el *Pian* visceral profundo, que sería una prueba decisiva del período terciario, sí sería posible su existencia, ya que Neisser afirma que se puede transmitir la enfermedad a un mono sano inoculándole medula ósea de otro mono infectado. En cuanto a nosotros, en el roce con más de 200 familias de bubosos, no hemos visto por ninguna parte los estigmas terciarios, si se exceptúan las úlceras fagedénicas casi incurables producidas por asociaciones microbianas en gentes desaseadas y sucias. Y cuando los hemos hallado, ahondando un poco la historia clínica del enfermo, hemos sorprendido la evolución de una sífilis antigua descuidada o incompletamente tratada. Por otra parte, el médico del Hospital de San Ra-

fael, que ha visto y tratado más de 5.000 casos de *Pian*, sostiene en sus apuntes médicos que hemos consultado, la no existentencia del período terciario.

Como manifestación del período terciario, para los que lo sostienen, están las osteítis, especialmente el Goundou, tumor óseo que se sitúa a cada lado de la nariz, por lo general. Botreau-Roussel, quien ha observado 190 casos de Goundou, de 1912 a 1917, y operado 108, ha podido comprobar que estos tumores no eran en realidad más que síntomas de una osteítis hipertrofiante que puede extenderse a la mayor parte del sistema óseo. Dice él en su reciente libro que estas osteítis "no constituyen una entidad mórbida, pero son siempre consecutivas al *Pian*, enfermedad hermana de la sífilis". Entre nosotros jamás se ha presentado el Goundou, al menos en la zona que estudiamos.

Anatomía Patológica.—Todos los autores que se han ocupado de la cuestión, están de acuerdo en reconocer que el elemento eruptivo del *Pian* es histológicamente un papiloma cuyo punto de partida se encuentra en la capa papilar del dermis. Los capilares linfáticos y sanguíneos contenidos en esas papilas son muy dilatados y rodeados de plasmazellen amontonados, de leucocitos mono y polinucleares y de glóbulos rojos extravasados. Macleod ha insistido en el hecho de que en los papilomas no se encuentran ni células gigantes, ni el manchón perivascular de mononucleares, ni la proliferación endotelial que caracterizan las lesiones sifilíticas.

En la epidermis se nota un espesamiento considerable del cuerpo mucoso de Malpigio que envía al dermis largos prolongamientos interpapilares. Las capas superficiales sufren igualmente proliferación muy activa y se destruyen sin queratinizarse. Allí se encuentran a veces algunos abcesos miliares formados de polinucleares emigrados de los capilares y que contienen ordinariamente montones de *spiroquetas*.

Pronóstico.—Cualquiera que sea la duración de la infección, por intensos que sean a veces los dolores articulares y a pesar de lo repugnante de los papilomas que cuando se muestran en la cara ponen monstruoso al paciente, el pronós-

tico es benigno y el individuo conserva un relativo buen estado general. Los casos mortales son raros y debidos casi siempre a complicaciones fagedénicas, por desaseo y abandono.

Sin embargo, L. Dantec da para el *Pian*, una mortalidad de 2,5% y Jeanselme dice, que cuando esta *espiroquetosis* aparece en una comarca hasta entonces indemne, toma un carácter de malignidad muy notable, y hace numerosas víctimas. Además Spire dice, que en el alto Oubanghi el *Pian* es el factor principal de la mortalidad infantil.

A pesar de todo, y por lo que hemos oído al Dr. Marco A. López quien ha visto, como dijimos atrás, más de 5.000 casos, así como por unos 400 casos que nosotros hemos podido ver, creemos firmemente en la benignidad del pronóstico de la *Espiroquetosis Cutánea* entre nosotros, aunque sí consideramos que por su duración, y por la incapacidad para el trabajo que ella acarrea algunas veces, y por el aspecto repugnante que produce, es una entidad muy seria y temible, y que va tomando en el País un desarrollo alarmante.

Diagnóstico.—Es tan característica la forma del papiloma de la *Espiroquetosis Cutánea*, que una vez conocido un caso es difícil olvidar su presentación. Por esto se le distingue con relativa facilidad de otras enfermedades cutáneas tales como el ectima, el impétigo, la forunculosis, las micosis etc., etc. Puede confundirse con el *Botón de Biskra* que es una leismaniosis, con la *Verruga Peruana* cuya zona de extensión es muy estrecha, y con el *Granuloma Ulceroso* de los órganos genitales, aunque estas entidades son mucho más graves.

Pero lo que nos proponemos estudiar con algún detenimiento es el diagnóstico diferencial con la sífilis. Y como queremos abrir ampliamente la discusión sobre la materia, de jamos a los muy ilustres maestros Grall y Clarac que expongan el estado actual de la cuestión: ". . . .Pero es con la sífilis con la que el *Pian* presenta más analogías; largo tiempo se le ha considerado como una sífilis modificada por el clima y todavía los autores están divididos en dos escuelas: la de los unicistas y la de los dualistas".

"Los primeros hacen notar que en ambas enfermedades se observa un largo período de incubación, un accidente primario único, erupción cutánea secundaria con fenómenos de infección general, fiebre, cefalea nocturna, dolores osteócopos y articulares, infartos ganglionares etc., etc. Para complementar la analogía se puede, en el período secundario del *Pian*, observar según Castellani, iritis, y lesiones superficiales de la mucosa bucal, sumamente parecidas a las placas mucosas de la sífilis; también se observa en ambas, un período terciario caracterizado por lesiones óseas y gomas subcutáneas.

Solamente los caracteres de la erupción varían en la mayor parte de los casos, pero cuando los elementos eruptivos del *Pian* toman la forma aplanada, numular y circinada, o la de placas vegetantes opalinas de la región vulvar en la mujer y de la anal en el niño, la distinción es casi imposible. Desde el punto de vista de la naturaleza del parásito, vemos que se trata de treponemas tan vecinos el uno del otro, que Asehburn y Craig estiman que es imposible distinguirlos morfológicamente. Por el método de la inmunidad cruzada, que ha dado a Laveran y Mesnil resultados perfectos, sobre todo para la identificación de las diversas especies de tripanosomas, Nattan-Larrier y Levaditi han comprobado que los animales sifilizados estaban inmunizados contra el *Pian*. Por último, ambas enfermedades ceden al mismo tratamiento".

"En cuanto a los dualistas, mucho más numerosos, es cierto, enuncian en apoyo de su tesis, como principales, los argumentos siguientes: En la sífilis, el accidente inicial está representado por *una ulceración no vegetante, de base indurada*, mientras que en el *Pian* es *una ulceración vegetante papilomatosa*, que reposa sobre un fondo *no* indurado" (el subrayado es del autor) "Las máculas claras que indican el comienzo del período secundario de la *frambesia*, no recuerdan sino muy remotamente la roseola sifilítica. Por otra parte, las sifilides vegetantes que se observan en la piel, difieren totalmente de aspecto del chancro inicial, mientras que los pianomas secundarios se parecen mucho al pianoma primario. Además, estos últimos son pruriginosos, a la inversa

de lo que pasa en la sífilis. En ésta hay, además, alopecia temporal mientras que en la otra enfermedad el sistema piloso queda siempre intacto. En fin, el *Pian* es, al menos en el primer período de su evolución, autoinoculable contrariamente a lo que se sabe de la sífilis".

"En cuanto a la prueba terapéutica del yoduro de potasio, agregan los dualistas, no tiene gran valor demostrativo, ya que ese mismo medicamento obra en afecciones muy diferentes, como por ejemplo en las micosis. Se dan además, como signos diferenciales, la no herencia del *Pian* y la ausencia del período terciario: este último argumento, como ya lo hemos visto, no tiene hoy ningún valor así como tampoco la pretendida inexistencia de lesiones viscerales; hace ya tiempo que Van Leent ha encontrado en la autopsia de un piánico "en el hígado, en el bazo, los riñones y los pulmones, depósitos caseosos que desorganizan esos tejidos"."

En seguida los dos autores citados enumeran observaciones geográficas tendientes a probar, por la distribución de la endemia, la teoría dualista. Asimismo citan y comparan los resultados de inoculaciones a animales apropiados. Pero todos estos datos son contradictorios y los resultados son tan diversos que apenas si sirven para ilustrar un poco la cuestión. Por último, terminan así su exposición:

"Más demostrativa es la experiencia tristemente célebre de Charlouis, quién inoculó un sujeto atacado de *Pian*, con la serosidad de un chancro sifilítico, y vió desenvolverse en el punto de inoculación la lesión chancrosa característica, y más tarde todas las manifestaciones confirmantes de la sífilis. Además, Powel, Nicolás y Castellani, han publicado observaciones de enfermos de *Pian*, o ya curados, que contrajeron la sífilis y viceversa".

"Se han buscado en estos últimos tiempos las reacciones humorales, y aquí también los resultados son contradictorios. Bowman, después de las experiencias sobre la fijación del complemento, concluye que las dos enfermedades son distintas. Castellani, aplicando la reacción de Bordet-Gengou, encuentra un antígeno específico en el bazo y los nódulos piánicos, y un anticuerpo específico en la sangre de monos tra-

tados por inyecciones de extracto de nódulos. Antígeno y anticuerpo diferirían de los similares de la sífilis. Por el contrario, Schuffner, ha obtenido a menudo resultados positivos en el *Pian* con el método del Wassermann".

"En definitiva, como se ve, la cuestión está lejos de ser resulta y nosotros nos contentamos con exponerla. Lo que sí es aceptado por todos, es que esas dos enfermedades son desde todos los puntos de vista, entidades patológicas muy semejantes; quizá no constituyan ellas sino dos variedades de una misma fuente nosológica a la manera de las diversas especies de fiebres recurrentes, rusa, americana y africana".

Como se ve por los párrafos transcritos, estos autores se inclinan más bien a la escuela unicista, aunque no lo expresen francamente. Es más categórico el Dr. Ernesto Arango Tamayo, quien termina su tesis de grado sobre este mismo asunto, con estos párrafos: "Las bubas consideradas en general como entidad independiente, deben ser tenidas como una simple *sífilis tropical;* un capítulo más qué agregar al descrito por Jeanselme, y cuyos caracteres dependen únicamente de las condiciones étnicas y climatéricas de las razas en las cuales se observa esta endemia; la *spiroqueta pertenue* debe ser apreciada como una simple variedad de la *spiroqueta pálida*".

Levaditi y Nattan-Larrier, dicen: "En el estado actual de la Ciencia no es posible separar la sífilis tropical y el *Pian.* Quizás esta última no es sino una manifestación cutánea que se ha ido especificando, creándose una verdadera raza de espírilos que se localizan únicamente en la piel". En este mismo sentido se pronuncian algunos otros autores a la cabeza de los cuales está Hutchinson.

Pero es mucho mayor el número de eminentes profesores que sostienen la dualidad. Veamos algunos: H. Violle del Instituto Pasteur, dice: "La sífilis se parece al *Pian,* pero se le diferencia en que este último es una enfermedad tropical, no es hereditaria ni contagiosa, puede coexistir con la sífilis, produce lesiones únicamente cutáneas, nunca mucosas, ni viscerales, ni óseas, ni nerviosas; sus lesiones son monomorfas, papilomatosas, vegetantes, jamás primitivamente ulcerantes,

desaparecen sin dejar cicatrices y se acompañan de prurito en el período febril".

El Dr. Loisilet, Profesor de Patología Exótica en la Universidad de Lila, dice en artículo reciente "que clínica y zoológicamente el *Pian* y la sífilis tienen un parentesco muy próximo". Más adelante dice: "Unicamente los métodos biológicos de inmunidad cruzada, han dado la prueba de la diferencia de estas dos enfermedades"; y en otro lugar dice: "La clínica da la clave del diagnóstico diferencial: los accidentes de la sífilis se desarrollan conforme a su orden jerárquico, con su sintomatología polimorfa, sus ataques viscerales desconocidos en la *frambesia*". El artículo del Dr. Loisilet, para terminar, trae dos datos de suma importancia, fruto ellos de largas y difíciles observaciones. El primero, es que el líquido cefaloraquídeo jamás es positivo en el *Pian*, en tanto que en la sífilis, es casi seguro; y el segundo, que la seroreacción de Wassermann es fuertemente positiva al comienzo del *Pian*, y pronto cae a cero espontáneamente, mientras que en la sífilis al principio es negativa, y luégo se va haciendo fuertemente positiva.

Manson, dice: "Nosotros tenemos pruebas concluyentes para mirar las dos enfermedades como específicamente distintas. Se pueden mencionar: la lesión primaria, la infección del feto, la adenitis, el exantema, la alopecia, la ausencia del prurito, la iritis, las deformaciones de los dientes permanentes, las afecciones óseas y oculares, las lesiones congenitales, el polimorfismo de las erupciones, las lesiones nerviosas y las gomas, como propias de la sífilis. Mucho más, las dos enfermedades pueden coexistir en un mismo individuo como en los casos citados por Powel y Charlouis, y una sífilis anterior no confiere la inmunidad contra el *Pian* y viceversa".

Lustig y Galeotti, dicen: "En conjunto la enfermedad es semejante a la sífilis; no parece sin embargo hereditaria, no se trasmite casi nunca por relaciones sexuales y tiene un curso muy diverso; tampoco se conocen complicaciones específicas de los órganos internos, tan comunes en la sífilis".

Jeanselme y Rist, dicen: "La sífilis es seguramente la enfermedad que copia más fielmente el *Pian:* Los dolores os-

teoarticulares con recrudescencia nocturna, la tendencia de la erupción a tomar la forma circinada, el agrupamiento de las lesiones al rededor de los orificios naturales, la acción curativa del mercurio y del yoduro de potasio; hé aquí los caracteres comunes de las dos afecciones. Sin embargo entre esas dos enfermedades existen diferencias fundamentales". Yo las resumo en el cuadro comparativo siguiente:

SIFILIS	PIAN
Enfermedad endémica.	Enfermedad tropical.
Enfermedad adquirida por *herencia* y por contagio	Enfermedad adquirida únicamente por contagio.
Comienza por accidente primario patognomónico que se forma en el punto de inoculación.	El accidente inicial, al nivel de la puerta de entrada, es inconstante. No difiere de los elementos que aparecerán ulteriormente.
La inmunidad conferida por la sífilis es casi definitiva.	La reinoculación del *Pian* es posible.
Todas las tentativas de autoinoculación sobre un sujeto portador de sifilides secundarias o terciarias son infructuosas.	La auto-inoculación del *Pian* es posible durante un lapso de tiempo de duración indeterminada, pero bastante larga.
El chancro indurado y los otros signos de la sífilis, pueden aparecer en un sujeto que ha tenido *Pian.*	El *Pian* puede manifestarse en un sujeto sifilítico.
Polimorfismo de las manifestaciones sifilíticas.	Monomorfismo de la erupción, cuyo tipo único es el papiloma.
Las sifilides, al menos las del período terciario, desorganizan la piel y dejan, después de la curación, cicatrices indelebles.	El botón de *Pian,* sí no está expuesto a ninguna causa de irritación, cura sin dejar huella.

SIFILIS	PIAN
La sífilis es una afección disciplinada, cuyas manifestaciones jerárquicas corresponden a los tres períodos primario, secundario y terciario.	Todas las manifestaciones del *Pian* son idénticas, cualquiera que sea el período en que se presenten.
Las erupciones sifilíticas interesan las mucosas.	Las erupciones piánicas respetan las mucusas.
Localizaciones viscerales.	No hay localizaciones viscerales.
Las sifilides no son pruriginosas.	Los accesos de *Pian* están siempre acompañados de prurito y descamaciones.
Hay alopecia en el período secundario.	No hay alopecia en el curso del *Pian.*

El Dr. Gustavo Uribe Escobar, Profesor de Clínica Sifilográfica y Dermatológica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, y Jefe del Dispensario de Medellín, dice en sus "Notas Dermatológicas" sobre este mismo asunto: "Está plenamente comprobado que son dos enfermedades distintas. El *Pian* ha sido inoculado a los sifilíticos y viceversa; el *Pian,* es tropical; la sífilis, universal; el *Pian,* es extragenital, las lesiones secundarias son idénticas a las primarias, es pruriginoso y no hereditario. Algunas lesiones sifilíticas, como las sifilides papulo-erosivas, las hipertróficas, son idénticas a los granulomas del *Pian*".

L. Dantec en su "Précis de Patologie Exotique", dice literalmente: "El *Pian* es el retrato de la sífilis; esto es tan verdadero, que algunos médicos creen que el *Pian* no es sino una sífilis modificada por la raza y por el clima. Es incotestable que son ellas dos enfermedades vecinas, determinadas por agentes microbianos bastante parecidos; pero hay sin embargo diferencias muy nítidas que separan las dos enfermedades". Más adelante dice: "En la enfermedad piánica hay identidad entre el accidente primario y los accidentes secun-

darios: Es siempre el *Pian*, botón frambuesiforme, lesión característica de la enfermedad. Todos los pianomas son pruriginosos, mientras que las sifilides, nó. En el *Pian* no hay alopecia, ni iritis, ni herencia, ni gomas, ni lesiones nerviosas, mientras que todos esos accidentes pueden mostrarse en el curso de la sífilis".

Este mismo autor desarrolla su diagnóstico explicando admirablemente cada una de las diez conclusiones siguientes:

Evolución diferente del accidente primitivo en la sifilización y en la pianización humanas.

Ausencia de accidentes terciarios en el *Pian*.

Evolución diferente de los accidentes secundarios en la sifilización y en la pianización humanas.

No inmunidad del sifilítico frente a frente del *Pian*, y recíprocamente la no inmunidad del piánico frente a la sífilis.

Auto-inoculación del *Pian*.

Inmunización por largo tiempo. (Esta última parte está en desacuerdo con lo que hemos observado en la zona del Ferrocarril en donde la inmunidad es un mito - N. del A.)

El *Pian* no es hereditario ni trasmisible al niño por la leche materna, lo cual sí sucede en la sífilis. El *Pian* no se trasmite del niño a la lactante.

El *Pian* puede existir en una región indemne de sífilis y puede desaparecer de un país en donde la sífilis esté muy generalizada.

Diferenciación del *Pian* y de la sífilis por la inoculación a los monos.

El microbio de la sífilis es un treponema y el microbio del *Pian* es una spiroqueta.

Por último, hay un artículo reciente, escrito por el Dr. M. Botreau-Roussel, médico de las tropas coloniales de Francia, en el cual, después de analizar detenidamente casi todos los datos que hemos visto aquí, están contenidas estas palabras finales que lo resumen: "A pesar de las semejanzas evidentes, *Pian* y sífilis son dos enfermedades diferentes".

Como se ve por las citas que hemos traducido, la mayoría de los autores y los argumentos más convincentes están por la no identidad de las entidades en discusión, y el espí-

ritu es llevado sin esfuerzo, espontáneamente, a la convicción irrevocable de que se trata de enfermedades que tienen algunos síntomas comunes, pero que fundamentalmente hablando sólo son iguales en el tratamiento, pues que ambas ceden al yoduro, al mercurio, al neo-salvarsán y al bismuto. Y como quiera que este es uno de los principales argumentos de los unicistas, si no el único, para ser lógicos debieran sostener a su vez la identidad de la *Espiroquetosis Recurrente* producida por la spiroqueta de Obermeyer, el Sodoku que es producido por otra spiroqueta, y del cual se conocen ocho observaciones en el Hospital de San Rafael, la amibiasis y algunas micosis que ceden también al mismo tratamiento.

Sin embargo antes de decidirnos a sostener la diferencia básica que existe entre la sífilis y el *Pian*, hemos vacilado mucho ante las reflexiones siguientes:

Si el clima, la raza y el organismo mismo pueden transformar no sólo la morfología de microorganismos más fuertes, más resistentes y más precisos que el treponema pálido, sino también su vitalidad, su virulencia y su actividad, ¿por qué no admitir que la *Espiroquetosis Cutánea* no sea otra cosa que una *sífilis transformada* como lo sostienen los autores ingleses y sus seguidores?

Poniendo por ejemplo el bacilo de Kock que unas veces se presenta corto, otras largo, casi siempre recto, a veces curvo, y cuyas lesiones producen toda una gama de manifestaciones que van desde el tubérculo miliar hasta el lupus, no es un argumento admirable para los unicistas?

Por otra parte: así como hay razas especiales de estafilococos y estreptococos que hacen sentir su presencia de modos tan distintos y de maneras tan poco uniformes; si sabemos que el estreptococo que colonizó, por ejemplo, en la amígdala adquirió una predilección especialísima por el tejido linfoide, y el que procede de una puérpera infectada tiene una actividad específica, por decirlo así, sobre las partes genitales y una predilección por las septicemias, ¿por qué no puede ser la spiroqueta de Castellani un treponema pálido, modificado, que mediante especiales circunstancias limi-

tó su virulencia y sólo conservó la aptitud de atacar la epidermis?

Pero nó. Por encima de todas estas hipótesis, más allá de estas sutilezas están los hechos, la observación clínica, que son más categóricos que todos los sofismas. Pudiera admitirse que se transformara la parte no esencial, los detalles, pero no la fisonomía, la evolución, la sintomatología, las reacciones serológicas etc., porque esta ya no es una transformación, sino un cambio radical, y como estos cambios radicales no pueden existir en células ya organizadas, es forzoso admitir que las entidades, que se presentan, evolucionan y desaparecen de manera tan distinta, aunque presenten algunos puntos de contacto, no son idénticas.

La conclusión a que hemos llegado y las razones en que ella se funda, son sacadas de la observación diaria y constante de cerca de 400 casos de bubosos que hemos tratado; de lo que hemos podido ver en sus familias, y los datos anamnésicos que nos han suministrado y que hemos podido confirmar, datos según los cuales hay muchas familias atacadas por esta enfermedad desde los abuelos y aun bisabuelos, y que a pesar de todo han crecido y se han desarrollado sin degeneraciones notables; del roce constante con sifilíticos de todo el País que tocan en Puerto Berrío, y de esa multitud heterogénea que forman los obreros del Ferrocarril, y finalmente de las observaciones y apuntes tomados por el Dr. Marco A. López, tantas veces citado, quien ha tratado más de 5.000 casos en el curso de los años que lleva de vivir en esta región. Prescindiremos, para el juicio, de todos aquellos argumentos de difícil observación traídos por los autores antes citados, porque queremos reducirnos a los que la evidencia nos ha mostrado como irrefutables, aunque sí los apuntamos.

La conclusión es ésta: la sífilis y el *Pian*, por su etiología, por su distribución, por su sintomatología, por sus manifestaciones anatomo-patológicas, por su pronóstico y sus consecuencias y por sus reacciones serológicas, son dos entidades patológicas distintas, específicamente.

Y las razones son las siguientes:

Primera.—Porque la sífilis existe en todas partes y el pian sólo en algunos lugares.

Segunda.—Porque la sífilis es adquirida por herencia y por contagio y el *Pian* solamente por contagio.

Tercera.—Porque la sífilis comienza por accidente primario que es patognomónico de ese período, el del pian nó.

Cuarta.—Porque la lesión primaria de la sífilis está situada sobre base indurada, y la del *Pian* nó.

Quinta.—Porque las manifestaciones de la sífilis son polimorfas y cada período tiene su expresión: chancro, sifílides, gomas; mientras que el pian sólo tiene dos períodos y en ambos la manifestación es el botón clásico.

Sexta.—Porque la erupción sifilítica no es pruriginosa ni produce descamaciones, y la del *Pian* sí.

Séptima.—Porque la sífilis produce la alopecia y tiene manifestaciones en el cuero cabelludo, mientras que el *Pian* no ataca nunca esta región, ni da alopecia.

Octava.—Porque la lesión sifilítica es primitivamente ulcerante, mientras que la del *Pian* nó.

Novena.—Porque las úlceras sifilíticas desorganizan la piel y dejan cicatrices casi indelebles, mientras que las lesiones piánicas, desde que no evolucionen en un terreno específico ni se infecten con otros micro-organismos, sólo dejan cicatrices transitorias.

Décima.—Porque las sifilides tienen predilección por las mucosas, y las lesiones piánicas casi siempre las respetan.

Undécima.—Porque la sífilis se localiza con frecuencia en los órganos internos, en tanto que hasta ahora no se conoce un sólo caso de *Pian* con localizaciones profundas.

Duodécima.—Porque la sífilis produce casi siempre adenitis, el *Pian* puro nó.

Décimatercia.—Porque la sífilis produce en las mujeres abortos en serie, lo que no se ha observado nunca en el *Pian.*

Décimacuarta.—Porque la inmunidad conferida por la sífilis contra ella misma es casi definitiva o por lo menos

mientras dura su evolución, en tanto que el *Pian* sólo produce ligera inmunidad en sus comienzos.

Décimaquinta.—Porque el chancro y las otras manifestaciones sifilíticas pueden evolucionar en un individuo atacado de *Pian* y viceversa.

Décimasexta.—Porque el filtro placentario deja pasar el treponema pálido y no deja penetrar la spiroqueta de Castellani, lo que equivale a decir que la sífilis es hereditaria y el *Pian* nó.

Décimaséptima.—Porque la lactante sifilítica puede contagiar al niño en la leche, la madre atacada de *Pian* nó.

Décimaoctava.—Porque en la descendencia de genitores atacados desde mucho tiempo atrás por el *Pian*, no se ven por ninguna parte la miseria fisiológica, la debilidad congénita y todos los estigmas de los heredo-sifilíticos.

Para que quede el cuadro más completo, pondremos en seguida cuatro argumentos sacados de serias y detenidas observaciones llevadas a cabo por especialistas en el Laboratorio:

Primero.—La sífilis es producida por un treponema, el *Pian* por una spiroqueta. (1)

Segundo.—Anatomopatológicamente hablando, el *Pian* no presenta en el dermis ni células gigantes, ni las manchas perivasculares de los polinucleares, ni la proliferación endotelial que caracterizan la sífilis.

Tercero.—La reacción de Wassermann es fuertemente positiva al comienzo del *Pian* y luégo cae a cero espontáneamente, mientras que en la sífilis al principio es negativa y luégo se vuelve positiva. (2)

Cuarto.—No se ha podido encontrar reacción positiva en el líquido cefalo-raquídeo de un piánico, mientras que ese líquido es medio de elección para la sífilis nerviosa.

---

(1) En la última edición de la Parasitología de Brumpt hay una nueva clasificación de las *Espiroquetas.*

(2) En las reacciones de Wassermann hechas en el Dispensario de Medellín, a individuos atacados de *Pian*, se ha encontrado casi siempre resultado positivo.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

TRATAMIENTO

El yoduro de potasio ha sido desde tiempos lejanos el específico para todas estas enfermedades de manifestaciones ulcerosas e inflamatorias. De modo que el pueblo mismo se lo receta y lo toma para *limpiar la sangre* como dice. También son de un uso muy corriente las preparaciones de zarzaparrilla, con el mismo fin, ya sola o ya mezclada con el yoduro, lo que es más común. El mercurio ha sido usado también desde hace muchos años y aun hay muchos autores que sostienen que es el único remedio que dá garantías de seguridad en el tratamiento de la sífilis.

El tártaro emético ha sido ensayado con mucho éxito, en varias demartitis, y nosotros lo hemos ensayado en el *Pian*, asociado al yoduro en dos circunstancias: cuando nos piden una fórmula para un individuo imposibilitado por las bubas, que no puede venir a recibir las inyecciones de 914 que suministra gratis el Ferrocarril de Antioquia a los atacados de aquella enfermedad, y en los casos en que, después de aplicar diez o doce ampollas de neo-salvarsán sin un resultado completo, lo recetamos a los bubosos por dos o tres semanas. En el primer caso, a los quince o veinte días sale a la carrilera el interesado a recibir su inyección, y en el segundo, vuelven al consultorio tres o cuatro semanas después, la mayor parte de éllos muy mejorados. La acción del emético, en esta asociación con el yoduro es dudosa, pero en el Hospital, en donde se aplica sólo en inyección intravenosa, sí se ha podido deslindar su efecto.

La fórmula que nosotros empleamos generalmente, es una derivación de la de Castellani:

Tártaro emético		0,70 a 1	grm.
Salicilato de soda		10	”
Bicarbonato de soda	aa	20	”
Yoduro de potasio químicamente puro	aa	20	”
Tintura de nuez vómica		5	”
Agua hervida		320	”

R. Cuchs.

Tres al día.

No hemos tenido noticia de intolerancias graves a pesar de la alta dosis de tártaro emético que se ingiere por día. En el Hospital de San Rafael se usa en inyección intravenosa con resultados muy rápidos. No sería aventurado decir que las úlceras rebeldes al arsénico, y ciertas tumuraciones muriformes que ceden a aquella droga, son sin duda, productos de asociaciones microbianas en donde, si fué la spiroqueta de Castellani la primera en instalarse, es talvez una leismania la que ha obtenido luégo la supremacía, y sabido es que las leismaniosis ceden muy bien al tártaro emético. Con respecto al neo-salvarsán, todos los que sobre ésto han escrito, lo consideran como el remedio de elección, el único específico contra el *Pian*. En estas apreciaciones hay un fondo muy respetable de verdad y nosotros podíamos citar más de trescientas observaciones de curación del *Pian* por el 914, la mayor parte de las veces a las primeras inyecciones. Estas apreciaciones son una verdad, pero una verdad incompleta, ya que las sales de bismuto obran tan bien como el 914, por lo menos en lo que se ha podido observar hasta ahora; son menos peligrosas y menos expuestas a trastornos, y sobre todo, y esta es su principal importancia, son de una actividad desconcertante en aquellos pianomas que han resistido a cantidades enormes de arsénico (Obs. N° 3). Hasta cierto punto esto es disculpable por que el bismuto y el stovarsol, sobre los cuales volveremos más adelante, apenas están entrando en la práctica terapéutica.

Pero el mayor inconveniente que nosotros hallamos al 914 es el hecho de que lo van convirtiendo en la panacea universal, y le van perdiendo el respeto que esta droga merece, y los cuidados que es preciso tener con élla. Y no es sólo por parte del público relativamente ilustrado que vive en las ciudades, lo que sería menos malo, sino lo que es más grave, por el público ignorante, el de los campos, el de las regiones invadidas por el *Pian*, colocado por las circunstancias a discreción de la audacia del boticario rural o del curandero; y por otra parte, la creencia que ese público tiene de que la droga es inocua, y de que mientras más alta es la dosis mejor obra, sin peligro alguno. Constantemente nos sa-

len al paso en la línea, individuos con la ampolleta de 0,90 para que se la apliquemos, y al preguntarles que cuándo y para qué se han hecho poner las otras, contestan con la mayor naturalidad: "A mí nunca me han puesto de eso y es para que no me dé paludismo". Y es tal la seguridad que tienen de que esta droga es perfectamente inocua, cualesquiera que sean las circunstancias en que se aplique, que muchos, que ya saben del ayuno que la aplicación requiere, le niegan a uno haber tomado alguna comida en las tres horas anteriores, aunque acaben de almorzar o de comer.

En Calera, k. 21 de Puerto Berrío, nos ocurrió el caso de un individuo a quien estábamos tratando contra el *Pian*, y a quien después de ponerle una ampolla de 0,60, que es la mayor que tenemos por costumbre aplicar, le vino un vómito muy abundante y una crisis gástrica terrible. Entonces nos confesó que había acabado de tomar un almuerzo suculento.

Aquí en esta zona se ha tenido la costumbre de tratar el paludismo por el 914 en combinación con la quinina, según el método aconsejado por Ravaut en su libro sobre "Sífilis, amibiasis y paludismo", con resultados que saltan a la vista. Si a esto se agrega el rápido efecto que el neo-salvarsán tiene sobre las bubas, tan generalizadas por aquí, se explican la confianza, la fe, el cariño, por decirlo así, que en estas regiones se le tiene a esa droga. Y como, por otra parte, es ella muy peligrosa, y tiene sus contraindicaciones y sus requisitos, y hay que tantear primero la susceptibilidad individual, es fácil darse cuenta del peligro que tienen para el pueblo estas ciegas aberraciones, justificadas en su criterio simplista, y que son aprovechadas admirablemente por los charlatanes. Hemos oído relatar dos casos relativamente recientes: el uno ocurrió en Puerto Berrío y el otro en la Bodega de San José, en que gentes del pueblo, sugestionadas con los milagros del 914, se fueron al boticario, le compraron la mayor ampolla que hubiera y se la hicieron aplicar allí mismo. Y el boticario, que para el caso todos son uno, quien cree que todas las ampollas se pueden aplicar indistintamente e ignora toda base científica, las aplica sin ningún examen pre-

vio. Ambos pagaron con la vida su fervor por la droga: el uno en el momento en que se la aplicaban, el otro algunos días después.

A este estado de ánimo ha contribuído grandemente el empirismo con que algunos aconsejan el 914 y las pocas o ningunas precauciones que toman para aplicarlo; y si a esto se agrega la pasmosa resistencia que estas gentes tienen al dolor, a la fatiga y a toda medicación por fuerte que ella sea; la tranquilidad con que reciben la inyección, la ninguna mortificación que les produce y la manera tan favorable como reaccionan las fuerzas vitales, se pueden concebir los desastres que pueden tener lugar, si los médicos descuidan su misión, y si las autoridades no hacen cumplir fielmente las disposiciones sobre reglamentación de la profesión médica.

Nosotros mismos no estamos exentos de cierta responsabilidad: cuando hace diez meses fuimos llamados a prestar nuestros servicios al Ferrocarril, trajimos un sano y explicable temor al 914, debido a un insuceso doloroso y notorio que nos tocó presenciar en Medellín a fines de 1924, y a lo que oímos a nuestros maestros de la Escuela de Medicina; pero es el caso que veníamos a continuar con mayor vigor, si era posible, la humanitaria campaña que el Ferrocarril sostiene contra el *Pian*, de manera que diariamente, en todos los lugares de la línea y en todas las circunstancias teníamos que inyectar 914, y a cada semana nos sucedía llegar, por ejemplo, al consultorio de Caracolí, a las 5 o 6 de la tarde, en donde esperaban su inyección cuarenta o cincuenta piánicos, muchos de ellos apenas almorzados, y que habían venido desde lugares distantes hasta dos días de camino de allí, y que debían estar despachados para regresar al día siguiente. Y no había más remedio que inyectarlos a la luz de una lámpara de petróleo, sin tiempo para examinar el estado orgánico de cada cual, y preparando las inyecciones con agua hervida allí mismo y sin filtrar; y como nunca nos llegó a pasar el menor percance, nos fuímos envalentonando, le fuímos perdiendo el miedo a la droga, hasta el punto de que sucedió más de una vez que un buboso que estaba rozando o echando

azadón en una cordillera de esas, cuando oía o alcanzaba a ver el carro del médico que llegaba, se descendía precipitadamente, a eso de las 2 o 3 de la tarde, y llegaba a la carrilera, jadeante y sudoroso, y después de un corto reposo, mientras se preparaba la inyección con la primera agua que se encontraba, sin filtrar, y hervida a la ligera, con todas las incomodidades del caso, recibía su inyección, de pie, muchas veces la de 0,60 y se volvía tranquilamente a su trabajo. Estas cosas las pueden atestiguar todos los médicos que han ejercido por aquí su profesión.

Repetimos que esto no se debe imitar, aun más, que se debe condenar, y que sólo las difíciles circunstancias que aquí se presentan, obligan al médico a una práctica que afortunadamente no ha tenido hasta ahora ningún fracaso, pero que es imprudente desde todo punto de vista. Lo que sí practicamos siempre con rigurosa exactitud al inyectar, son las tres reglas que el doctor Toro Villa nos enseñó en la Clínica de Enfermedades Tropicales, a saber: no aplicar nunca una solución turbia de neo-salvarsán; no aplicar ampollas que tengan más de un cuarto de hora de haber sido rotas, y mezclar la solución con la sangre del que va a recibirla, con el objeto de subir un poco la temperatura de la solución, hacer que llegue al medio sanguíneo mucho más diluído el medicamento y permitir que se inicie entre la jeringa la reacción, si la hubiere, entre la solución y la sangre.

Respecto al tratamiento por 914 en inyección intravenosa debemos sólo decir que en la línea se emplea inyección semanal, y que en el Hospital de San Rafael se emplea un método más rápido que consiste en aplicar cuatro ampollas en ocho días así: por ejemplo, el domingo, 0,15; el martes, 0,30; el jueves, 0,30, y el domingo 0,45. Nunca pasar de esta dosis, con la cual quedan curados la gran mayoría.

Con respecto al 914 intramuscular, el cual empleábamos sistemáticamente en los niños antes de llegar el stovarsol, podemos afirmar que es más rápido en su efecto que la inyección intravenosa, a la larga se entiende. Hemos leído en revistas, que ha habido sífilis y bubas resistentes al neo-

salvarsán intravenoso, que han cedido a la aplicación intramuscular, lo cual no hemos podido comprobar debido a que los enfermos temen mucho los dolores locales de la inyección, dolores que han sido grandemente exagerados, pues con frecuencia vemos que niños inyectados en la región glútea se lamentan un momento, y en seguida vuelven a sus juegos, sin la menor señal de sufrimiento. Pudiéramos traer muchas observaciones a este respecto, pero nos contentamos con dos: una de un niño de pocos meses, y otra de una señora de 45 años a quien se le pusieron dosis hasta de 0,60 sin mayor mortificación, sin nódulos, sin inflamación y sin esfacele de ninguna clase (Observaciones Nº 1 y 2).

Para apreciar las ventajas y desventajas que las inyecciones intravenosas y musculares tienen entre sí, nos permitimos copiar un cuadro comparativo que encontramos en un número de los Anales de los Laboratorios Clín.

LOS ARSENOBENCENOS

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE SUS VIAS DE INTRODUCCION: VENOSA Y MUSCULAR

VIA VENOSA

a) La vía venosa es el mejor tratamiento de asalto.

Realiza el choque máximo y por lo tanto de la mejor manera posible, *la therapia sterilisans magna,* inundando el organismo con la *dosis masiva* del arsenobenceno activo.

a) No está probado que el arsenobenceno obre, en tanto que antiséptico directo, atacando el treponema, y que el contacto brutal de la dosis máxima tolerada por el germen, esterilice mejor que con una absorción progresiva.

b) La vía venosa tiene un efecto rápido *clínicamente.*

b) Pero este asalto da a menudo incidentes y accidentes inmediatos (crisis nitritoides), etc. en el hombre y en los animales (choques fenólicos de Jeanselme y Pomaret).

Al inundar el organismo con una dosis masiva de un tóxico, la inyección venosa corre el riesgo de crear lesiones viscerales, que se revelan más o menos precozmente, o que permanecen latentes durante semanas, para aparecer con ocasión de una recidiva, o de una intoxicación.

c) La absorción es rápida, regular, sin enquistamiento, (por tanto siempre activa), sin riesgo de reabsorción tardía.

c) Pero el organismo inundado por una dosis masiva no tiene tiempo de fijar el arsenobenceno; una parte considerable del medicamento se pierde, queda eliminada rápidamente por los riñones, hígado e intestinos.

d) Pero es fácil evitar esos "entre actos" si se espacian las inyecciones de modo que haya por día, 0,10, 0,15 de 914 por ejemplo.

d) La acción tiene el defecto de ser corta, pasajera, pudiendo dejar "entre actos" si se espacian demasiado las inyecciones.

La vía venosa es indolorora, salvo error de técnica.

e) La tolerancia local es la regla.

e) Pero ciertos productos, 606, 914 etc., trombosan a menudo las venas, y aunque no peligrosas ni embolígenas, esas obliteraciones tienen el gran inconveniente de hacer imposibles las tomas de sangre, si no hay otra vena puncionable.

f) Es práctica, y permite con las inyecciones espaciadas, reducir al mínimo las pérdidas de tiempo y los gastos médicos.

f) Pero muchos médicos vacilan aún en practicar en clientela, inyecciones intravenosas, y los enfermos no benefician de la arsenoterapia. La inyección venosa es difícil a menudo y aun imposible por no ser las venas visibles ni palpables. A veces es delicada para enfermos miedosos o emotivos, o agitados, que se mueven sin cesar, con riesgo de dejar verterse una gota fuera de la vena.

g) Para disimular el tratamiento podría decirse que se trata de inyecciones venosas de yoduro, cacodilato, electrargol o de cualquier otro medicamento corriente empleado en la actualidad por vía endovenosa.

g) Es ahora tan conocida que se disimula mal el tratamiento.

h) Se puede llegar a combinar las comidas. Por ejemplo: suprimir el desayuno, retrasar o adelantar una comida

h) La necesidad de permanecer en ayunas antes y después de la inyección, y por consiguiente de cambiar las horas de las comidas, denuncia esas inyecciones para los enfermos que viven en colectividad.

VIA INTRAMUSCULAR

a) A pesar de las ideas teóricas, la práctica está lejos de probar la inferioridad de las inyecciones intramusculares. Experimentalmente la inyección muscular es a menudo más activa que la venosa desde el punto

a) Pero muchos sifilógrafos creen superior la administración venosa cuando hay que ir de prisa; por ejemplo, al prin-

de vista profiláctico; por ejemplo: en la espirilosis de las gallinas, la inyección venosa de 0,05 de 606 por kilo, no hace al animal refractario más que durante cuatro días, mientras que la inyección intramuscular de la misma dosis protege durante veinte días (Ehrlich). La acción es más duradera; por otra parte se puede dar por el músculo tanto arsenobenceno como por la vena, y a menudo más, porque no se temen los accidentes inmediatos.

Experimentalmente, desde el punto de vista curativo, Ehrlich concluía en 1911: "Parece, en tanto cuanto puede juzgarse por las observaciones en curso, que la inyección intramuscular de 606 es la que dá resultados más decisivos y más duraderos.

Clínicamente la estadística de Leonard, que se apoya en 428 casos de sífilis primaria y secundaria (de los cuales 260 tratados por vía venosa y 168 por vía muscular), muestra que la sero-reacción ha llegado a ser para el 95 por ciento negativa por la cura muscular, y para 85 por ciento negativa por vía venosa. En total, la vía muscular parece que obra con más pujanza que la venosa.

b) Como el medicamento se absorbe lentamente no hay choque brutal; los incidentes inmediatos quedan suprimidos o son excepcionales. Es cierto que casi todos los enfermos que eran intolerantes a las inyecciocipio del chancro.

b) Pero en el hombre la acción de la inyección muscular parece menos rápida, lo cual es un inconveniente para u-

nes venosas, toleran muy bien las musculares. La tolerancia inmediata es incontestablemente superior; es pues, la técnica de elección para los intolerantes que deben evitar crisis nitritoides, hipertensos, mujeres en cinta etc., etc.

No es menos cierto, que si un enfermo tiene una crisis nitritoide por vía muscular, la tendrá aun más fuerte y aun más peligrosa por la venosa.

c) La absorción es más lenta y el enfermo tiene más tiempo de fijar el arsenobenceno. La pérdida del medicamento se reduce al mínimun.

La acción es prolongada, "permanente" de una a otra inyección. Fleige concluía: "La actividad terapéutica de los arsenicales orgánicos, está en relación directa con la duración de permanencia del producto en el organismo, y en relación inversa, con su velocidad de eliminación".

d) Prácticamente se tolera casi siempre, localmente.

na terapéutica de urgencia.

Se han citado no obstante, crisis nitritoides después de esas inyecciones intramusculares, y esas crisis nitritoides se producen 20, 40 minutos, 2 o 3 horas después de la inyección; por consiguiente, en ausencia del médico que tranquilizaría al enfermo, y, de ser necesario, trataría este accidente.

c) Pero pueden producirse defectos de reabsorción: la dosis se enquista, no se absorbe, y más tarde puede reabsorberse bruscamente, produciendo intoxicación o agravando accidentes tóxicos (nefritis, ictericia, eritrodermia), existentes.

d) Es a menudo dolorosa, mal aceptada por los enfermos; las nudosidades acaban por "bloquear" el tejido intradérmico. Este do-

lor, vivo a veces, tiene numerosos inconvenientes: disminuír las dosis, acortar las series, restringir la dosis total, hacer huír al enfermo que se negará a continuar la cura o a que le hagan curas ulteriores.

e) Por su repetición se obliga con frecuencia al enfermo a pérdidas de tiempo y multiplicación de los honorarios.

e) Es fácil, al alcance de todos, ofreciendo el máximun de comodidad, y todos los médicos la emplean. La inyección intramuscular es siempre posible, no exige ni destreza ni hábitos particulares. Es posible en todos los enfermos incluso los agitados.

f) Puede aplicarse a cualquiera hora, luégo permite que no se cambie nada de lo que concierne a las comidas.

Hemos transcrito el cuadro anterior para ilustrar más la materia. A ese respecto, y de lo que hemos podido observar en nuestra práctica, concluímos: que las aplicaciones intramusculares son más activas que las intravenosas; que hay que aplicarlas en los niños y personas que no tienen venas accesibles (1) (el stovarsol, del cual hablaremos en seguida, las hace ya inútiles); que el dolor, que sí lo hay, pero que ha sido enormemente exagerado por aquellos que por mala técnica han recibido alguna inyección extravasada en el tejido celular subcutáneo que es mucho más sensible y más propenso a la inflamación, no las dejará generalizar jamás.

Volviendo al tratamiento por las sales de bismuto, cree-

(1) Hoy las aplican en el seno longitudinal, y en la cavidad peritoneal a través del recto izquierdo, sin ningún inconveniente notable.

mos que hasta ahora no ocupan el lugar que merecen por sus resultados verdaderamente asombrosos. Sólo hemos usado el muthanol y eso solamente en aquellos casos en que habían fracasado todos los tratamientos. Pero en el Hospital de San Rafael sí se le ha usado bastante desde que se vió el resultado que dieron las muestras enviadas, de que habla el Médico del Hospital en una comunicación reciente a la revista "Labor".

Dice entre otras cosas lo siguiente: "Cuando recibí las muestras del muthanol tenía en tratamiento para *bubas* en la forma más tenaz y resistente, la vulgarmente llamada *empedradura*, acompañada de keratosis, a una joven robusta, de muy buena salud en general y a la cual ya le había puesto con toda regularidad diez inyecciones de 914 por la vía intravenosa, sin lograr la curación ni siquiera una mejoría apreciable. Eché mano del muthanol, y desde la segunda inyección, la enferma estaba perfectamente bien y hoy no presenta manifestación ninguna".

En el Boulletin de la Société de L'Ouest-Africain hay una nota sobre este mismo asunto, escrita por Danet y Beurnier que dice: "Desde las últimas comunicaciones dirigidas por los doctores Beurnier y Clapier, 38 nuevos piánicos que presentaban accidentes más o menos agudos, han sido tratados. La curación ha sido siempre obtenida en un plazo de diez a treinta días. Ningún accidente local o general ha sido observado. El estado general, la mayor parte de las veces, se mejora sensiblemente, el peso aumenta a menudo de una manera notable. Uno de nosotros que ha podido seguir sus enfermos, ha podido constatar la persistencia de la curación".

Sería muy conveniente una observación cuidadosa sobre las reinfecciones y curaciones incompletas; ya sabemos que con el 914 son muy comunes; valdría la pena de observar con los tratados por el bismuto.

De modo, pues, que esta sal es un magnífico sustituto del neo-salvarsán en los casos en que éste no basta, y en los intolerantes. Tenemos, a este respecto cuatro observaciones, de las cuales copiamos una muy ilustrativa (Véase obs. Nº 3). Tiene sobre el 914 las ventajas de ser intramuscular, indo-

lora, no producir ningún trastorno y ser tan eficaz como éste, por decir lo menos.

Hay otros medicamentos nuevos, que vienen precedidos de mucha fama contra estas espiroquetosis: son el narcenol, el eparceno, el treparsol y el stovarsol. Esta última es la droga hacia la cual queremos nosotros llamar especialmente la atención.

Es ésta una preparación arsenical ideada como preventivo de la sífilis, y cuidadosa y gradualmente estudiada. (1) El primer producto que se ensayó fué el 189. Los efectos de éste fueron seguidos por M. Beurnier en Angora, y Clapier en Cameroun, y se sacó en conclusión, que si era verdad que hacía desaparecer rápidamente las lesiones específicas, también lo era que producía trastornos funcionales, tales como diarreas, albuminurias, perturbaciones del lado de la visión y fenómenos de intoxicación. Luégo se fué perfeccionando hasta que surgió el stovarsol o sea el 190 Fourneau, que es la sal de soda del ácido oxi-acetil-amino-phenylarsénico. Fué aplicado con muy buen éxito en la amibiasis crónica y en la sífilis del adulto por Levaditi, Fournier y otros, y en la sífilis congenital del recién nacido, por Guillemot Clarac, en Mayo de 1924. Viene en forma de comprimidos de 0,25 c. g. c/u.; no son desagradables y no producen, a dosis terapéutica, ninguna mortificación. Después fué ensayado en el *Pian* con felices resultados. El Dr. André Leger trató diez individuos atacados de *bubas*, niños y adultos, única y exclusivamente por el stovarsol y curaron rápidamente. A los niños les daba uno o dos comprimidos en las 24 horas, y a los adultos, tres o cuatro, disueltos en agua, durante ocho días. Desde el tercer día comenzaron a mejorar, y al décimo, casi todos estaban ya sanos. No presenta ningún peligro y es muy bien tolerado, lo que no excluye la conveniencia siempre de tantear la resistencia individual con pequeñas dosis. Algunos acusan con la dosis máxima, cuatro comprimidos, ligera fa-

(1) El storvarsol es un polvo blanco, sin olor, de sabor ligeramente ácido, soluble en el agua y en el alcohol, fácilmente soluble en soluciones alcalinas. Es estable a la temperatura ordinaria. Es el derivado acetílico del ácido amino - 3 - hidroxilfenilo - 4 - arsénico - 1, y contiene 27.1 a 27.4 de arsénico.

tiga epigástrica. Tales son, al menos, las apreciaciones del Dr. Leger, quien termina sus observaciones sobre stovarsol con estas palabras: "La acción del stovarsol sobre los pianomas es rápida y puede sostener parangón con la de las inyecciones de arsenobenzol. En general, desde el segundo o tercer día de tratamiento, los pianomas ulcerados se marchitan, forman una costra que no tarda en caer y entonces aparecen las lesiones profundas cicatrizadas. El examen microscópico muestra, al mismo tiempo, que los treponemas han desaparecido. El estado general del enfermo se vuelve mejor y acusa siempre un estado de notable bienestar".

Posteriormente M. Tanon y M. Jamot pudieron comprobar todos los datos suministrados por Beurnier y Clapier en el Congreso Tropical de Angola, y dicen haber curado con el 190 Fourneau o sea el stovarsol, lesiones piánicas de todas clases, aun aquellas resistentes al 914 intravenoso. Sostienen, además, que es por lo menos tan activo como el 914 y de uso mucho más fácil, y que al quinto día de tratamiento ya está el piánico curado. El método que éllos preconizan es el siguiente: a un adulto dar uno o dos comprimidos el primer día; tres, el segundo y cuatro el tercero; suspender un día, y al siguiente, dar otra vez cuatro; suspender otro día y al otro dar tres; suspender otro día y al otro dar dos; luégo por una semana dar cada dos días un comprimido para reforzar la curación.

En los niños dosis más pequeñas según el caso.

Según ésto en nueve días queda el enfermo curado y una semana después queda fuera de tratamiento.

Por el conocimiento de estos interesantes datos, desde Diciembre de 1924 fué pedido el stovarsol al exterior con destino al Hospital de San Rafael. Allí se usó primeramente contra la amibiasis con magníficos resultados, y luégo contra el *Pian*, también con éxito admirable. En vista de esto, solicitamos al Médico-Jefe del Ferrocarril el envío de stovarsol con destino a los dispensarios de la línea que están a nuestro cargo, para ver si era posible ir sustituyendo paulatinamente las inyecciones de 914 que se aplican a los bubosos que van a solicitarlas, por la ingestión de aquellos comprimidos, ofre-

ciéndoselos gratis también, y enseñándoles la manera de tomarlos.

Recibida la remesa desde Mayo de este año, comenzamos a tratar sistemáticamente a los veinticinco o treinta pianosos nuevos que mensualmente se hacen inscribir para tratamiento. Sin embargo, hemos seguido empleando también el 914 para los que ya estaban en tratamiento y para los nuevos que lo prefieran. Al principio las gentes recibían de mala gana las pastillas, pero a las dos o tres semanas las reclamaban insistentemente y se hacían lenguas de sus resultados.

De modo, pues, que nos ha tocado seguir detenidamente más de cuarenta casos de *Pian*, tratados por el stovarsol, con prescindencia absoluta de toda otra terapéutica local o general, y hemos llegado a la convicción de que no hay una línea de ponderación en los datos arriba transcritos.

En general, los resultados para nosotros han sido más lentos, debido a que la circunstancia de no vernos con los enfermos sino cada ocho días, nos ha obligado a ser muy parcos en la dosis. Pero con todo eso siempre son los resultados más rápidos o por lo menos iguales al 914. Nosotros usamos el método siguiente: para los adultos, dos comprimidos el primer día; tres, el segundo; tres, el tercero; tres, el cuarto y dos, el quinto; de acuerdo con esto les damos trece comprimidos. Luégo se suspende cuatro días el tratamiento para volver a comenzarlo en la misma forma. En los niños de 12 a 15 años o personas débiles, administramos sólo diez compridos en cuatro días; suspender cuatro y volver a comenzar.

En los niños menores de un año comenzamos por medio comprimido diario y luégo uno por cuatro días; y en los de 2, 3, 6 años, dos comprimidos al día.

Los resultados han sido cuidadosamente seguidos en cuarenta y dos casos: cuatro curaciones en la primera semana; siete, en la segunda; diez, en la tercera; once, en la cuarta; cinco, en la quinta; los cinco casos restantes son de resultado dudoso a pesar de que hay dos o tres que tienen hasta ocho semanas de tratamiento. Todos estos casos resistentes pertenen a piánicos antiguos, tratados por 914, curados y

reinfectados, o con úlceras piánicas en estado fagedénico y con otras asociaciones microbianas.

Merece notarse la acción del stovarsol sobre las *empedraduras* y botones plantares acantoqueratósicos, en los cuales había que inyectar diez o doce veces 914, antes de que el enfermo sintiera algún alivio, en tanto que con el stovarsol, al fin de la primera semana los dolores han desaparecido, y a las dos o tres semanas están curados. Algunos de los casos resistentes han sido tratados con muthanol y han curado rápidamente, como se ve en la observación Nº 3.

No está, pues, lejano el día en que el Ferrocarril de Antioquia sustituya definitivamente el 914 que suministra, por el stovarsol, que no tiene ni los peligros, ni las dificultades para aplicarlo, ni ninguno de los muchos inconvenientes que aquí se presentan para aplicar el 914.

Ojalá la Dirección Nacional de Higiene tomara nota de estos asuntos y aplicara en todo el País lo que hemos comenzado a hacer en el Ferrocarril de Antioquia.

Los médicos encargados de la lucha contra el *Pian*, podrían hacer conocer esta droga en todas partes, y se ganaría tiempo y dinero, y se le proporcionaría un gran alivio a los desvalidos, sobre todo a aquéllos que no pueden moverse de sus tugurios, y hasta los cuales el médico tampoco alcanza a llegar. A conseguir este laudable fin, se encamina este modesto trabajo.

Creemos que el stovarsol resuelve definitiva y satisfactoriamente el ya inquietante problema del *Pian* en Colombia. Debe iniciarse una labor tendiente a educar a los habitantes de las comarcas invadidas, sobre las cualidades del stovarsol y su manera de administrarlo. Así, el pueblo mismo podría defenderse no sólo del *Pian* sino de la amibiasis y de la sífilis.

Si mañana u otro día vemos cumplido nuestro deseo, tendremos la satisfacción de haber contribuído muy modestamente, es verdad, a la extirpación en Colombia, de la *Espiroquetosis Cutánea.*

CONCLUSIONES DEL TRATAMIENTO:

El 914 intravenoso es eficaz, pero hay ocasiones en que no se puede aplicar por muchas razones.

El 914 intramuscular es también muy eficaz, pero su uso no se generalizaría nunca por las mortificaciones que produce, aunque han sido muy exageradas.

Las sales de bismuto, especialmente el muthanol, son el medicamento de elección en los arseno-resistentes y en los intolerantes.

El stovarsol es tan activo como los anteriores, no tiene ninguno de los inconvenientes de éllos y tiene todas las ventajas apetecibles.

ALGUNAS OTRAS INDICACIONES DEL STOVARSOL

El Dr. Gustavo Uribe Escobar, quien ha llegado recientemente de Europa, nos manifestó que actualmente están usando mucho el stovarsol contra la sífilis.

En el Journal des Practiciens del 30 de Mayo de 1925, encontramos el dato de que se le está aconsejando mucho también en la profilaxia de la sífilis.

Después de un coito sospechoso o hasta siete días después, tomar de tres a cuatro comprimidos diarios, cuatro días en cada semana, hasta por dos semanas como preventivo. Como curativo puede usarse hasta por ocho semanas.

En el Hospital de San Rafael se le ha empleado con muy buen éxito contra las infecciones intestinales, muy especialmente contra la amibiasis crónica.

Valdría la pena de ensayarlo contra la fiebre recurrente y contra el "Sodoku", dos espiroquetosis que tan bien ceden al neo-salvarsán intravenoso.

OBSERVACION PRIMERA

Olga M., de tres meses de edad, natural de Puerto Berrío, vecina de Virginias.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: Más o menos a los cincuenta días de nacida tuvo una fiebre muy alta y algunos días después le apareció en la frente una costra que no la molestaba en lo más mínimo. Como dato interesante dicen los padres que en la casa donde viven hay mucha chinche de la variedad denominada vulgarmente *garrapato* (ornitodorus talaje), y que en la familia que la ha habitado ha habido muchos bubosos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Quince o veinte días después de que le apareció la costra en la frente se fué brotando de una erupción botonosa en las piernas que fué reconocida inmediatamente como bubas. En este estado fué llevada a nuestro consultorio de Virginias. La niña es bien conformada y de raza india.

TRATAMIENTO: El 15 de Abril se le pusieron 0,03 de neo-salvarsán diluído en dos centímetros cúbicos de agua en inyección intramuscular en la región glútea; la aplicación fué penosa, pero un minuto después de aplicada ya la niña había vuelto a tomar su aire habitual.

El 22 de Abril fué traída de nuevo al Dispensario y se le aplicaron 0,05 en la misma forma. Los papilomas estaban casi marchitos.

El 29 de Abril la vimos de nuevo casi curada. Le pusimos 0,08, también en inyección intramuscular. A los quince días los padres nos hicieron saber que estaba perfectamente curada.

NOTA.—Como la observación anterior, pudiéramos citar unas veinticinco.

OBSERVACION SEGUNDA

María T., de 40 años de edad, natural de Barbosa, vecina de San José, casada, con tres hijos, dos de éllos han tenido *Pian;* se ocupa en oficios domésticos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: El pasado genital de esta enferma es bueno, no acusa ningún dato sospechoso de

especificidad. Ha sido palúdica, pero hace ya algunos meses que no tiene accesos. Hace algunos meses le dieron timol y leche de higuerón.

INSPECCIÓN GENERAL: Estatura media, raza mestiza, estado general débil. No tiene venas visibles en ninguna parte.

ENFERMEDAD ACTUAL: se presentó al consultorio con una erupción típica de bubas, el 15 de Enero. Según los datos anamnésicos hacía tres meses que había tenido el primer acceso.

TRATAMIENTO: Como no era posible la inyección intravenosa, se le aplicó en la región glútea una de 0,15 de 914 diluída en dos centímetros cúbicos de agua. La mortificación fué tan poca, que la misma enferma se extrañó de lo poco que le había dolido, cuando todo el mundo le decía que el dolor era terrible. Ocho días después recibió 0,30 en la misma cantidad de agua que la anterior. La mejoría había sido muy poca.

En la tercera semana recibió 0,45 en las mismas condiciones. En esta vez la enferma sintió mucho dolor y salió cojeando del Dispensario. Parece que al aplicarla se cogió algún pequeño nervio, porque en las dos semanas siguientes que recibió 0,60 cada una, diluídas en 3 centímetros cúbicos de agua, no volvió a acusar una perturbación tan marcada de la función, como en la tercera inyección. Desde la cuarta se curó; sin embargo, se le aplicó la quinta para afirmar más la curación.

NOTA.—Como ésta, hay unas ocho observaciones más.

OBSERVACION TERCERA

Manuel G., natural de Puerto Berrío, vecino de Calera, de 31 años de edad, mayordomo, casado, con tres hijos vivos y cuatro muertos, de los cuales tres fueron antes de tiempo. De los vivos hay uno que es sordomudo y dos que han tenido bubas.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: Cuando estaba soltero lle-

vó una vida licenciosa y contrajo una sífilis que se trató incompletamente. Después de casado un médico le aplicó, en dos series, 16 ampolletas de 914. Hace unos tres años fué atacado de *Pian*. Se hizo inyectar en los dispensarios del Ferrocarril y curó. Hace unos quince meses tuvo un nuevo ataque de pian; fué tratado con gran intensidad por el 914, y las bubas apenas vinieron a ceder a las 14 inyecciones.

INSPECCIÓN GENERAL: Es un individuo de alta estatura, constitución robusta, raza mestiza.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se presentó al consultorio el 10 de Abril con una buba en la frente y otra en torno del orificio nasal izquierdo. Hacía un mes que las tenía.

TRATAMIENTO: El 10 de Abril se le puso una ampolla de 0,30; el 17, una de 0,45; el 24, una de 0,60, y el 2 de Mayo se le repitió la de 0,60. La buba de la frente desapareció, no así la de la nariz que aparecía cada vez más irritada. Se le siguió inyectando todo el mes de Mayo, sin ningún resultado. Al fin del mes trajo con él dos de sus niños atacados de bubas. Como ya el stovarsol estaba en ensayo, le suministrámos de esta droga para él y para sus niños. Los niños curaron en el curso de dos semanas, en cambio lo de él apenas se modificó ligeramente a pesar de haber ingerido treinta y dos comprimidos. En esta situación y como el enfermo era pudiente, le formulamos muthanol para que nos lo tuviera listo a la próxima semana: el 10 de Junio se le puso la primera ampolla; tres días después volvió al consultorio notablemente mejorado, pues la buba estaba un poco marchita; ese día se le aplicaron dos ampollas en la región glútea, como la primera. Cinco días después, es decir el 18 de Julio, la mejoría iba en aumento y se le aplicaron otras dos ampollas; el 23, se le aplicaron otras dos, y aunque ya estaba curado, quiso hacerse aplicar las que quedaban en la caja para afirmar más la curación.

NOTA.—Como ésta, naturalmente sin los detalles, pero sí con una tenaz arseno-resistencia, hay cuatro observaciones más en nuestro poder.

OBSERVACION CUARTA

Juan de J. y Jesús M., naturales de Caracolí, vecinos de El Popo, de siete y ocho años y medio de edad, respectivamente; oficios domésticos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Ha habido bubas en muchas personas de la familia. Estos niños viven bajo el mismo techo y tienen un parentesco cercano entre sí.

ANTECEDENTES PERSONALES: Palúdicos y uncinariásicos. Uno de éllos, el menor, tiene actualmente una amibiasis desde hace cuatro meses. Ambos tuvieron bubas un año antes y fueron curados con inyecciones de 914 por los médicos del Ferrocarril.

INSPECCIÓN GENERAL: Estatura relativamente alta, estado general regular, raza mestiza, el menor descarnado y pálido.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se presentaron a recibir tratamiento en la última semana de Mayo para una nueva erupción de bubas que habían tenido.

TRATAMIENTO: Al menor se le dieron ocho comprimidos de stovarsol para tomar uno, el primer día; dos, el segundo; dos, el tercero; dos, el cuarto, y uno, el quinto.

Al mayor se le puso una inyección de 0,15 intravenosa de 914.

A la semana siguiente se presentaron de nuevo: El menor presentaba marchitos casi todos los botones, los dolores osteócopos habían desaparecido lo mismo que la sangre de las deposiciones; el mayor apenas si había tenido una mejoría. Este fué inyectado de nuevo con 0,15, y al menor se le dieron cuatro pastillas para tomar una diaria. A la semana siguiente el menor estaba curado tanto de las bubas, como de la amibiasis. Sin embargo se le dieron otros cuatro comprimidos para tomar cada dos días uno; al mayor se le puso otra inyección de 0,20 y se le siguió tratando hasta completar siete semanas. En este tiempo ya estaba perfectamente curado y fué dado de alta. El menor desde la tercera semana dejó de concurrir al Dispensario por estar ya curado.

OBSERVACION QUINTA

Ramón G., de 50 años, natural de San Carlos, vecino de Quebradona, profesión agricultor, casado, sin hijos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ha sido muy sano y de costumbres morigeradas. Ha sufrido accesos palúdicos. Hace cuatro meses tuvo una erupción de bubas que desaparecieron casi en su totalidad, con zarzaparrilla yodurada.

INSPECCIÓN GENERAL: Estatura mediana, raza mestiza, constitución endeble.

EFERMEDAD ACTUAL: Se presentó al consultorio de Caracolí a mediados de Mayo. Tenía tres bubas típicas en el escroto que no le habían desaparecido como las otras. Acusaba dolores reumatoides, especialmente en la región del ciático.

TRATAMIENTO: Se le dieron trece comprimidos para tomar así: dos, el primer día; tres, los tres días siguientes, y dos, al quinto día. A la semana siguiente volvió absolutamente curado. Dijo haber tenido una diarrea ligera debida talvez a las pastillas. Previendo una próxima erupción, pues los antecedentes que daba el enfermo no eran claros, lo mandamos volver tres semanas después lo que hizo muy puntualmente. El estado era muy bueno, no había dolores osteócopos ni erupción de ninguna clase.

OBSERVACION SEXTA

Juan de J., vecino de Caracolí, natural del mismo lugar, de 16 años de edad, soltero, agricultor.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: Palúdico crónico. Hace dos años se brotó de una erupción de bubas. Fué tratado intensamente en el Dispensario de Caracolí y desaparecieron todas menos dos botones de la forma queratósica situados en la planta del pie derecho, sumamente dolorosos.

INSPECCIÓN GENERAL: Es un joven de estatura mediana, de constitución débil y de raza negra.

Enfermedad actual: Se presentó en el consultorio de Caracolí en la primera semana de Abril, con los botones típicos, vulgarmente llamados *clavos*, muy dolorosos, sobre todo de noche.

Tratamiento: Se le pusieron diez ampollas de 914 así: 0,15, 0,30, 0,45, 0,45, 0,60, 0,60, 0,45, 0,45, 0,30, sin resultado visible. Suspendimos el tratamiento y lo mandamos volver un mes después. Pasado este tiempo se presentó en el mismo estado, pero con la agravante de que le dolían mucho las articulaciones por la noche y cuando iba a llover.

Entonces le suministramos trece comprimidos de stovarsol para tomar en la forma acostumbrada. A los ocho días se presentó de nuevo, los botones ya no le dolían y los dolores reumáticos habían cesado. Se le dieron otros nueve comprimidos. A la semana siguiente los botones estaban casi curados y completamente indoloros. Sin embargo se le dieron nueve comprimidos más, con lo cual quedó definitivamente curado.

OBSERVACION SEPTIMA

Carmelina C., 27 años de edad, natural de Puerto Berrío, vecina de Malena, lavandera.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales: Ha sido relativamente muy sana; tiene una cicatriz muy grande en la raíz de la nariz, resto de una úlcera que le dió a causa de la picadura de un insecto. Hace tres años tuvo un fuerte dolor en los huesos, fiebre y se brotó de *bubas*. Se le desaparecieron en el curso de un año sin tratamiento, pero le quedaron unas úlceras de mal aspecto y olor, en la pantorrilla izquierda. Con tópicos han llegado casi a cerrar, pero vuelven a abrirse con la más ligera lastimadura.

Inspección general: Es una mujer de estatura mediana, de constitución firme y de raza negra.

Enfermedad actual: Hace unos tres meses, después de un período en que estuvieron casi cerradas las úlceras, le

vino un acceso típico de *bubas* y le brotaron dos botones muy grandes, cerca a las antiguas ulceraciones, las cuales a su vez comenzaron a crecer y a irritarse mucho. Los botones se ulceraron también debido a que la enferma permanecía días enteros entre el agua, se reblandecieron las costras y cayeron. En este estado se presentó al consultorio el 13 de Mayo. Eran úlceras descuidadas, mal olientes, incrustadas en antiguas cicatrices. Precisamente el tipo de aquéllas que en otras ocasiones han resistido largos tratamientos de 914. Esta enferma no había recibido arsénico en ninguna forma.

TRATAMIENTO: El 15 de Mayo se le dieron trece comprimidos para tomar en la forma acostumbrada; el 20 la mejoría se notaba y se le dieron diez comprimidos más; el 27 recibió seis comprimidos. El 3 de Junio se presentó de nuevo; las úlceras habían disminuído notablemente. La dejámos esa semana sin tratamiento y a la siguiente, es decir, el 10 de Junio, le dimos de nuevo trece comprimidos. El 17 la vimos otra vez; las úlceras, que al principio eran unas como la palma de la mano y otras como monedas de cincuenta centavos, eran puntiformes. Se le dieron doce pastillas más, para tomarlas en dos semanas. El 4 de Julio la vimos perfectamente curada.

OBSERVACION OCTAVA

Graciela D., de Puerto Berrío, residente en Calera, de 9 años de edad.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ha sido muy sana en todo sentido hasta hace unos doce meses que tuvo un reumatismo que la postró en cama varios días. Hace más o menos un mes se brotó de *bubas*.

INSPECCIÓN GENERAL: Es una niña muy bien conformada, de raza india.

EFERMEDAD ACTUAL: El 8 de Julio la sacaron al paradero de Calera. Cuando la vimos tenía más de 300 pianomas,

distribuídos en todo el cuerpo, especialmente en la cara, lo que le daba un aspecto repugnante y monstruoso.

TRATAMIENTO: Le suministrámos ocho comprimidos de stovarsol para tomarlos así: el primer día, uno; el segundo, tercero y cuarto, de a dos, y el quinto, uno.

El 15 de Julio la volvimos a ver y estaba curada; apenas le queda una ligera costra en el mentón, pero marchita ya y próxima a caer. Apenas quedaban las manchas acrómicas en los lugares que habían ocupado los botones.

Suministrámos seis comprimidos más para dar dos cada dos días, con el fin de completar y afirmar la curación.

OBSERVACION NOVENA

Benjamín A., de Yolombó, residente en Cisneros, de 15 años de edad, cartero en el Ferrocarril de Antioquia.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: El padre murió de un cáncer en el estómago.

ANTECEDENTES PERSONALES: había sido relativamente sano, hasta mediados de mayo de este año, en que fué atacado de dolores osteócopos y articulares, sobre todo por la noche. Pocos días después le aparecieron en el pie izquierdo, unos tres centímetros por debajo del maleolo interno, unos botones sumamente dolorosos que lo imposibilitaron para seguir trabajando, por lo cual hubo de trasladarse al Hospital de San Rafael el 5 de Julio.

INSPECCIÓN GENERAL: Es un tipo de raza mestiza, de estatura regular y de constitución un poco débil.

ENFERMEDAD ACTUAL: El doctor López, Médico del Hospital, diagnosticó, en presencia de aquellas concreciones queratósicas, un acceso de *Pian* en la forma denominada vulgarmente *empedrádura.*

TRATAMIENTO: En consecuencia, se administró al enfermo comprimidos de stovarsol en la forma siguiente: el 6 de Julio, dos; el 7, el 8, el 9 y el 10, de a tres, y el 11, dos. Como este día ya los dolores habían desaparecido del todo, y los botones estaban aparentemente muertos, el enfermo vol-

vió a su oficio. El médico del Hospital nos recomendó para que siguiéramos observándolo.

El 14 de Junio le dimos nueve comprimidos más para tomarlos en cuatro días.

La curación fué definitiva. Dos meses después volvimos a verlo y su estado continuaba bien.

NOTA.—En el registro de *Pian* que llevamos en los dispensarios de la línea del Ferrocarril de Antioquia, en la sección del Nus, pueden verse más de cuarenta observaciones como ésta, tomadas en Mayo, Junio y Julio, que no copiamos por no alargarnos más, pero que sí resumimos en el cuadro siguiente:

CUADRO ESTADISTICO

de piánicos tratados por el Stovarsol o 190 Fourneau, en los meses de Mayo, Junio y Julio, en la zona del Ferrocarril de Antioquia.

NUMERO	NOMBRES	EDAD	VECINDAD	RESIDENCIA	COMP. INGERIDOS	SEMANAS	RESULTADO
1	Arismendi J.	Años 12	Santo Domingo.	Gallinazo	23	2	Curado.
2	Constantino A.	— 10	San Rafael.	San Julián.	47	4	Curado.
3	Pablo A.	Meses 7	San Rafael.	San Julián.	10	3	Curado.
4	Dimas C.	Años 12	Puerto Berrío.	Tacamocho	16	2	Curado.
5	Sacramento C.	— 7	Caracolí	Caracolí	32	4	Curado.
6	Manuel A. C.	— 19	El Jordán.	El Jordán	37	3	Curado.
7	Carmen C.	— 27	San Jerónimo.	Malena	49	5	Curada.
8	Luis C.	— 18	Medellín.	Puerto Berrío.	28	2	Se ignora.
9	Pedro A. C	— 18	La Ceja.	Las Mercedes.	73	6	No se curó del todo.
10	Nacianceno D.	— 35	Manizales.	Yolombó	24	2	Curado.
11	Graciela D.	— 9	Puerto Berrío.	Calera.	14	2	Curada (1).
12	José E.	— 2	Medellín.	K. 55.	8	2	Curado.
13	Arcesio G.	— 20	Santa Rosa.	Puerto Berrío.	15	2	Se ignora.
14	Ramón G.	— 60	San Carlos.	Quebradona	18	2	Curado.
15	Ana Francisca G.	— 8	San Carlos.	El Jordán.	37	3	Curación incompleta.
16	María L. H.	— 8	Palestina.	Palestina.	12	2	Curada.
17	Jesús J.	— 2	El Jordán.	Llanadas.	12	2	Curado.
18	Carlos J.	— 15	Barbosa.	Cisneros	13	2	Curado.

(1) Casi todos los que figuran con dos semanas, se curaron desde la primera; pero se les siguió una semana más el tratamiento para afirmar la curación.

NUMERO	NOMBRES	EDAD	VECINDAD	RESIDENCIA	COMP. INGERIDOS	SEMANAS	RESULTADO
19	Severo E.	Años 19	San Carlos.	Canoas	36	3	Curado.
20	Juan de D. M.	— 21	—	La Esmeralda.	32	3	Curado.
21	Ana J. M.	— 26	Antioquia	Tacamocho.	20	2	Curada.
22	Superanza N.	— 8	San Carlos.	El Coco.	12	1	Curada.
23	Ana R. O.	— 4	San Roque.	San José.	20	3	Curada.
24	Juan de J. O.	— 6	Caracolí.	El Popo.	15	3	Curado.
25	Juan de D. O.	— 15	—	El Popo.	29	3	Curado.
26	José J. O.	— 7	El Jordán.	El Jordán.	14	3	Curado.
27	Ana R.	— 4	Caracolí	El Bagre.	6	1	Se ignora.
28	Cándida S.	— 22	San Roque.	Caracolí.	29	3	Curada.
29	Julio C. S.	— 11	Peñol.	Jordán.	12	2	Curado.
30	María S.	— 72	Barbosa	Caracolí.	28	3	Curada.
31	María V.	— 1	El Jordán.	Quebradona.	6	2	Curada.
32	Víctor Z.	— 12	Segovia.	Puerto Berrío.	28	4	Curación incompleta.
33	Virgelina Z.	— 7	Cisneros	Puerto Berrío.	14	3	Curada.
34	Eva Z.	— 38	San Carlos.	El Jordán.	45	5	No curó del todo.
35	Pablo Z.	— 19	Segovia.	San José.	34	4	Curado.
36	Jesús S.	— 14	El Peñol.	Llanadas.	28	4	Curado.
37	Arturo S.	— 13	—	—	14	3	Curado.
38	Manuel G.	— 34	Puerto Berrío.	Calera	52	6	Sólo cedió al bismuto.
39	Ana G.	— 9	— —	—	20	3	Curada.
40	Luis G.	— 7	— —	—	15	2	Curado.
41	José P.	— 45	Yalí.	Caracolí	45	4	Curado.
42	Luis G.	— 32	Sopetrán	Virginias	29	3	Curado (1).

(1) Apenas dos o tres veces nos atrevimos a dar la dosis máxima diaria que aconsejan los autores y que es de cuatro comprimidos, y eso sólo un día en cada semana.

BIBLIOGRAFIA

Apuntes sobre Pian.....*Dr. Marco A. López.*
Informes sanitarios del Ferrocarril de Antioquia....*Dr. Emiliano Henao.*
Elementos de Dermatología..*Dr. Gustavo Uribe Escobar.*
Tesis de Grado (Pian).....*Dr. Ernesto Arango Tamayo.*
Tesis de Grado (Pian).....*Dr. B. Velasco Cabrera.*
Tesis de Grado (Pian).....*Dr. Eliseo Velásquez Mejía.*
Tesis de Grado (Apuntes sobre Geografía médica del Ferrocarril de Urabá)..*Dr. César Uribe Piedrahita.*
"Bubas" de Revista Médica de Bogotá .....*Dr. G. Toro Villa.*
Journal des Practiciens Nros. 18 y 22 de 1925.....*Profesor Dr. Marfan.*
Anales de los Laboratorios Clínicos Nº 5.....*Dr. Loisilet.*
Boletín de la Sociedad de Patología Exótica de París Nº 6.....*Dres. Danet y Beurnier.*
Enfermedades de la piel.....*Dres. Grall y Clararc.*
Enfermedades de la piel.....*Dr. C. Chatelain.*
Patología General.....*Dres. Lustig y Galeoti.*
Précis de Pathologie Exotique.*Dr. L. Dantec.*
Sífilis, Amibiasis y Paludismo.*Dr. Ravaut.*
Précis de Pathologie Exotique.*Dres. Jeanselme y Rist.*
Maladies Tropicales.....*Dres. Wurtz & Thiroux.*
Maladies des Pays Chauds...*Dr. Sir P. Manson.*
Précis de Dermatologie.....*Dr. J. Darier.*

LA QUIEBRA DEL RADIO

DR. EMILIO JARAMILLO.

Todos los profesionales saben perfectamente cuántas y cuáles ilusiones han venido desvaneciéndose, día por día, con respecto a la posibilidad de curar el cáncer por medio del Radio y de los Rayos X. La literatura médica de estos últimos veinte años, no sólo en revistas sino en volúmenes, traía siempre una esperanza nueva desde los gloriosos tiempos en que Bequerel, primero que nadie, y luégo los Curie, pensaron que el metal maravilloso y las radiaciones de Roengten, podrían quizá destruír las células cancerosas.

Pero hace ya un tiempo que los que seguimos paso a paso a los grandes experimentadores, venimos confirmándonos en la idea de que esa verdaderamente grande ilusión ha hecho quiebra y quiebra estrepitosa. Y aún más: creemos tener excelentes razones para pensar que el método roengtenoterápico y curiterápico para la curación del cáncer está haciendo quiebra fraudulenta...Podría pensarse, con justicia, que hay infinitas empresas industriales, con inversión de capitales inmensos, empeñadas en seguir poniendo en los mercados sus productos de radio, sus aparatajes costosos y complicados, sus maquinarias de cientos de miles de voltios.

El Radio y los Rayos X prestan indudablemente algunos buenos servicios en afecciones de la piel, en pequeños cánceres cutáneos, pero táles pequeños servicios no son privativos de esos sistemas únicamente, puesto que la fulguración, la diatermia y los rayos utravioleta también los prestan.

En uno de los más recientes números de la Am. Roent. and Rad. Therapy Journal, el especialista Dr. Ch. C. Simmons que trabaja hace tiempo en Boston, trae confirmadas las ideas que había venido formándome sobre esta capital materia de la lucha contra el cáncer por la electricidad. Y aun cuando el artículo a que me refiero es sobre cáncer de la boca, las conclusiones, las estadísticas y las ideas, desconsoladoras en extremo, pueden aplicarse al cáncer en general. Quiero resumirlas brevemente, englobando en tal resumen

datos, ideas y conclusiones tomadas de muchas otras fuentes, absolutamente sinceras y realmente actuales.

La mortalidad universal por cáncer aumenta lenta pero seguramente, tanto que hoy iguala a la muerte por tuberculosis. En los Estados Unidos, únicamente, mueren mil personas anualmente de cáncer.

Generalmente, el cáncer de la boca es la forma más grave y cuando llegan los casos al cirujano, están perdidos sin remedio.

Tomadas todas las estadísticas americanas y europeas en conjunto, referentes a los últimos diez años, se ve con evidencia desconsoladora que ni el método de terapia profunda por Rayos X, ni la curiterapia, ya se le use en cualesquiera de sus múltiples técnicas, sirven para otra cosa que una levísima prolongación de la vida de los enfermos de cáncer.

Tanto el Radio como los Rayos X, la destrucción por diatermia, por electrotermia directa, por termocauterio, por electrocoagulación. . . . conducen casi siempre a las recaídas "sur place" o a las metastasis. Y ahora, últimamente, se ha venido observando la metastasis casi fulminante.

Y no obstante que Simmons dice que todo cirujano y todo electroterapeutista pueden contar casos de curación de cancerosos de toda región, inesperadamente, las estadísticas están ahí para hacernos perfectamente pesimistas y lógicamente desconfiados con respecto al diagnóstico exacto de tales maravillas.

Aun quedaría para los cancerosos la esperanza del cuchillo, y hay quien diga con entusiasmo sincero, pero a mi ver ilusorio, que únicamente la Cirugía es hoy la salvación del canceroso. Con diagnóstico e intervención precoces, dicen, se cura el cáncer.

Desgraciadamente no hay tal cosa, y hay que confesarnos la grande y dolorosa verdad: el cáncer continúa siendo invencible.

La electricidad, en sus diversas aplicaciones terapéuticas contra el grande espanto, ha fracasado, por más que se empeñen todos en sostener esperanzas.

La Cirugía, la intervención precoz....perfectamente: pero para ello es necesario el diagnóstico también precoz y ahí está lo difícil.

Los cancerosos, a igual de la paradoja de Stehndall, y parafraseándola, no tienen otra salvación que el error de diagnóstico....

DR. E. JARAMILLO.

DIRECTORIO MEDICO DE MEDELLIN

Tulio Arango P.....	Facultad de	Madrid	Laboratorio.
Javier Arango F.....	"	Nacional	Organos de los sentidos.
Heriberto Arbeláez..	"	"	Pediatría.
Jaime Bernal M....	"	Medellín	Organos de los sentidos.
Pedro Nel Cardona..	"	"	Medicina General.
Alfonso Castro.....	"	"	Cirugía General.
Miguel Mª Calle....	"	"	Medicina. Obstetricia.
Teodoro Castrillón...	"	Nacional	Piel - Sífilis.
Vicente Duque.....	"	Medellín	No ejerce.
Jesús Mª Duque....	"	"	Genito - urinarias.
Abel Echeverri M...	"	Nacional	Genito - urinarias. Cirugía.
Jacinto Echeverri....	"	"	Medicina General.
Eduardo Escobar M.	"	Medellín	Venéreas - Piel.
Julián Escobar.....	"	Nacional	No ejerce.
Carlos Fernández Q..	"	"	Medicina General.
Roberto Gaviria.....	"	Medellín	Medicina General.
Valentín Garcés.....	"	"	Medicina General.
Gil J. Gil.....	"	Columbia - U. S...	Cirugía General.
A. Mauro Giraldo..	"	Nacional	Medicina General.
José V. González...	"	Medellín	Medicina General.
Nicanor González U..	"	Nacional	Organos de los sentidos.
Antonio J. González.	"	Medellín	Medicina General.
Emiliano Henao.....	"	Nacional	Enfermedades Tropicales.
Braulio Henao M....	"	"	Genito - urinarias. Cirugía.
Leopoldo Hincapié G.	"	"	Medicina General.
Eduardo Isaza Ll....	"	"	Medicina General.
Juan B. Isaza M....	"	"	Medicina General.
Nepomuceno Jiménez	"	Medellín	Obstetricia.
Emilio Jaramillo....	"	Nacional	Electricidad Médica.
Juan B. Londoño....	"	"	Medicina General.
José V. Maldonado..	"	"	Medicina General.
Antonio Mesa.....	"	"	Medicina General.
Braulio Mejía.....	"	"	Medicina General.
Rafael Mejía U.....	"	Madrid	Pediatría.
J. B. Montoya y F..	"	París	Cirugía General.
Fco. A. Molina.....	"	Nacional	No ejerce.
Juan B. Moreno....	"	Madrid	Medicina General.
Rafael Mora.....	"	Medellín	Medicina General.
Samuel A. Meza y P.	"	Madrid	Corazón y Pulmones.
Luis E. Naranjo.....	"	"	Medicina General.
Julio Ortiz V.....	"	Medellín	Medicina General.

Vespasiano Peláez...	Facultad	Nacional	Medicina General.
Antonio J. Peláez...	"	"	No ejerce.
Gonzalo Pérez.....	"	Medellín	Medicina General.
Agustín Piedrahita..	"	Nacional	Genito - urinarias.
Lisandro Posada B..	"	Medellín	Medicina General.
Rafael Posada R....	"	Nacional	Medicina General.
Joaquín Posada Z...	"	"	No ejerce.
Emilio Quevedo.....	"	Medellín	Medicina General.
Ernesto Rodríguez...	"	"	Medicina General.
Jorge T. Rincón...	Homeópata		Medicina General.
Emilio Robledo.....	Facultad de	Medellín	Medicina General.
Luciano Restrepo I..	"	"	Medicina General.
Julio Restrepo A....	"	"	Medicina General.
Manuel Restrepo M.	"	"	Medicina General.
Jorge Sáenz.....	"	"	Medicina General.
Juan Saldarriaga...	"	"	Medicina General.
Avelino Saldarriaga.	"	Nacional	No ejerce.
Eduardo Tobón U..	"	Madrid	Medicina General.
Gabriel Toro Villa..	"	Nacional	Sífilis - Med. Tropical.
Fco. A. Uribe Mejía.	"	"	Medicina General.
Juan de D. Uribe...	"	París	Medicina General.
Gustavo Uribe E....	"	Madrid	Genito - urinarias.
Juan Uribe W.....	"	Nacional	Organos de los sentidos.
Lázaro Uribe C.....	"	Medellín	Enfermedades Mentales.
Agapito Uribe C....	"	"	Organos de los sentidos.
Gabriel Uribe M....	"	Nacional	Laboratorio.
Alejandro Vásquez..	"	Medellín	No ejerce.
David Velásquez....	"	"	Medicina General.
Rafael Villegas.....	"	"	Genito - urinarias.
Abel Villa.....	"	"	Medicina General.
Baudilio Zuluaga....	"	Nacional	Medicina General.
Rodrigo Correa.....			Medicina General.
Alfredo Correa.....			Medicina General.
Germán Giraldo.....			Medicina General.
Luis E. Herrán.....			Medicina General.
Alberto Jaramillo...			Medicina General.
Luis L. López.....			Medicina General.
Luis Mesa y Villa..			Medicina General.
Félix Navarro.....			Medicina General.
Alfonso Orozco.....			Medicina General.
Pedro Pizano.....			Medicina General.
Hernán Perea.....			Medicina General.
Norberto Sánchez...			Medicina General.
José Tobón Uribe...			Medicina General.
Ernesto Uribe.....			Medicina General.
Tulio Vásquez.....			Medicina General.