

Pián y Campaña Antipiánica en Colombia

Gerardo López Narváez

INTRODUCCION

Quien mire con algún detenimiento la carta geográfica de nuestro país, observará que es muy poco lo que dicen a su cultura general y aún a su concepto de la nacionalidad el gran número de nombres escritos sobre el perfil de la Costa del Pacífico y el Golfo de Urabá. Indudablemente a nadie le pasarán inadvertidos los nombres de Buenaventura y Tumaco: este por su pretérito esplendor y su reciente acabamiento por el fuego, y aquél porque corresponde a nuestro único puerto sobre el Mar de Balboa. Quizá algunos literatos recuerden que ese es el llamado "Litoral recóndito" por un ilustre hijo del Chocó; otros pocos sabios estarán informados de que hay estudios para la ello el Atrato y algunos ríos que, como el Truandó y el Napipí, nacen cerca de aquél y rinden en alguna forma sus aguas al Pacífico; los estudiosos de la historia tal vez recuerden que desde unos de estos ríos tributarios del Pacífico fue pasado por tierra un barco (el lugar conserva aún e nombre de "El Arrastradero") hasta el Atrato para sorprender por retaguardia a quien se sentía dueño absoluto de esa importante arteria fluvial y derrotarlo así, más que por la potencia bélica, por el pavor que le causara la aparición fantástica del enemigo. Pero el común de los colombianos tiene de esas regiones tan sólo la deformada idea que se ha ido concibiendo a través de fabulosas crónicas de viajeros que han permanecido cómodamente sentados en los cafés de Tumaco y Buenaventura, o de las fragmentarias descripciones de investigadores que se han adentrado en algunos lugares de esa vasta región y cuyos relatos solamente interesan de verdad a unos pocos.

De tan desiguales e irregulares fuentes de información ha surgido naturalmente la más falsa noción acerca de la Costa del Pacífico y el Golfo de Urabá. Mientras algunos piensan que allí

están los tesoros de toda índole al alcance del menos esforzado brazo y proyectan desde las altiplanicies de suave clima y agradable vivir fulgurantes colonizaciones con personal mediterráneo, otros consideran hazañoso haber viajado turísticamente en un avión hasta Quibdó.

Los hay que al oír decir Guapi (pequeño caserío semiportuario de la costa del Cauca) imaginan que se trata del lugar ribereño del Putumayo famoso desde nuestra disputa con el Perú; por una simple asociación de ideas se cree forzoso que los pequeños caseríos de Negría y Mulatos, por ejemplo, deben estar en el Chocó; haciendo infantiles apreciaciones sobre un mapa de reducida escala se proyectan campañas para realizar en término de días a todo lo largo de la costa. En fin, es prácticamente general la ignorancia sobre realidades como estas: traspasados los límites de la Bocana de Buenaventura, hacia el norte, queda el viajero completamente desconectado del mundo y nadie vuelve a tener noticia de él hasta su posible regreso o hasta la información de su naufragio pues no hay a todo lo largo de esa inmensa porción de litoral ni una sola estación u oficina de telecomunicaciones ni sistema alguno regular de cabotaje. En las orillas de esos inmensos ríos y sobre los pantanos que dejan las habituales crecientes vive aún el hombre en la habitación lacustre de los albores del mundo; en esta misma fecha hay ahí compatriotas de avanzada edad que todavía no han visto la bombilla eléctrica y para quienes aún no ha aparecido sobre la faz de la tierra el ganado vacuno ni la bestia de carga.

Todos los principios de la ciencia de la nutrición humana se ven contradichos entre esos compatriotas: la ingestión de proteínas animales es casi excepcional y de las vegetales solamente se consumen algunas (plátano, arroz, maíz y coco) con invariable y vitalicia constancia. La lucha biológica por la supervivencia de la especie humana tiene en esas regiones el más amplio y aleccionador palenque: la capacidad genésica de la mujer principia con precocidad desconcertante y se prolonga hasta más allá de los cincuenta años, veinte y más embarazos, llevados a término, es lo habitual en esas madres; por su parte, el varón parece, aun anatómicamente, conformado con especialidad para la función reproductora. Ejemplares humanos hay, de ambos sexos, que alcanzan edad propecta y que aisladamente tomados podrían servir de argumento en favor de las excelencias de la raza y de la bondad del

medio pero que, en realidad, no son sino la confirmación de esa lucha. Efectivamente, ya ante qué fuerza puede sucumbir un organismo que logró germinar en claustro materno fisiológicamente miserable y raquítico, que desde recién nacido se alimentó de plátano cocido pues le faltaron la leche de la madre y de la vaca, que desde su primera infancia combatió contra el parasitismo intestinal, la amibiasis, la malaria y el Pián, que desde antes de la pubertad se enfrentó a los más rudos trabajos y mortales peligros, agravado todo por la desnutrición y la intemperie? Si se llegaría a pensar que ese organismo está destinado a la inmortalidad física... Pero ante ese espectáculo de longevidad el médico piensa inmediatamente en la realidad tremenda de que por cada ser humano de avanzada edad han sido centenares, si no miles, los que han perecido en los primeros días o, en todo caso, antes del primer año de vida.

Y, apartándonos un poco de lo meramente físico, debe saberse que todavía hay entre aquellas gentes, a estas horas de la civilización, innumerables personas para quienes en la aparición y curación de sus enfermedades intervienen inexorablemente maléficos y propicios espíritus de la más rudimentaria teogonía.

Y en tales condiciones viven (si es que a eso se le puede llamar vivir) varias decenas de miles de colombianos en la Costa del Pacífico, en las riberas del Golfo de Urabá y a lo largo de muchísimos ríos tributarios del Atrato.

Se cumple allí la articulación perfecta del círculo vicioso miseria-enfermedad. Y esta enfermedad es el PIAN, Buba o Frambuesia que con caracteres de pandemia ya secular ha estado impidiendo que el hombre supere las hostilidades y obtenga el vasallaje de ese medio telúrico tan impropicio para la vida animal. En tal forma el Pián reduce al hombre a la miseria fisiológica, que para la ruptura del fatídico círculo no es concebible solución distinta de la erradicación de la enfermedad. Sólo esa misma raza —ya adaptada al medio— mejorada en su salud podrá realizar el milagro de incorporar esas porciones de nuestro territorio al progreso nacional y al haber de su economía.

Al estudio del PIAN en nuestro medio y como problema de Higiene Pública se concreta este trabajo. No pretendo en él, en manera alguna, agregar el más mínimo concepto respecto de su

clínica, epidemiología, laboratorio o anatomía patológica; tan sólo sobre los dos primeros conceptos me atreveré a avanzar algunos personales comentarios producto de mi ya larga experiencia en la lucha antipiánica. Insistiré, en cambio, en las características propias que el problema piánica presenta en nuestro país, en las medidas que he creído conveniente tomar en la campaña contra el flagelo y en la descripción de las dificultades de todo orden que deben vencerse. Todo ello en la ilusión de que quienes puedan sentirse interesados cooperen con sus luces en la sugerencia de soluciones cada vez más provechosas. No se encontrarán aquí grandes acopios (o copias) de académica erudición ni interminables sutilezas de diagnóstico diferencial. El autor es un Higienista vocacional y de carrera que enfoca el problema en nuestro país no desde el punto de vista del caso de consultorio particular sino desde el más amplio, patriótico y fecundo de la Salud Pública.

PRIMERA PARTE

Estudio Clínico y Epidemiológico en Colombia

Sinominia

Pián, Buba, Bubas en los países de habla hispana; Frambuesia en las colonias francesas; Yaws en Inglés. Hay además, otros nombres como Coko en el Brasil, Parangi, Dube y otros en diversas regiones del mundo tropical.

En Colombia se usan el de Pián, especialmente en la mitad sur de la Costa del Pacífico (Nariño, Cauca y Valle) y los de Buba y Bubas en la mitad norte de la misma, el interior del Chocó y el Golfo de Urabá. Pián será la denominación que siga usándose en este trabajo pues se conoce en todo nuestro territorio y es la que tiende a generalizarse.

A la palabra Pián se le descubre origen, según algunos autores en el dialecto de la tribu brasilera Tupí; según Littré pertenecería a un antiguo dialecto del francés.

Definición

Es una enfermedad tropical, transmisible, no venérea ni congénita, esquemáticamente divisible en tres períodos caracteri-

zados el primario por un papiloma único, localizado casi en el ciento por ciento de los casos extragenitalmente, el secundario por papilomas múltiples siempre más pequeños que el de la lesión primaria, diseminados por todo el cuerpo pero especialmente en la vecindad de los orificios naturales; y el terciario por toda clase de manifestaciones tanto constructivas como destructivas de la piel, los huesos y los cartílagos. Es enfermedad íntimamente vinculada con la falta de higiene personal y doméstica.

Etiología

Su agente causal es un treponema o espiroqueta conocido con los nombres de *T. perenne*, *T. pallidum* y *S. de Castellani*; este último en honor del Profesor italiano Aldo Castellani quien lo identificó en 1903 habiendo hecho la comunicación a los medios científicos en 1905.

Para la documentación sobre las características morfológicas culturales e inmunológicas de *T. perenne* y sus diferencias con el *T. pallidum* y el *T. cuniculum*, remito al lector a los modernos textos de Medicina Tropical. No conozco trabajos nacionales sobre este tema ni personalmente los he realizado.

Transmisión

El Pián es esencialmente una enfermedad transmisible. El contagio se hace por contacto directo, por el uso en común a sanos y enfermos de objetos, ropas y utensilios domésticos y, muy posiblemente, por moscas y otros insectos pero que en este caso jugarían solamente el papel de transmisores mecánicos del germen. Es condición indispensable para que ocurra que en la piel del individuo sano haya una solución de continuidad. La integridad de la piel constituye barrera infranqueable para este treponema. Respecto de la intervención de insectos debe citarse el papel preponderante que al *Hippelates pallipes* le asigna H. W. Kumm (1935) quien logró demostrar la presencia del *T. perenne* en la regurgitación de esta mosca después de siete horas de cautividad.

Entre nosotros (aun cuando realmente, por fortuna tan irracional práctica ya se está abandonando) la transmisión en muchos casos se hacía voluntariamente: con la uña o con cualquier objeto vulnerante se hacía sobre la piel sana de los niños casi recién nacidos una escoriación sobre la cual se frotaba la costra de una

lesión evolutiva. Esto con el objeto de buscar alguna suerte de inmunidad y sobre todo según mi personal observación porque entre las gentes de raza negra pobladoras de las regiones en que el Pián es endémico había y aun hay respecto de él un concepto fatalista: pensaban que por pertenecer a tal raza era inevitable que en alguna época de la vida la padecieran.

Serología

Con gran rapidez se hace positiva y hasta hace muy poco tiempo era considerada como el ejemplo típico de lo que se llamaba "Wassermann irreductible". Hoy día, especialmente por la práctica de las reacciones cuantitativas, este concepto se ha modificado y se ha llegado a comprobar que a favor de tratamientos técnicamente llevados se llega a la negativización. Este proceso sin embargo es sumamente lento. Y aquí debo apuntar algo de especial gravedad que ocurre entre nosotros: con inmensa frecuencia, en Buenaventura, por ejemplo, se presenta un individuo a solicitar trabajo en alguna empresa particular y aun en dependencias oficiales y desde antes de que exponga su solicitud se le exigen entre otros certificados médicos la reacción serológica y sucede que si el individuo ha tenido Pián, aun cuando sea muchos años atrás y en el momento mismo en que se presenta no tenga manifestación alguna, ni la más mínima fuera de las cicatrices, es rechazado. Como si fuera una patente sucia que lo inhabilita definitivamente para el desempeño de todo empleo y ocupación honesta se le enseña el certificado en que dice POSITIVO y sin más averiguaciones se le despide. Y esto ocurre porque en la mayoría de las veces no es médico el que entra a juzgar y a calificar ese certificado sino un empleado cualquiera de Administración.

Las reacciones son siempre Negativas en el líquido cefalorraquídeo.

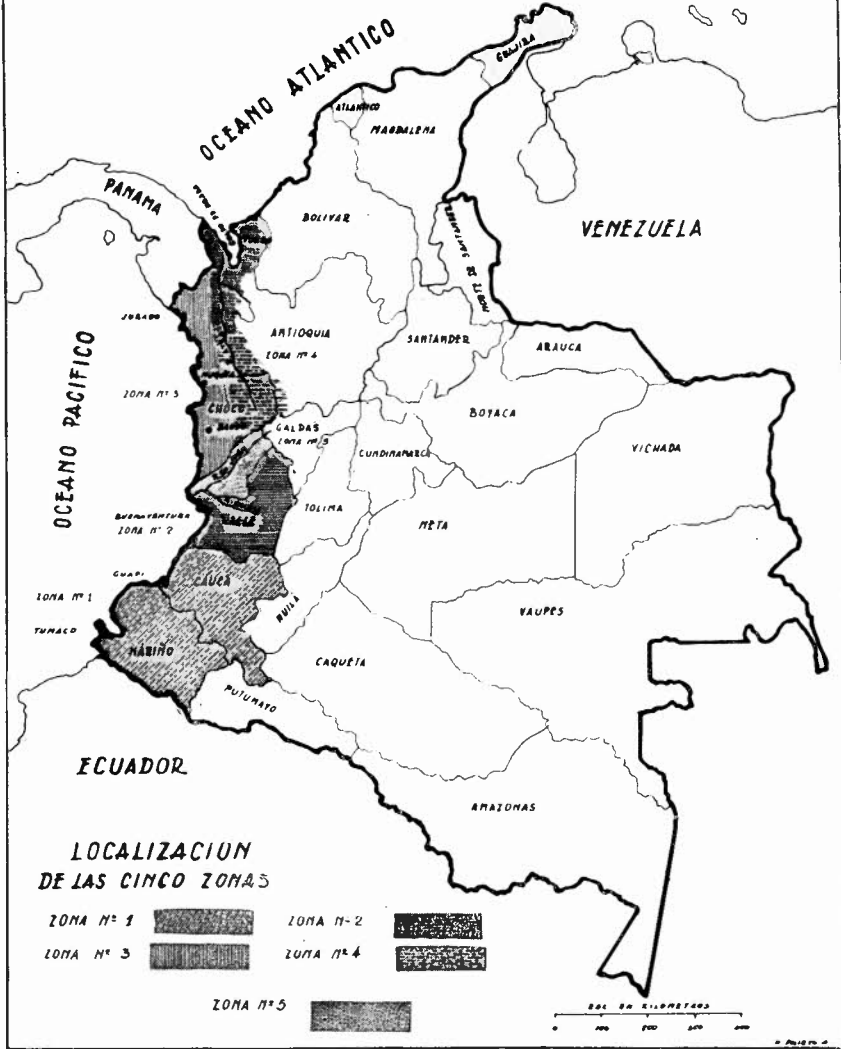
Distribución geográfica y descripción de las regiones de Pián endémico en Colombia

Siendo Colombia un país tropical (está entre los 12° 30' 40" de latitud N. y los 4° 13' 30" de latitud S.) y siendo el Pián estrictamente una enfermedad de tal zona, cuenta ella entre nuestro correspondiente patrimonio patológico.

Aun cuando efectivamente en la parte mediterránea del país también hay pequeños focos de Pián, en lo que sigue de este tra-

**CAMPAÑA GENERAL ANTI-PIANICA
EN COLOMBIA.**

S.C.I.S.P. PROYECTO N° 116 1980



bajo me refiero exclusivamente al litoral Pacífico pues es allí en donde la enfermedad reviste los caracteres de verdadera pandemia, en donde ha reinado desde hace muy largo tiempo y en donde se observan todos los factores topográficos, climáticos y raciales que se reconocen como propicios para la propagación de la enfermedad. Por otra parte, a medida que se progresa en altura sobre el nivel del mar, que desciende el índice de humedad relativa y, en general, que se suavizan las condiciones ambientales, el Pián va adquiriendo caracteres cada vez menos graves.

La región que dejo mencionada está comprendida entre la frontera con la república del Ecuador al sur, la frontera con la república de Panamá al norte y una línea imaginaria que, por el oriente, corriera aproximadamente a 150 kilómetros de la costa del Pacífico. Estos límites encierran una superficie aproximada de 190.000 kilómetros² y en ella alturas que van desde 0 hasta 1.200 metros, más o menos, sobre el nivel del mar. (ver mapa). La población de esta vasta región de territorio es, según el dato intercensal de junio de 1950, de 327.950 habitantes.

Las corrientes fluviales de esta región —excepción hecha del río Atrato, que desemboca en el Atlántico y que es famoso por ser uno de los más caudalosos del mundo— son de corto recorrido y de enorme pendiente pues la Cordillera Occidental, en que nacen, corre relativamente a muy corta distancia del litoral. Tales características del sistema fluvial de la costa (gran abundancia de corrientes de aguas y enorme pendiente de las mismas) sumadas a las muy fuertes y desiguales mareas del Pacífico determinan condiciones en extremo desfavorables para ese territorio: efectivamente, cada 12 horas todas las corrientes son represadas por la alta marea y con esta misma periodicidad puede asistirse al espectáculo de ver contradicha la frase universalmente aceptada de que “Los ríos no se devuelven”; en esta costa colombiana los ríos sí vuelven sobre su curso cada doce horas.

La vegetación inmediata al mar y la de las orillas de los ríos, en varios kilómetros hacia el interior, está representada principalmente por un gigantesco árbol (*Risophora mangle*) que dá a esos lugares la principal característica del paisaje (Foto Nº 1): son árboles corpulentos provistos de gran número de fuertes raíces adventicias lanzadas a considerables distancias del tronco y que parecen servirles de apoyos especiales cuando baja el nivel de

las aguas. De este árbol se hace especial beneficio para la extracción del tanino usado en la industria de la curtiembre de las pieles y en tintorería. Abunda también el Balso (Achrama tomen-



FOTO N° 1

tosum) de gran demanda en la industria moderna por su gran resistencia, nula conducción del calor y escasísimo peso. Entre estos árboles mayores prolifera abundantemente la jungla. En las pequeñas parcelas taladas por el hombre alrededor de su habitación crecen con alguna esplendidez plantas de frutos comestibles como el naranjo, el coco, el plátano y el maíz. En limitadas regio-

nes de alguna altura sobre el nivel del mar, libres por tanto de las inundaciones y por el mismo hecho utilizadas para pequeños poblados, indudablemente la tierra es feraz. A medida que se aleja del litoral la flora se va enriqueciendo especialmente en palmeras y árboles maderables para llegar, en las estribaciones de la cordillera y en la cordillera misma, a la abundancia de maderas preciosas.

La fauna está representada por roedores de pequeña talla, por cangrejos de tierra y saurios igualmente pequeños. Muchos habitantes de esas regiones consumen la carne de estos animales pero ello no puede explicarse sino por una extrema necesidad ya que son repugnantes hasta por su aspecto exterior.

Consideraciones sobre los factores topográficos, climáticos y raciales propicios para la propagación y permanencia de la enfermedad

El Pián es indudablemente una enfermedad tropical propia de las zonas rurales y, más aun, de las selváticas. Personalmente he podido comprobar que esta es una verdad irrefutable: hasta en los pequeños caseríos de nuestra costa, que no alcanzan a merecer el nombre de pueblos, se cumple esta verdad pues ya en ellos la incidencia de la enfermedad es menor si se compara con lo que ocurre entre los habitantes de las casas aisladas en las regiones montañosas. Y la Costa del Pacífico no es más que una inmensa selva recorrida, como ya lo he hecho notar por infinidad de ríos de diverso caudal. Dentro de esta última consideración cabe destacar que la enfermedad es predominante en las cabeceras de los ríos. Relaciono este hecho irrefutable no con la geografía misma sino con la circunstancia de que los orígenes de esos ríos son precisamente los lugares más remotos y por tanto aquellos en que el hombre está más alejado de la civilización y más carente de los recursos de toda índole que pudieran levantar su nivel de vida. En cambio en las bocanas es en donde se localizan los poblados de alguna significación por ser los sitios más accesibles y, como ya lo he dicho, mientras mayor sea el déficit de higiene personal y doméstica mayor es la incidencia y la gravedad de la enfermedad.

Altura: la altura sobre el nivel del mar es otro de los factores decisivos en favor de la existencia del Pián. A partir de alturas que sobrepasen los 200 o 300 metros sobre el nivel del mar

las características de la enfermedad se van modificando favorablemente. A alturas de 800 a 1.000 metros —altura, esta última, que considero como límite superior en materia de presencia de Pián— ya la enfermedad está reducida a pequeños papilomas de lenta evolución y difícil identificación.

Temperatura: El Pián exige temperaturas que pasen de los 22°; por debajo de esta cifra ya las características de la enfermedad empiezan igualmente a modificarse en favor. La temperatura óptima está entre 25° y 28°, y esta última cifra es precisamente la que puede tomarse como promedio a lo largo de toda nuestra Costa del Pacífico.

Lluvias: La precipitación pluvial es indudablemente entre los fenómenos constitutivos de lo que se llama el clima de una región el más íntimamente ligado con esta enfermedad. En donde las lluvias son más frecuentes e intensas se aprecia sin mayor esfuerzo una mayor incidencia y unas más graves características del Pián; y esto se observa aun en este mismo litoral en donde la precipitación pluvial promedia pasa de los 5.000 mm. en el año. Hay lugares hacia el norte del Chocó considerados en los textos de Geografía Universal como de los más lluviosos del mundo.

Humedad: Igualmente este factor integrante del clima es aquí de capital importancia. A medida que disminuye la humedad relativa atmosférica se modifican favorablemente las manifestaciones del Pián. Desgraciadamente, el índice de humedad relativa promedio fijado por estudios meteorológicos realizados en nuestro país es de 90%. Es fácilmente explicable la influencia de este factor en la presencia y propagación de la enfermedad: con semejante índice de humedad relativa la piel está prácticamente macerada y, por tanto, en estado de menor resistencia a los agentes vulnerantes de cualquiera índole.

Raza: este aspecto de la epidemiología ha dado y continúa suministrando tema a discusiones científicas y académicas en relación con el Pián. Se afirma que es enfermedad peculiar de la raza negra y se discute, aunque ya ciertamente hoy día con menor intensidad, si no es nada más que una adaptación de la sífilis a esta raza. En el caso concreto de Colombia es muy difícil asentar sobre bases numéricas y estadísticas un argumento en favor o en contra pues ocurre que el 90% de la población de la costa perte-

nece a la raza negra o a la variedad conocida con el nombre de mulata. Sin embargo, mis personales observaciones sobre el elemento indígena me permiten avanzar el concepto de que no hay tal predilección específica por la raza negra sino que, por el contrario, cualquier raza es susceptible de contraer la enfermedad si sus individuos viven en región geográfica en que ella exista y en deficientes condiciones de higiene personal y doméstica. Es excepcional encontrar casos de Pián entre los indios de esas regiones (indios conocidos con el nombre de "Cholos") (+) pero ocurre que estos indígenas tienen hábitos verdaderamente notables de aseo y pulcritud tanto en su persona como en su casa: sus necesidades fisiológicas las cumplen metidos en los ríos; para bañarse —lo cual hacen habitualmente— usan, a manera de jabón algunas hojas especiales con que se friccionan el cuerpo; cuando uno ve a la distancia una chosita limpia y rodeada de algún pequeño cultivo, puede tener la seguridad de que se está acercando a la residencia de un "Cholo".

Al descubrimiento de América toda esta región estaba poblada por tribus indígenas provenientes de la gran raza Caribe pobladora de las Antillas, que tan tenaz resistencia opusiera a los conquistadores. Historiadores antiguos calculan en unos 90.000 el número de indígenas en esa época; de ellos quedarán, como descendientes directos, unos 6.000 a 8.000 indígenas dispersos en la inmensidad de esas selvas. Semejante despoblación se inició con las epidemias de viruela que se presentaron entre ellos, desprovistos de toda suerte de inmunidad, en 1566 y 1588 y se acentuó por los duros trabajos a que los sometieron los conquistadores.

La riqueza aurífera de los ríos y yacimientos de esta costa despertó la codicia de los conquistadores que iniciaron el trabajo de su explotación con los mismos indígenas en tal intensidad y en condiciones tan agotadoras que rápidamente el elemento indígena empezó a perecer ante lo extenuante del esfuerzo o al huir al interior inaccesible de las selvas para evitar ser sometido por la fuerza. Para suplir esta falta de brazos se inició la importación de negros de tribus africanas en el convencimiento de que, dado el clima de su país de origen, podrían soportar también el duro régimen de trabajo y lo insalubre del medio ambiente. Esta fue la causa principal para que se iniciara el inhumano comercio negro en lo que hoy es Colombia. Los primeros esclavos fueron introducidos a la parte sur del litoral hacia fines del siglo XVI, precisamente en 1575. Hacia 1687 estaba ya completa la inmigración

de esclavos africanos a la costa colombiana del Pacífico pues los indígenas "aburridos del trato que se les daba, se volvieron



FOTO N° 2

¿ sus montañas y los colonos españoles tuvieron entonces QUE POBLAR ESOS TERRITORIOS DE NEGROS PARA PODER CONTINUAR LOS TRABAJOS EN LAS RICAS MINAS QUE TAN PINGUES GANANCIAS LES EMPEZABAN A DAR!

Otros factores que favorecen la incidencia y difusión del Pián

La habitación. Ya he mencionado cómo la absoluta mayoría de los habitantes de la costa vive a lo largo de los ríos en habitaciones de tipo lacustre y aisladas unas de otras. Que merezcan, aun cuando no con poca hipérbole, el nombre de ciudades solamente hay dos agrupaciones que son Buenaventura y Tumaco; otros sitios más o menos notoriamente destacados en nuestro mapa apenas corresponden a pueblos de mínima entidad; tales son, por ejemplo, Barbacoas, Guapi, Nuquí, El Valle, Bahía Solano o Ciudad Mutis y otros. Y es que ocurre que quizá por el mismo desconocimiento de la costa se localizan sobre el mapa poblaciones inexistentes y dentro de lo político se les da valor a caseríos de ninguna significación; así son, v. gr., los casos de Juradó en



nueva fórmula antihistamínica

ADULTOS
Ampollas - Comprimidos

INFANTIL
Ampollas - Comprimidos

JARABE

POMADA

HISTA-3

▶ **piranisamina**
▶ **tonzilamina**
▶ **profenpiridamina**



Posología y modo de empleo.-

- Ampollas:** 1-2 ampollas diarias, intramusculares.
- Comprimidos:** *adultos* - 1 comprimido, 3 veces diarias;
niños de 2 a 12 años - 1 comprimido, 3 veces diarias;
niños menores de 2 años - $\frac{1}{2}$ comprimido, 3 veces diarias;
con o inmediatamente después de las comidas.
- Jarabe:** *adultos* - 2 cucharaditas, 3 veces diarias;
niños de 2 a 12 años - 1 cucharadita, 3 veces diarias;
niños menores de 2 años - $\frac{1}{2}$ cucharadita, 3 veces diarias;
con o inmediatamente después de las comidas.
- Pomada:** aplicarla, algunas veces diarias, con ligera fricción sobre la parte afectada de la piel.

*...“Mientras que todas las combinaciones de dos antihistamínicos demostraron un insignificante aumento ‘supra-aditivo’ de la actividad antihistamínica, las combinaciones de tres y cuatro produjeron un significativo aumento supra-aditivo (potenciación).

El más alto grado de potenciación –casi dos veces y media del efecto aditivo calculado– se encontró con la combinación de piranisamina, tonzilamina y profenpiridamina (HISTA-3)”....

Dr. Plutarco Naranjo Vargas y Dra. E. Banda de Naranjo: ‘Studies of the Combined Action of Some Antihistaminic Agents’, *Annals of Allergy*, 11, 699 - 716, noviembre - diciembre de 1953.

donde solamente hay tres chozas y de Puerto Pizarro, cabecera del municipio del Baudó, que solamente cuenta con 43 miserables habitaciones la mayoría de ellas abandonadas. Esta habitación humana de las orillas de estos ríos es, más o menos uniformemente, así: sobre el número de estacones de mangle o de otra madera resistente proporcionado al área que ha de cubrirse se tiende un piso de esterilla de guadua y sobre ésta unos parales de madera que soportan el techo de palma; dos de los ángulos del piso se favorecen con esterilla de guadua a manera de tabiques: en uno de ellos se instala la casi unutil cocina que consiste en un cajón lleno de lodo o arena sobre el cual se instalan los troncos de leña que al mismo tiempo que proporcionar el fuego han de soportar el recipiente de cocinar. El otro ángulo favorecido sirve para tender en él una especie de estera de palma sobre la cual duerme la pareja dueña de la habitación. No hay tabiques interiores que delimiten cuartos separados o recintos especiales para adultos y niños, sanos y enfermos. El ascenso a la casa se hace por un tronco con muescas pues no es habitual la construcción de una escalera (Foto N° 3). Debajo del piso y entre los estacones se instalan (en el caso de familias *pudientes*) los cerdos (Foto N° 4). En gran número de estas casas la letrina consiste simplemente en un hueco hecho en la esterilla de guadua del piso. Esta habitación está construída siempre en las márgenes de los ríos pues ellos son las únicas vías de comunicación (Foto N° 5). Y las características de estos ríos —su gran caudal, sus constantes desbordamientos— son las que han determinado la obligada localización y tipo de casa, pues no permiten la sedimentación de los materiales y la formación de tierra firme y vegetal. Como nada lo liga al suelo (ya que no puede ser agricultor) el hombre emigra y muda de habitación con gran frecuencia. Todo lo anterior repercute tremendamente en la vida doméstica: como el habitante de esos lugares no tiene instalación estable y ha de emigrar en cualquier momento, prescinde de los muebles y el complicado menaje de casa que constituirían para él verdadero lastre en sus frecuentes viajes y así su casa está por completo desprovista de los útiles muebles y enseres que la civilización considera indispensables para la habitación humana. La promiscuidad en que viven en la casa favorece la transmisión de la enfermedad dentro de los miembros de una misma familia y sus hábitos migratorios la difusión del mal en toda la región.

El vestido. El déficit de civilización en la misma proporción

que los rigores del clima y la índole de los trabajos a que se dedican hacen que su vestido esté reducido al *mínimum*. Lo habitual es que los niños de ambos sexos anden completamente desnudos hasta la época de la pubertad; a partir de esta época ya se visten un poco pero siempre permanecen desnudos los pies, las piernas y los brazos (Foto N^o 6).

Ocupaciones. Es casi un lugar común hablar de la riqueza en oro y en platino de los ríos de la costa del Pacífico; sobretodo en relación con la abundancia del segundo se pondera la riqueza del Chocó. Salvo las que se efectúan por compañías extranjeras en Barbacoas y Andagoya, la explotación de la minería se hace por los métodos más rudimentarios. El laboreo de las minas de oro y la búsqueda del metal en los ríos es una verdadera obsesión en los habitantes de la costa del Pacífico. Por dos sistemas igualmente primitivos se dedican a esta industria: el mazamorreo y el socavón. El primero consiste en recoger en pequeñas bateas de madera especialmente labradas para el efecto el material del fondo y de las orillas de los ríos para luego, mediante movimientos manuales de admirable habilidad, dejar que se sedimente el oro; este trabajo los obliga a permanecer entre el agua y en las más fatigantes posturas. El segundo sistema consiste en abrir túneles y perforaciones en los lugares supuestamente auríferos. No se aplica ninguna técnica en la protección y ventilación de tales túneles y es difícil imaginar una labor más peligrosa, antihigiénica y extenuante: a medida que el socavón progresa se va haciendo indispensable la iluminación artificial y para ello al principio utilizan velas o mecheros de petróleo que ayudan a consumir el oxígeno; llega el momento en que por la escasés del oxígeno ya tales fuentes luminosas son inoperantes y apelan entonces a la lámpara de carburo; aun ésta, ya a mayores profundidades también se inutiliza y se hace indispensable la linterna de pilas. Con estos datos ya se puede suponer cuál llega a ser el estado de enrarecimiento de la atmósfera; y sin embargo hasta el fondo de esos socavones llegan los mineros para dar dos o tres golpes sobre el terreno y tratan de salir a toda prisa en busca de aire; los he visto caer exámenes por la asfixia en el fangoso piso de la entrada del socavón. Y sin embargo, una vez recuperados de la asfixia vuelven de nuevo a la labor. Generalmente trabajan por grupos en común y en un frasco van recogiendo, con honradez y pulcritud admirables las partículas de oro que cuando ya han llegado a cierta cantidad y peso venden o cambian a explotadores que en las



FOTO Nº 3



FOTO Nº 4

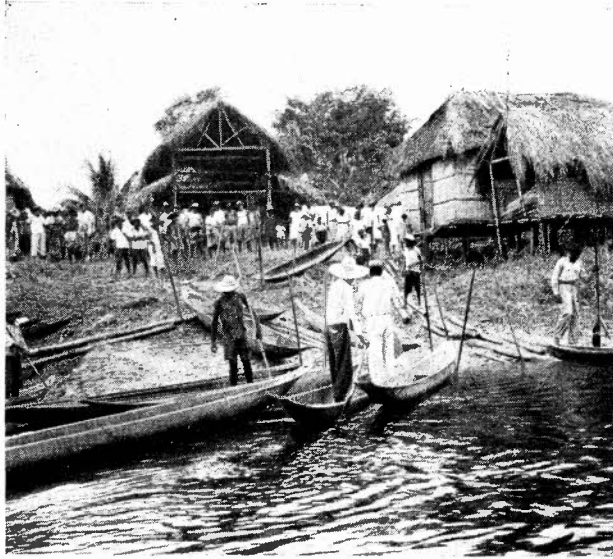


FOTO Nº 5



FOTO Nº 6

vecindades de esas minas o en los pequeños caseríos establecen especies de almacenes para ese comercio. En ocasiones después de varios meses de trabajo tan sólo sacan como provecho el dinero indispensable para adquirir unas cuantas yardas de tela, unas libras de sal y buena cantidad de botellas de aguardiente. Personalmente creo que en lo referente al estado económico del individuo y de la comunidad en la costa del Pacífico la minería es una verdadera maldición: la minería es el enemigo natural e irreconciliable de la agricultura única actividad que vincula al hombre a la tierra y que lo fuerza a construir hogar estable y duradero; erosiona en forma irreparable el terreno en muchos lugares que con menos esfuerzo y mucho mayor rendimiento podrían utilizarse para cultivos adecuados y contribuye a despertar y desarrollar en el individuo aquel sentimiento inhumano de impavidez e indiferencia ante el propio y el ajeno sufrimiento tan característico de quienes se dedican a esta profesión.

También se dedican al beneficio de la corteza de mangle. Para esta labor tumban los árboles y luego, golpeándolos fuertemente con un palo a manera de maza le desprenden la corteza que ellos mismos han de transportar a los puestos de compra que en lugares convenientemente instalados tienen las grandes empresas que en fábricas de Buenaventura y Tumaco se ocupan de su desecación, pulverización y exportación al exterior de donde luego nos regresa en forma de tanino, tinturas, colorantes y otros diversos preparados para la curtiembre y beneficio de las pieles. Es un trabajo extraordinariamente rudo no sólo por la forma primitiva en que lo realizan sino porque a cada golpe salta sobre el cuerpo del operador una verdadera lluvia de savia de árbol que le causa en la piel serias dermatosis. Los agentes de las fábricas compran la corteza al peso de tonelada y muchas veces le fijan precios tan sumamente bajos que, por ejemplo, después de una semana de trabajo el vendedor de la corteza recoge tan sólo unos cuatro o cinco pesos que deja en el mismo comisariato que los agentes instalan en el puesto de compra, a cambio de unos cuantos avalorios y de botellas de bebidas embriagantes.

Otro de los oficios a que se dedican estas gentes es al corte y transporte de "trozas" de árboles maderables hasta los aserraderos que en muchos de esos grandes ríos tienen instalados algunos industriales capitalistas. Es este un trabajo de la mayor rudeza y en el que el individuo no solamente es víctima de toda suerte de traumatismos y lesiones sino también de la más inhu-

mana explotación. Los "tumbadores de árboles" deben adentrarse en la selva en donde permanecen hasta por varias semanas habitando en chozas aún más miserables que las ya descritas. Empujando con sus propios brazos las "trozas" o troncos por los lugares que ellos ven más convenientes y utilizando sobre todo las pequeñas corrientes de agua, las hacen llegar hasta el río grande en cuya orilla está el aserradero; ya en el río y uniendo los troncos con sogas y bejucos forman especies de balsas sobre las cuales se instalan ellos como si se tratara de una embarcación y guiándola por medio de palancas y permaneciendo en ella días y noches a la intemperie llegan hasta el embalse del aserradero a ofrecer su mercancía. Los precios y los defectos de las "trozas" los fija, naturalmente, el comprador y aquí también, como en el caso del oro y la corteza, el dinero proveniente de la venta se queda en el correspondiente comisariato a cambio de artículos de muy poca utilidad, de algunos alimentos cotizados a precios altísimos y de bebidas embriagantes.

Nótese cómo los principales trabajos a que estos compatriotas se dedican les exigen esfuerzos extenuantes, los ejecutan por los medios más primitivos, les reportan una remuneración míserima y cómo los expone a toda clase de traumatismos y agravios de la piel de tan significativa importancia en la transmisión y propagación del Pián.

Consideraciones sobre los factores Edad y Sexo

Dada la promiscuidad en que viven en la habitación los compatriotas de las regiones en que el Pián es endémico, la posibilidad del contagio es exactamente la misma para ambos sexos. No ocurre igual en relación con la edad: es estadísticamente demostrable que el mayor número de pacientes está entre los niños de primera infancia y entre los del grupo de 7 a 14 años. Los primeros por su ninguna inmunidad, y los segundos, porque es precisamente por esa época de la vida cuando principia a enfrentarse a los trabajos que ya he descrito y que los expone a traumatismos y soluciones de continuidad de la piel que favorecen la infección.

ORIGEN DEL PIAN EN COLOMBIA

La literatura referente al origen del Pián en Colombia cree encontrar en la obra del historiador español Capitán Don Gonzalo Hernández de Oviedo y Valdés, "Historia General y Natural

de las Indias", 1,625, referencias a esta enfermedad. En tal obra, en una de cuyas partes describe el historiador los hábitos y costumbres de los habitantes de la región que hoy constituye la costa de Colombia sobre el Océano Pacífico, habla de lesiones dermatológicas en los indígenas y avanza el concepto de que la enfermedad se transmitía por contacto directo y mediante el uso por personas en buena salud de ropas y objetos contaminados por enfermos o por dormir en lecho común con ellos.

En la literatura Médica Nacional de Colombia la primera referencia precisa al Pián como entidad patológica aislada la hace, en 1889, el Dr. Indalecio Camacho al denunciar la presencia de casos en algunos lugares mediterráneos del país. En 1894 el Dr. Miguel Canales hace el diagnóstico documentado de la enfermedad. Entre 1905 (año de la comunicación de Catellani) y 1928 se escriben muchas comunicaciones y trabajos sobre el mismo tema; entre ellos merece citarse especialmente el trabajo del Dr. Jorge Delgado Uribe, en 1928, en el cual sostiene con argumentos de la mayor solidez científica que indudablemente los primeros casos de Pián en Colombia aparecieron entre los negros esclavos traídos del Africa para el laboreo de las minas. En los años recientes se han escrito numerosos y meritorios trabajos de grado sobre esta enfermedad en diversos lugares del país: Kairuz, Vargas Cuéllar, Cote, Nieto, Turbay, Mejía Vanegas etc.

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

Como ya lo he dicho en la definición, al Pián se le reconocen tres períodos: Primario, Secundario y Terciario, precedidos de un Período de Incubación completamente, este último, inidentificable e indefinido. Esta división es bastante artificial por cuanto con no poca frecuencia coexisten los elementos que se tienen como característicos de cada uno de esos períodos. En todo caso, tomando un caso ideal, paso a hacer la descripción conforme a esa nomenclatura:

Período de incubación.—Los textos clásicos le fijan a este período una duración de "varias semanas" y le asignan un cortejo de síntomas consistente en malestar general, alteraciones digestivas, ligeros aumentos de temperatura, cefalea etc. En realidad, y más aún dentro del medio colombiano en que el Pián es endémico y en que cada uno de esos síntomas, o el conjunto de ellos, pue-

de corresponder a tantas otras enfermedades, tal descripción no permite ciertamente una identificación precisa. Igualmente es arbitrario este período en cuanto a la duración: la expresión "varias semanas" es demasiado vaga. Al tratar de la Epidemiología he mencionado la práctica, por desgracia aún no completamente desaparecida de inocular voluntaria y mecánicamente a los niños y en algunos de esos casos he tenido oportunidad de comprobar que las primeras manifestaciones externas de la enfermedad han aparecido en el curso de quince a dieciocho días.

Período Primario.—Este período sí tiene un elemento clásico e inconfundible de identificación: es un papiloma de tamaño variable, único, indoloro, asentado sobre piel muy ligeramente inflamada, localizado casi en el ciento por ciento de los casos extragenitalmente, muy exudativo y que se cubre rápidamente por una costra en forma de casquete que lo reviste en su totalidad y que no es sino la concreción de ese exudado y de las impurezas a él adheridas por el medio ambiente. La localización más frecuente está en los miembros inferiores, siguiendo en orden descendente de frecuencia los miembros superiores y la cara. Es excepcional su localización en el tronco y un verdadero hallazgo el encontrarlo en los órganos genitales. (Fotos Nos. 7 y 8). Al retirar la costra o capuchón se pueden apreciar muy claramente las papilas del dermis fuertemente hipertrofiadas y sangrantes. El aspecto es característico y es lo que le ha valido a la enfermedad el nombre de Franboesia: efectivamente tiene el papiloma el aspecto de una frambuesa o, para hacer la comparación con una fruta más conocida nuestra, de una mora de las llamadas "Mora de Castilla". Hay ocasiones en que el papiloma tiene dimensiones enormes y puede entonces compararse muy ilustrativamente a un trozo de coliflor (Foto N^o 9). La evolución es hacia la desaparición espontánea o hacia la ulceración. Hay en relación con esta lesión primaria del Pián una circunstancia prácticamente constante que no puedo dejar de consignar aun cuando haya desaparecido espontáneamente, la persona que la padeció lo recordará por el resto de su vida e identificará y señalará la cicatriz aun cuando tenga en su cuerpo otras muchas provenientes de la misma enfermedad o de cualquiera otra causa. Es una cicatriz despigmentada, atrófica y absolutamente indeleble. El elemento primario es conocido entre nosotros con el nombre de "la mama", nunca dicen "mama-pián". La duración del papiloma es muy variada: en ocasiones hasta de tres meses pero habitualmente sólo dura entre seis



FOTO Nº 7



FOTO Nº 8

y ocho semanas. Lo más frecuente es que ya haya desaparecido a la iniciación del período secundario pero tampoco es excepcional que coexistan las lesiones características de uno y otro período.

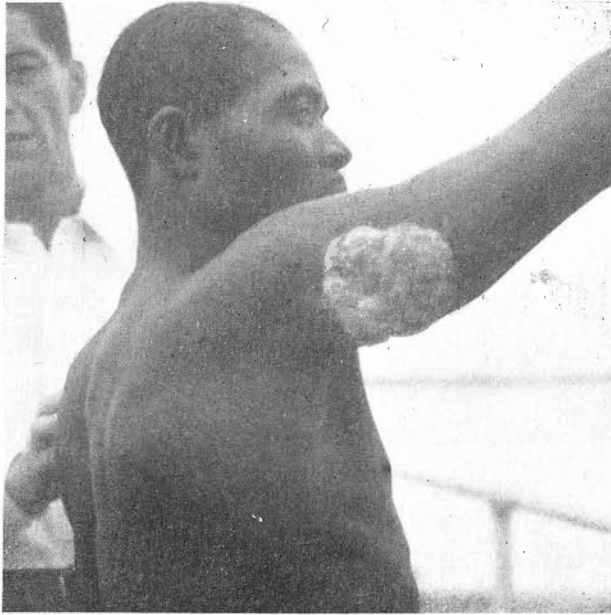


FOTO N° 9

Período Secundario.—Este período está caracterizado por papilomas múltiples, más pequeños que el de la lesión primaria, asentados también sobre piel muy poco inflamada, cubiertos de costra de consistencia más blanda y color un poco más claro que la del papiloma primario, distribuidos por todo el cuerpo pero con notable predilección por la vecindad de la boca y la nariz. (Fotos Nos. 10 y 11). Hago notar que es muy raro encontrar estos elementos característicos del período secundario sobre los párpados y el contorno orbital; y esto lo señalo especialmente por cuanto son las carúnculas lacrimales y las comisuras palpebrales los sitios de predilección del *Hippelates pallipes*, mosca que según Kumm juega gran papel en la transmisión de la enfermedad cómo ya lo hice notar al tratar de la epidemiología.

Con frecuencia sus elementos se ulceran y entonces, desde luego, su duración se prolonga por tiempo más o menos largo;



FOTO Nº 10



FOTO Nº 11

cuando no ocurre esto evoluciona hacia la desaparición espontánea de sus elementos. Lo más frecuente es que el período secundario esté constituido por los elementos que acabo de describir y que justamente reciben el nombre de Bubas Secundarias. Sin embargo, en no pocas ocasiones se identifica por la formación en diversas partes del cuerpo, pero con predilección por la cara y el tronco, de placas furfuráceas de aspecto micótico y circundadas por pequeñas pápulas (Foto N° 12).



FOTO N° 12

Período Terciario.—Es este el período verdaderamente terrible de la enfermedad y cuyas lesiones características le dan al Pián su calidad de enfermedad funesta hasta el punto de poder afirmarse sin temor de exagerar que quizá no hay otra que así desfigure y agravie el aspecto físico de la persona. La piel, los cartílagos, los músculos y tendones y los huesos pueden ser atacados con lesiones destructivas y constructivas de la más impresionante gravedad (Foto N° 13). No hay lesiones viscerales, circulatorias ni nerviosas.

Paso a describir algunas de las lesiones más comunes y características de este período:

Úlceras.—Se localizan preferentemente en los miembros inferiores; son de muy variables dimensiones, muy fácilmente sangrantes, dejan escurrir permanentemente un líquido saneoso; des-



FOTO N° 13

pués de algún tiempo de evolución sus bordes, que generalmente no son tallados a pico sino como en declive, al contrario por ejemplo de lo que ocurre en la Úlcera Tropical, se hacen duros, casi callosos. Está cubierta por una costra blanda que más bien tiene el aspecto de una nata y generalmente en el centro se aprecia una zona de gran botonamiento a la cual se une fuertemente esa nata hasta el punto de que es prácticamente imposible levantarla sin provocar gran hemorragia. Estos dos últimos detalles me parecen bastante característicos. En ocasiones adquiere dimensiones extraordinariamente grandes en extensión y profundidad pudiendo llegar hasta el hueso en donde determina verdaderas necrosis y focos de osteomielitis (Fotos Nos. 14 y 15).

Amputaciones.—Aun cuando no es muy frecuente, he tenido ocasión de ver amputaciones espontáneas de los dedos de los pies y de las manos (Fotos Nos. 16 y 17).



FOTO Nº 14



FOTO Nº 15

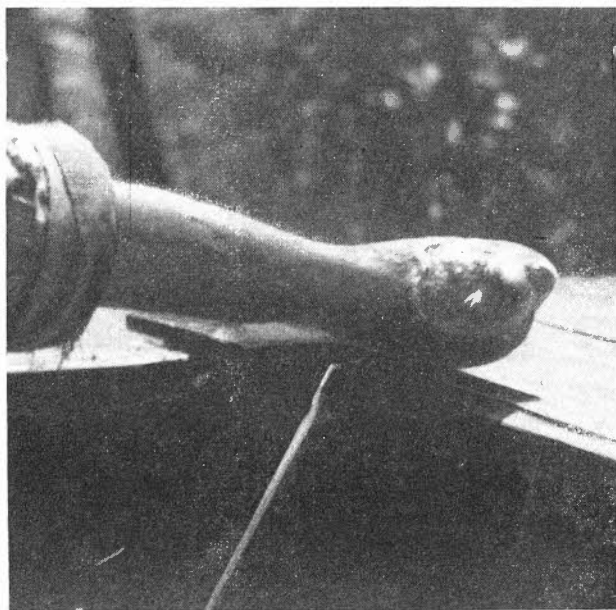


FOTO Nº 16



FOTO Nº 17

Hiperostosis.—Suelen presentarse casos de proliferación patológica del periostio de algunos huesos, especialmente de la tibia dando la “pierna en sable” (Foto N° 18). En relación con esto lla-



FOTO N° 18

mo la atención acerca de la lesión que en los textos clásicos se describe con el nombre de “Goundou” y que consiste en hipertrofia de los huesos propios de la nariz hasta adquirir enormes dimensiones, como lo muestran las ilustraciones de esos textos, y que personalmente *nunca* he tenido ocasión de ver, ni siquiera en un solo caso, entre los varios miles de pacientes que he examinado a lo largo de la Costa del Pacífico y el Golfo de Urabá.

Destrucción del tabique nasal.—Es lesión muy frecuente y va precedida durante largo tiempo de rinitis de tipo catarral. (Foto N° 19).

Perforación del paladar.—No es lesión muy común, afortunadamente. Consiste en la destrucción de parte del cartílago interarticular y de la porción ósea del paladar en la vecindad de la

base de la úvula; establece conexión entre la boca y el piso de la nariz con el consiguiente trastorno de la fonación y la indescriptible molestia de la salida por la nariz de parte del bolo alimenticio

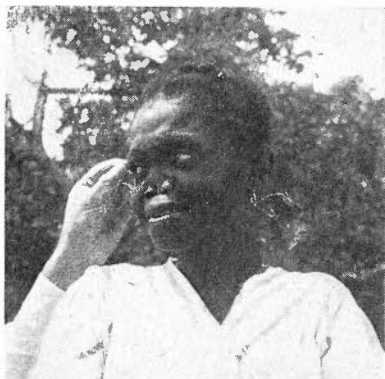


FOTO N° 19

cio en el momento en que la lengua lo presiona contra el paladar para hacer la deglución. He tenido ocasión de ver esta lesión en un niño de unos doce años de edad y quien para poder articular las palabras se tenía que tapar ese hueco palatino con un trozo de cera de abeja que aplastaba entre las manos, en la forma y el tamaño aproximados de una moneda de veinte centavos, introduciéndolo en la boca y prensándolo contra los bordes del orificio con los dedos.

Retracciones tendinosas.—Se presentan especialmente en los flexores de los dedos y en ocasiones con gran precocidad (Fotos Nos. 20, 21 y 22).

Fisuras palmares y plantares.—Son lesiones bastante comunes, especialmente las plantares, y van precedidas de gran hiperkeratosis; cuando las de los pies son en gran número o muy profundas, dificultan grandemente la marcha (Fotos Nos. 23 y 24).

Clavo.—Es una lesión bastante característica de esta enfermedad. Consiste en un endurecimiento circunscrito e incrustado en los tejidos profundos de la planta del pie y que produce permanentemente la sensación de cuerpo extraño. Cuando ya ha adquirido ciertas dimensiones es especialmente perjudicial pues impide

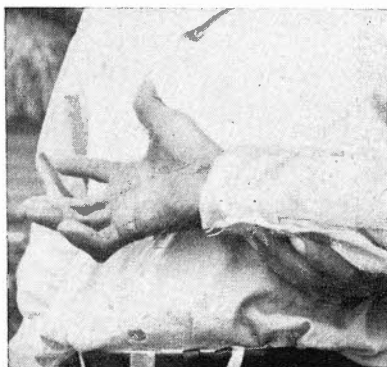


FOTO Nº 20



FOTO Nº 21



FOTO Nº 22

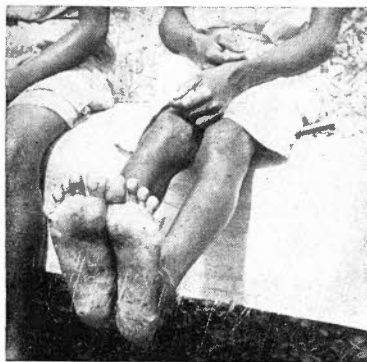


FOTO Nº 23

por completo la estación de pié como no sea en posiciones muy viciosas según el lugar en que esté implantado; naturalmente cuando estos clavos se presentan en ambos pies, en número apreciable



FOTO N° 24

y con grandes dimensiones, obliga al paciente a permanecer sentado y a desplazarse sobre las nalgas con ayuda de las manos (Foto N° 25).

Gangosa.—Con este nombre se conoce la destrucción total de la nariz y de buena parte del paladar. Llega a impedir por completo la articulación de la palabra y a llevar a extremos casi imposibles de superar la dificultad de alimentarse (Foto N° 26). 38-39-40

Nódulos yuxtarticulares.—Son formaciones que se presentan con mucha frecuencia en la parte externa de las articulaciones del codo, rodillas y cuello del pié. Alcanzan en ocasiones gran tamaño y son de resistencia reniforme.

Gomas.—Son formaciones de aspecto semejante a los nódulos yuxtarticulares pero de consistencia un poco más blanda y se asientan frecuentemente en la espalda y en la cara anterior del antebrazo. Son en un todo semejantes a grandes lipomas.

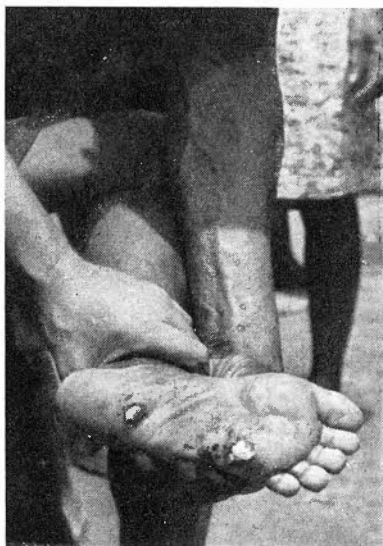


FOTO Nº 25



FOTO Nº 26



FOTO Nº 27



FOTO Nº 28

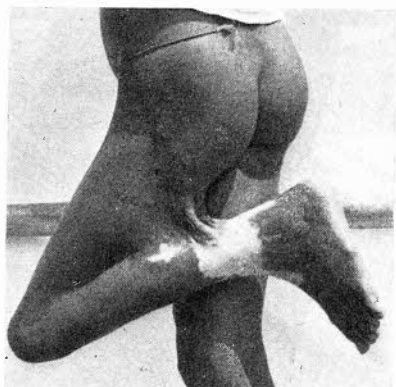


FOTO Nº 29

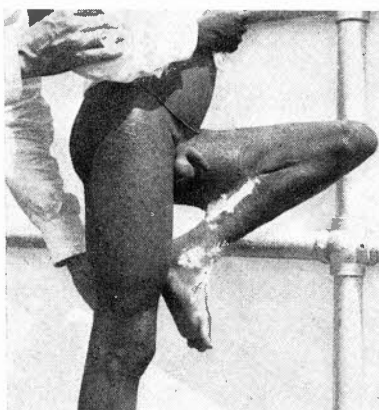


FOTO Nº 30

Sinobitis.—Son bastante frecuentes y se localizan sobre todo en la articulación de la muñeca (Foto N° 28).

Dactilitis.—Es lesión bastante rara (Foto N° 28).

Cicatrices viciosas.—Con frecuencia al cicatrizar las úlceras que se han presentado en el plano de flexión de las articulaciones se forman grandes bridas que limitan y aún anulan los movimientos de la articulación comprometida. Naturalmente esto se debe a que el paciente inmovilizó durante muy largo tiempo la articulación (Fotos Nos. 29, 30, 31 y 32). Llamo especialmente la atención respecto de las fotografías números 30, 31 y 32: corresponden a un individuo de 17 años de edad que seguramente fue sustraído en forma voluntaria al examen y tratamiento. Imagínese la inmovilidad tan absoluta y lo increíblemente largo del tiempo que debió permanecer con la rodilla flejada para que se formara semejante brida. Debió ser muy largo este tiempo porque al ir a intervenirlo quirúrgicamente, se encontró que todo el paquete vásculonervioso había abandonado su normal recorrido y pasaba por el borde externo de la brida.

Reumatismo piánico.—Es este un nombre muy generalizado entre los habitantes de toda la costa y en él comprenden no solamente los dolores articulares que con intensidad mas o menos variable se presentan con los bruscos cambios de temperatura (y en los "cambios de luna" dicen ellos) sino también las horripilantes deformaciones que en todas partes del cuerpo puede dejar el Pián como últimas secuelas (Fotos Nos. 33 y 34).

Inmunidad.—Entre este inmenso conglomerado de compatriotas es fácilmente comprobable el hecho de que el Pián sí concede inmunidad. Los mismos habitantes de estas regiones parece que lo supieran inconscientemente pues muchas veces en el curso de exámenes en masa hay personas que de antemano manifiestan: "yo ya soy dado", queriendo expresar con ello que en época anterior padecieron la enfermedad en alguna de sus manifestaciones y que, por tanto, ya se saben defendidas de un nuevo ataque. Sin embargo (y esto ya lo he advertido desde la introducción del presente trabajo) como no se han llevado a cabo investigaciones de laboratorio, me limito a traducir y transcribir a este respecto lo pertinente del texto de Stitt's-Strong - *Diagnosis Prevention and Treatment of Tropical Diseases*. Vol. I, pag. 401: "En el hombre

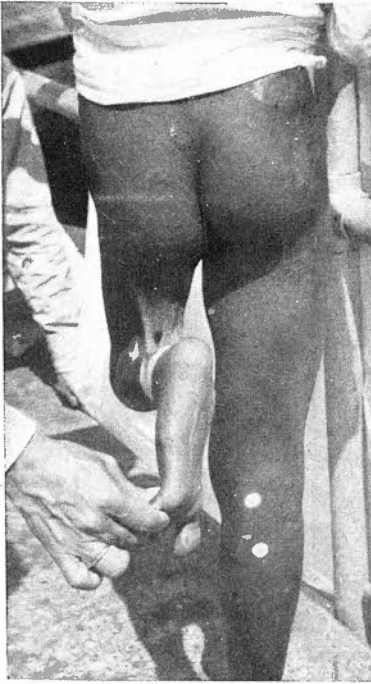


FOTO N° 31



FOTO N° 32

lo mismo que en los animales, se ha demostrado por inoculación experimental que un ataque de pián frecuentemente confiere protección contra un segundo ataque. Turner (1936) confirmó este hecho en experimentaciones humanas. La inmunidad a reinoculaciones de cepas heterólogas de la spiroqueta del pián se desarrolla lentamente durante el curso de la infección natural, y parece desarrollarse más lentamente que en la sífilis. Durante los primeros 3 años la reinoculación tiene probabilidades de despertar un ataque modificado de pián, pero después de un período de 10 años la mayoría de las personas que han padecido el pián se hacen refractarias a la reinoculación”.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico de la enfermedad ciertamente no es difícil, mayormente en las regiones estudiadas en este trabajo en donde la noción epidemiológica es definitiva y pone al abrigo de la



FOTO N° 33

absoluta mayoría de los riesgos de error. Por otra parte, la identificación de las lesiones es relativamente sencilla. Desde luego que, indudablemente, el diagnóstico diferencial de lesiones terciarias del pián como la gangosa y la perforación del paladar, con casos de Leishmaniasis cutánea y Blastomicosis, sólo vendría a poder hacerlo con absoluta seguridad el laboratorio mediante la identificación de los respectivos organismos causales. Pero repito que en una campaña de Higiene Pública no es posible entrar en estas finas averiguaciones por muchos motivos y, además, la prueba terapéutica es de valor definitivo en este caso.

El diagnóstico que sí verdaderamente puede plantearse con serios interrogantes es el diagnóstico con la sífilis: el germen causal de las dos enfermedades es prácticamente idéntico, por las características de muchas de las lesiones y por su evolución también hay gran similitud, las reacciones serológicas son positivas en ambas. Sin embargo, los elementos clínicos para el diagnóstico diferencial me parecen bastante claros y definitivos y los expongo comparativamente a continuación:

SIFILIS

La lesión primaria (Chancro) es habitualmente genital.

Hay sífilis congénita.
(Triada de Hutchinson)

Hay sífilis visceral.

Hay sífilis nerviosa.

Frecuentemente el Wassermann es positivo en el líquido céfalorraquídeo.

La sífilis es "la gran abortadora".

PIAN

La lesión primaria (Buba madre) es casi en el ciento por ciento de los casos extragenital.

No hay Pián congénito.
(no se observa esta Triada ninguno de sus elementos aislados).

No hay Pián visceral.

No hay Pián nervioso.

El Wassermann en el líquido céfalorraquídeo es negativo.

El Pián no es causa de aborto.

Me permito llamar la atención respecto de esta última diferencia entre sífilis y Pián pues no la he encontrado consignada en ningún texto ni literatura en general y, para mí, aun cuando ella haya sido ya consignada en alguna publicación que no he tenido oportunidad de ver, es el producto de la simple observación de inmenso número de mujeres que en el más avanzado estado de la enfermedad han llevado a término su embarazo. El aborto es prácticamente desconocido en las regiones estudiadas en este trabajo.

TRATAMIENTO

Hasta el advenimiento de los antibióticos el Pián se trataba, como la sífilis, con Arsénico y Bismuto; hoy día se emplean aquellos. Aun cuando he realizado experiencias con varios antibióticos, habiendo obtenido con ellos magníficos resultados, debo declarar que en la Campaña Antiipiánica la droga de elección ha sido la Penicilina. El tratamiento efectuado con esta última droga sobre varias decenas de miles de pacientes, me permite afirmar que la Penicilina es de acción verdaderamente específica y de resultados deslumbrantes en el tratamiento del Pián.

SEGUNDA PARTE

Campaña Antiipiánica y su Administración

ANTERIORES CAMPAÑAS ANTIPIANICAS

Desde que se comprobó la existencia del Pián en Colombia las Autoridades Sanitarias del país dedicaron a su combate esfuerzos y presupuestos pero desgraciadamente no alcanzaron el objetivo final. Bien sabido es lo dispendioso de los antiguos tratamientos a base de Arsénico y Bismuto de tan exigente manipulación. Los cuidados exigidos por la antigua terapéutica obligaban a instalar puestos fijos de tratamiento y a una gran labor —que a la postre resultaba inútil— de atracción y convencimiento para que el enfermo volviera a las sucesivas dosis necesarias. Porque, debo repetir, aún hasta hace muy corto tiempo no habíamos podido quitar de la mente de esos compatriotas la idea fatalista de que padecer la enfermedad con todo el horror de sus manifestaciones era algo absolutamente fatal e inevitable. Además, es posible que nunca antes se hubieran podido apropiar presupuestos adecuados al volumen del problema en sí y a lo costoso de una Campaña Sanitaria en tan inhóspitos lugares, desprovistos de vías de comunicación distintas de los ríos, sobre una población dispersa en tan vastas extensiones y en donde el trabajador de Salud Pública debe llevar consigo desde la droga y equipo de trabajo hasta los víveres y el más común elemento que pueda hacerle falta para su propio sostenimiento y seguridad personal.

En esas adversas condiciones trabajaron colegas cuyos nombres recuerda con gratitud la Higiene de Colombia. Pero su esfuerzo no fue inútil: sobre las experiencias por ellos adquiridas, so-

bre sus enseñanzas y con el mismo entusiasmo y patriotismo que a ellos alentara hemos venido —ahora ciertamente con favorables factores de que ellos no dispusieron— a iniciar una nueva época en la Lucha contra el Pián en Colombia.

CAMPAÑA ANTIPIANICA ACTUAL

La actual Campaña General Antipiánica en Colombia es una actividad del Ministerio de Salud Pública organizada y administrada directamente por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública que es un Organismo de carácter internacional que hace parte de ese Despacho Ejecutivo como una de sus Secciones.

En Bogotá, el 16 de Enero de 1950, entre el entonces Ministro de Higiene de la República, Profesor Jorge E. Cavelier, y el Director Encargado del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Ing. Anthony J. Kranaskas, se firmó el Proyecto de Convenio Nº 116 cuyo OBJETO, según reza el mismo documento, es: “la supresión como problema de Higiene Pública y finalmente la erradicación del Pián del territorio de la República de Colombia”.

Como ANTECEDENTES para el proyecto de esta campaña se estudiaron las llevadas a cabo anteriormente. Para medir la INTENSIDAD DEL PROBLEMA se hicieron encuestas en varias partes de la costa que dieron como resultado el poder fijar el índice de incidencia, aproximadamente, en un 70% y comprobar que indudablemente es a esta enfermedad a lo que se debe el paupérrimo estado de la economía individual y colectiva de nuestra región del litoral Pacífico.

El PLAN se dividió en: A.—Científico. B.—Administrativo.

A.—*Plan Científico*. Para adoptarlo se tuvo en cuenta lo siguiente:

1º—Estudio de las nuevas adquisiciones terapéuticas y fijación de dosis.

2º—Conveniencia de adoptar una nomenclatura fija y sencilla.

3º—Conveniencia de adoptar una Tarjeta de Tratamiento individual y, en general, Formas Estadísticas sencillas y suficientes.

4º—Posibilidad y conveniencia de efectuar el tratamiento en masa.

Después de haber considerado y discutido ampliamente cada uno de estos puntos se resolvió lo siguiente:

1º—Adoptar la Penicilina como droga exclusiva. Fijar las dosis con respecto a grupos de edad así:

0 a 7 años.....	300.000 U. O.
8 a 14 años.....	600.000 U. O.
15 y + años.....	1.200.000 U. O.

2º—Respecto de esto se resolvió (ver tarjeta) prescindir de las que se consideran clásicas, como la que habla de los Tres Períodos, la que considera Pián Abierto y Pián Cerrado, la que lo divide en Pián en Evolución y Antecedentes Piánicos etc., para registrar simplemente la presencia de lesiones fácilmente identificables y que permitan, en un estudio estadístico posterior, referirlas al período correspondiente.

3º—Se acompañan ejemplares de estas Formas Estadísticas.

4º—Inicialmente la droga se aplicó, en la dosis correspondiente al grupo de edad del individuo, tan sólo a las personas que en un ligero examen presentaran alguna lesión presumiblemente piánica. Después de algún tiempo de experiencia esto se modificó así: a las personas con lesión, se les aplican tres dosis con 24 horas de intervalo; a las personas sin lesión aparente se las considera como Contactos y se les aplica una sola dosis.

Con una periodicidad aproximada de seis meses se vuelve sobre las regiones trabajadas para efectuar la revisión que ha de calificar los resultados del tratamiento, siempre desde el punto de vista exclusivamente clínico. Para la calificación de los resultados, se adoptó la siguiente nomenclatura:

Curación (C.) — Cierre de las lesiones abiertas o, en general desaparición de las lesiones que presentaba el paciente cuando recibió el tratamiento.

Progreso Satisfactorio (Ps.) — Mejoría de las lesiones.

Sin Resultado (Sr.) — Ningún efecto del tratamiento.

Se estipuló que a quienes se encuentren en Progreso Satisfactorio y en Sin Resultado se les aplique nuevo tratamiento.

B.—*Plan Administrativo.* Los detalles más o menos amplios que he dado al hacer el estudio epidemiológico del Pián en nues-

tro país explican fácil y ampliamente los fundamentos del Plan Administrativo de la Campaña.

Ante la imposibilidad de acometer la Campaña en todos los sitios en que el Pián existe en Colombia, se resolvió iniciarla por la costa del Pacífico para lo cual se hicieron de ella cinco Zonas, numeradas de I a V, en sentido sur - norte (ver mapa).

Los trabajos se principiaron simultáneamente en el límite sur de la Zona I (frontera con el Ecuador) y en el límite norte de la Zona II para avanzar en sentido convergente. La frontera entre el Ecuador y Colombia está representada, en el litoral, por el río Mataje que corre exactamente en dirección Este-Oeste; previo convenio con las autoridades sanitarias del hermano país tratamos primero a los enfermos de la margen izquierda, es decir de territorio ecuatoriano, pues los habitantes de las orillas de ese río pasan de uno a otro país haciendo caso omiso de todo requisito de carácter aduanero. Debimos proceder en tal forma para dejar cubierta esa retaguardia en vista de que el Ecuador no alcanzó a iniciar su campaña antiipiánica simultáneamente con Colombia.

Como ya lo he dicho, en la costa se carece de carreteras y ferrocarriles y cualesquiera otra clase de vías de comunicación excepto los ríos que son, por tanto, los únicos puntos de referencia. Avanzando siempre con una orientación fija se recorren todos los ríos para hacer un reconocimiento de la región y una encuesta sobre el número de habitantes y, entre estos, el número de individuos "con lesión" y "sin lesión". Durante este recorrido previo se adelanta una labor de información sobre el objeto de la Campaña y se trata por todos los medios de eliminar la natural e instintiva desconfianza que siempre inspira entre los habitantes de esos lugares la presencia de "los blancos". Para esta labor previa nos presta insuperable ayuda un equipo de proyección cinematográfica de 16 mm. operado con un pequeño motor y al cual se le han acoplado sistemas de altavoz. No es posible usar propaganda escrita por el altísimo índice de analfabetismo. Se pasan principalmente películas de Educación Sanitaria y cortos noticieros.

El censo de cada río comprende no solamente la numeración de las habitaciones sino el empadronamiento de la población. Las casas de cada río son numeradas (Foto N° 35) en la misma forma en que se hace la numeración de las casas de las ciudades: los números pares a la derecha y los impares en la margen izquierda. Igualmente se levanta de cada río un croquis lo más aproximado

posible y localizando en él las habitaciones y los principales accidentes que puedan servir de puntos de referencia.

El personal de cada Zona se compone de un Médico-Jefe, un Administrador-Pagador-Almacenista, diez Practicantes (Enfer-

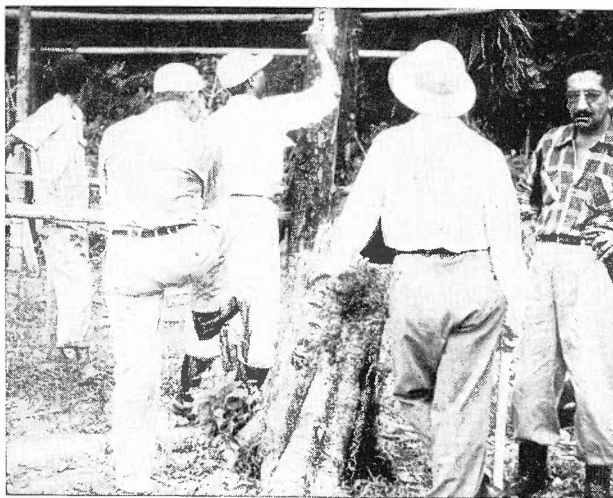


FOTO N° 34

meros), el número necesario de Motoristas de motores de fuera de borda y un práctico conocedor de cada río que se toma en el lugar mismo del trabajo.

No es posible utilizar en estos ríos vehículo alguno distinto de la canoa de madera impulsada por motor de fuera de borda (Foto N° 36); a medida que se avanza río arriba y que el caudal disminuye, y en los ríos poco profundos, no es posible utilizar estas canoas grandes de motor y deben entonces utilizarse canoas más pequeñas —que en la región se conocen con el nombre de “potrillo” impulsadas por canaletes y palancas y quizá no haya un sistema de locomoción más peligroso e incómodo que éste. En cada canoa —cada una de las cuales viene a constituir como una célula del organismo de la Campaña— viajan dos Practicantes, el Motorista y el Boga práctico. Este personal va provisto de los elementos y equipo de trabajo lo mismo que de todo lo necesario para su subsistencia. Terminada la labor del día ese personal se refugia para pasar la noche en cualquier choza en que se le permita ha-



FOTO Nº 35

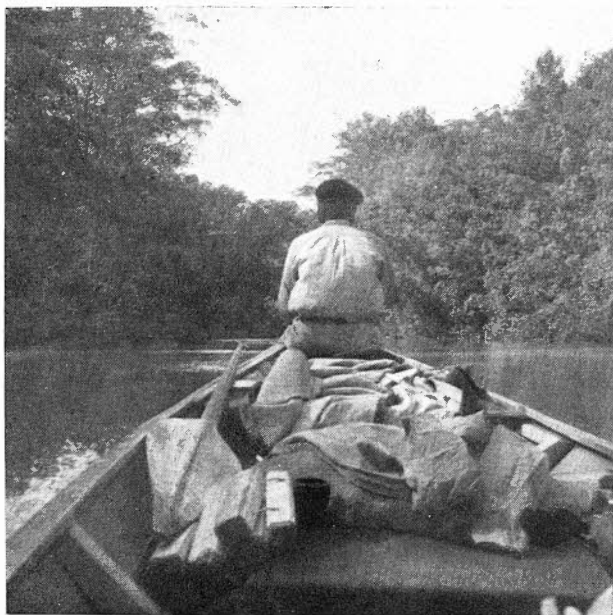


FOTO Nº 36

cerlo. Desde luego cada individuo lleva consigo catre de campaña, toldillo para protegerse de los mosquitos, repelente para insectos y todo lo que se considere necesario para asegurarle alguna comodidad dentro de las escasas posibilidades que el medio y lo limitado de los transportes permitan (Foto N° 37). El personal debe preparar sus propios alimentos.

La característica individualizante de esta CAMPAÑA GENERAL ANTIPIANICA EN COLOMBIA es la de ser MOVIL. A la fecha en que se escribe este trabajo, y en las condiciones que dejo aproximadamente descritas, la Campaña ha cubierto y recorrido en repetidas ocasiones toda la costa colombiana del Pacifico pudiendo asegurar que no queda en toda esa inmensa porción del territorio colombiano una sola habitación, así esté en el lugar más remoto, a donde no haya llegado su personal.



FOTO N° 37



FOTO N° 38



FOTO N° 39

TERCERA PARTE

Algunos datos Estadísticos

En la fecha del presente trabajo la Campaña Antipiánica en Colombia tiene bajo control las cinco Zonas indicadas en el mapa.

Siendo un programa de Salud Pública en plena actividad no puedo, obviamente, presentar datos estadísticos definitivos y, por tanto, presento tan sólo como información que permita juzgar sobre la eficacia del tratamiento, algunos datos numéricos y algunos porcentajes.

Debo llamar la atención nuevamente sobre los hábitos migratorios y la gran movilidad de esa población lo cual explica la aparente desproporción que hay entre individuos "tratados" y "revisados".

Los datos numéricos que se registran a continuación pertenecen a un informe que rindió el suscrito, por intermedio de la Dirección del Servicio Cooperativo Interamericano, al Señor Ministro de Salud Pública.

Labor desarrollada por la Campaña General Antipiánica en Colombia en las Zonas I, II, III y V durante el tiempo comprendido entre la iniciación de la misma —Febrero de 1950— y el 1º de Abril de 1953.

Total de enfermos de Pián tratados por primera vez: 111.144

de 0 a 7 años	18.810
de 8 a 14 años	23.609
de 15 y + años	68.725

Total de personas "Sin Lesión" (contactos) tratadas: 124.568

de 0 a 7 años	39.949
de 8 a 14 años	23.500
de 15 y + años	61.119

Total de enfermos Revisados: 58.470

CURADOS	45.596
de 0 a 7 años	10.011
de 8 a 14 años	11.358
de 15 y + años	24.227

EN PROGRESO SATISFACTORIO	11.931
de 0 a 7 años	407
de 8 a 14 años	1.641
de 15 y + años	9.883

SIN RESULTADO	943
de 0 a 7 años	63
de 8 a 14 años	138
de 15 y + años	742

PORCENTAJES

% de Revisados sobre total de Tratados	52,61
% de CURACION	77,98
% de PROGRESO SATISFACTORIO	20,41
% de SIN RESULTADO	1,61

CUARTA PARTE

Conclusiones

Primera.—En Colombia existe el Pián con las más severas características de problema de Salud Pública y a él se deben, en su mayor parte las deplorables condiciones de depauperación de toda la costa del Pacífico y del interior del Chocó.

Segunda.—Actualmente se comprometen en Colombia en la lucha contra el Pián esfuerzos y presupuestos que permiten abrigar la esperanza de un magnífico resultado final.

Tercera.—Los sistemas de administración de la Campaña y su desarrollo —susceptibles siempre, desde luego, de perfeccionarse cada vez más— son los adecuados a la población y a las regiones en que está presente la endemia.

Cuarta.—Elevando el nivel de higiene personal y doméstica, y en general de la vida, en las regiones azotadas por la enfermedad, se obtendrían iguales resultados a los que se esperan con esta campaña médica; pero superando esto a las posibilidades de todo orden, son los sistemas terapéuticos los únicos aplicables en la práctica para romper el binomio miseria-enfermedad: colocando al individuo en posibilidad de trabajar y producir, él mismo levantará su nivel de vida y vencerá la hostilidad del medio en que habita.

Quinta.—Aun cuando no he adelantado investigaciones de laboratorio, el alto número de observaciones clínicas que he realizado me permite avanzar estos conceptos:

a) El Pián es una entidad patológica individualizada o por lo menos tan completamente adaptada a un medio racial y geográfico que, sobre todo desde el punto de vista de la Higiene Pública, no hay motivo para plantear el problema de diagnóstico diferencial con la sífilis.

b) Ambos sexos pueden ser atacados en la misma proporción. Si estadísticamente puede observarse alguna predominancia en el hombre, esto se debe a la índole de los trabajos a que éste se dedica, siempre más rudos y con mayor posibilidad de causar heridas y traumatismos que aquéllos a que se dedica la mujer.

c) Aun cuando indudablemente el Pián tiene predilección por la raza negra no es exclusivo de esta raza: en el mismo medio geográfico y con las mismas condiciones de bajo nivel de higiene personal y doméstica, todas las razas son susceptibles a la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA:

Anuario General Estadístico. 1948. Contraloría General de la República.

Geografía Económica de Colombia. Chocó. Contraloría General de la República.

Alimentación y Nutrición en Colombia. 1941. Jorge Bejarano.

Diagnosis Prevention and Treatment of Tropical Diseases. Sixth. Edition. Richard P. Strong.

Clinical Parasitology. 1943. Charles F. Craig and Ernest F. Faust.

Manual de Medicina Tropical. 1946. Thomas T. Hackie, George W. Hunter and Brooke C. Worth.

Enfermedades Tropicales. Felipe H. Manson-Bahr.

*La hemostasia quirùrgica
total no siempre es posible*

*La ligadura de los peque-
ños vasos resulta a veces
impracticable*

naftionin

seguro hemostático de acción general

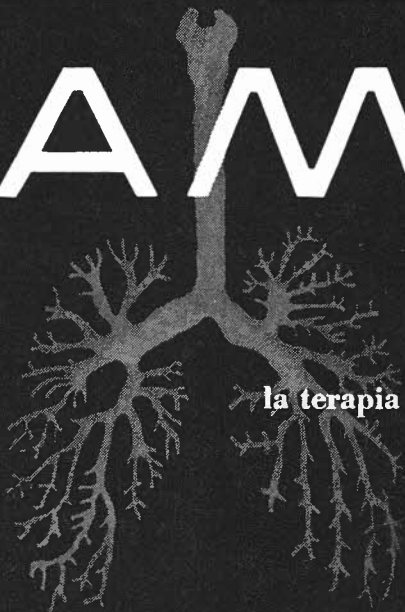
INJECTABLE - TABLETAS - SUPOSITORIOS

LABORATORIOS
Ginebra - Suiza



El medicamento antiasmático

AM 49



está caracterizado por una combinación farmacéutica bien equilibrada y permite

la terapia causal del asma bronquial



Cajas de 50 grageas
AM 49 I y II

«De 111 pacientes, tratados con AM 49 en el curso de los últimos años y observados durante un tiempo prolongado, directa o indirectamente, el 40% logró un resultado francamente bueno; un 38%, si bien mejoró distintamente, acusó recidivas ligeras y en parte, graves. Un 22% no manifestó influencia alguna o tan sólo pasajera. Estos resultados favorables completan y confirman las comunicaciones anteriormente publicadas por otros autores sobre el AM 49.»

(A. Rascher «Die Therapiewoche»,
No. 5/6, diciembre 1953)



PHARMAKON SA ZURICH/SUIZA

SELECTO - FARMA LTDA.

Bogotá, Calle 30-A N° 6-89 - Teléfonos: 11-966, 54-502 y 54-599