



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
República de Guatemala, Centro América.

**Consideraciones sobre la Sífilis Precoz y su Tratamiento.**

**TESIS**

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR**

**RENE CHICAS CARRILLO**

**AL CONFERIRSELE LOS TITULOS DE**

**MÉDICO Y CIRUJANO**

**MARZO DE 1947.**

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"

8\* Av. S. N° 30.—Tel. 2707.

# PLAN DE TESIS

## CAPITULO PRIMERO

Introducción.

## CAPITULO SEGUNDO

El Contagio Sifilítico.

## CAPITULO TERCERO

Qué se considera Sífilis Precoz y su Clasificación.

## CAPITULO CUARTO

Tratamientos.

## CAPITULO QUINTO

Observaciones personales.

## CAPITULO SEXTO

Estadística.

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

## PROPOSICIONES

# CAPÍTULO I

## INTROUCCION

"La sífilis es un peligro público, un peligro para la familia y una amenaza a la vitalidad, bienestar y progreso físico de la raza."—Rosenau.

La Sífilis es una enfermedad infecciosa, contagiosa, transmisible a la descendencia.

La Sífilis es una enfermedad que ocupa, por sus efectos devastadores un puesto muy importante en todos los programas de asistencia social de los países civilizados.

El objeto de este trabajo de tesis es el de resumir y condensar los tratamientos modernos en la Sífilis Precoz adquirida que es la más importante bajo el punto de vista médico social, pues en este estado la infección adquiere sus mayores caracteres de contagiosidad y al mismo tiempo es en este período en el que el tratamiento va a decidir la marcha futura de la invasión en el organismo humano y su posible transmisión a la descendencia.

La historia sitúa al continente americano como la cuna de la Sífilis y los estudios modernos confirmados por el Doctor Telho del Perú confirman esta teoría por haberse encontrado en los huesos de las momias Incas lesiones que demostraron la existencia de esta espiroquetosis antes de la venida de los europeos.

No es sino hasta después del primer viaje de Colón que la Sífilis aparece en Europa (RUY DIAZ DE ISLA) y es precisamente en España en el año de 1493 que se presentaron los primeros casos descritos por los médicos españoles y que dieron en llamarle mal de la "española" por creer que había sido importado de la isla de aquel nombre recién descubierta.

En 1494 cuando Carlos VIII de Francia invadió Italia poniendo sitio a Nápoles con un ejército de soldados mercenarios que muy pronto fueron atacados del terrible mal a tal punto que fué levantado el sitio por extenuación del ejército Francés.

El contagio fué llevado por toda Europa especialmente de Sevilla y Barcelona donde ya se era conocida.

En este brote que pudiera llamarse epidémico y que es el primero que se conoce en la historia de esta enfermedad aparecieron los primeros contagios extragenitales debido a las condiciones antihigiénicas que prevalecían en los suburbios de las ciudades

donde se acuartelaban las tropas y en los mismos establecimientos militares.

Como se ve hace más de cinco siglos que se tiene el concepto extragenital de la Sífilis y que no hay ninguna razón para que con ideas retrógradas y equivocadas, se haya querido dar un carácter vergonzante y secreto a esta enfermedad que más que ninguna otra necesita el descubrimiento, investigación y tratamiento inmediatos para evitar desastrosas consecuencias en los que la sufren y romper una cadena que tarde o temprano puede ligar varias generaciones con su cortejo de dolor, miseria y muerte.

Continuando nuestra descripción sobre la historia de la Sífilis en el mundo nos encontramos en las crónicas locales la descripción de graves formas epidémicas tales como las de Francia, Alemania y Suiza en 1495; Holanda y Grecia, 1496 y por último las de Inglaterra y Escocia en 1497 y Hungría y Rusia, 1499.

Uno de los estudios más completos sobre el estudio de la Sífilis se debe a Iwan Bloch, la recopilación de documentos de gran valor histórico en los cuales se dan a conocer disposiciones, reglamentaciones y decretos que fueron emitidos para detener el avance de la Sífilis en aquella época:

1896 el parlamento de París decreta la expulsión de la ciudad de todas las personas infectadas en un plazo de veinticuatro horas.

1896-1897, la ciudad de Neuremberg dicta medidas contra la invasión de esta enfermedad.

1897, el consejo municipal Adberdeen-Escocia ordena el trabajo obligatorio de todas las prostitutas y establece pena como el destierro de la ciudad y el de ser marcadas con hierro candente en las mejillas si persisten en sus vicios.

1497 el consejo privado de la corona de Escocia por editorial ordena el destierro de todos los habitantes contagiados de Sífilis a la Isla de Inchkeith.

Andreu Boorde publica en 1575 en su "Breviario de la Salud" que el morbus gálicus había sido con anterioridad llamado viruela española.

En 1530 Paracelso en su tratado sobre enfermedades venéreas habla del arsénico, del mercurio y del guayaco, como medicamentos antisifilíticos y la denomina gonorrea Francesa.

Fernelio (1496-1558) hace las primeras descripciones sobre las erupciones de la epidermis para que el virus sifilítico pudiera ser infectante y dió las primeras descripciones de cómo las bubas o chancros son el modo de la infección y de cómo ésta se extiende a todo el organismo.

Falopio en 1563 hablando de morbus gálicus hace la diferencia entre los condilomas sifilíticos y no sifilíticos.

Hambrosio Paré en 1510-1590 al hacer el estudio sobre las lesiones internas de la vagina y del útero por medio de un aparato recientemente descubierto por él, el espéculo vaginal, añadiendo su testimonio al de Paracelso sobre la Sífilis que podía adquirirse por la transmisión de los padres a los hijos, es decir, las primeras ideas sobre el posible origen de la Sífilis hereditaria.

Desde 1628 aparecen con Horst el concepto y la comprobación de transmisión accidental de esa enfermedad; Horst por medio de las ventosas escalificadas.

Palfys 1718 comprueba las infecciones de parteras y médicos al atender a enfermas sifilíticas.

Colle Musitano hacen la descripción de los chancros de la amígdala y la posible transmisión por besos y utensilios de beber.

Bazin y Guenault, describen las características diagnósticas de la induración en el chanero sifilítico.

Es a Hunter a quien se debe por su gran prestigio una descripción completa de las enfermedades venéreas de la imposibilidad de infectar a los sifilíticos con nuevos chancros y de una serie de conocimientos de la época que si bien la mayoría no fueron originales de él, tuvieron el valor de ser recopilados y sostenidos por su gran autoridad médica. Se debe a Hunter un retroceso sobre el conocimiento de las enfermedades venéreas y un estancamiento sobre el conocimiento de ellas, estancamiento que duró medio siglo antes de que posteriores investigadores pudieran tomar de nuevo el verdadero camino para el conocimiento de las enfermedades venéreas; la teoría Hunteriana de la Sífilis negaba la posibilidad de la Sífilis hereditaria de los órganos internos y estableció la teoría unisista para todas ellas, confundiendo lamentablemente la blenorragia con el chancre blando.

En 1767 la teoría de Hunter prevalecía hasta 1837 en el cual desde el Hospital de Midi de París, Philippe Ricord en unión de sus discípulos estableció las bases del conocimiento clínico de la Sífilis que se pueden resumir en la forma siguiente:

- a) El carácter específico de la Sífilis.
- b) El conocimiento de las diferentes lesiones internas de origen sifilítico.
- c) La diferencia de la sífilis y la blenorragia.
- d) La posibilidad de infección doble sifilítica y blenorragica.
- e) La clasificación en tres períodos de infección sifilítica, primaria, secundaria y terciaria.

Para terminar este breve corpúsculo histórico queremos dejar citados los nombres de los investigadores que se ocuparon de este tema y de su tratamiento:

Wall 1835, la introducción de los yoduros en el tratamiento; Rolet, Baserau, estudios diferenciales del chanero y chancroide.

1880, Neisser descubre el micro-organismo de la gonorrea.

1892, Ducrei descubre el agente del chanero blando.

1905, Schaudinn y Hofmann, descubrieron con Unna el micro-organismo de la Sífilis.

1890, Fournier y Lakediday de la escuela Francesa dedican sus esfuerzos a la clasificación clínica y a la investigación de la Sífilis hereditaria así como la necesidad de un tratamiento prolongado. Sus investigaciones llegaron a comprobar el carácter sifilítico de la parálisis general y la tabes.

En 1903, Roux y Metchnikoff demostraron la posibilidad de inocular la sífilis a los monos.

1906 Wassermann, Neisser y Bruk aplicaron la reacción del complemento al diagnóstico de la Sífilis y por último en 1910 Ehrlich introduce el salvarsán (arsfenamina) a su tratamiento; y más tarde logra producir la neoarsfenamina y por último en 1939 aparece la penicilina cuyos promisorios resultados para haber simplificado grandemente el tratamiento de la Sífilis fueron estudiados en 1943 en los laboratorios de investigación de enfermedades venéreas del departamento de marina de los Estados Unidos, Mahoney, Arnold y Harris. Las primeras observaciones del tratamiento de la penicilina en la Sífilis Precoz fueron sobre un grupo de cuatro pacientes con campo obscuro positivo y su terapéutica consistió en inyecciones intramusculares de 25,000 unidades cada cuatro horas haciendo un total de cuarenta y ocho inyecciones; inyectándoseles 1.200,000 unidades en ocho días.

Estos enfermos fueron observados clínica y serológicamente por espacio de seis meses, practicándoseles el examen de la sangre cada mes y el del líquido céfalo-raquídeo al final de los seis meses.

Tres de estos enfermos experimentaron una rápida curación de sus chancros y reacciones negativas serológicas durante todo el tiempo que fueron observados, el cuarto paciente no pudo ser seguido por haberse interrumpido su tratamiento y al volver a ser estudiado se encontró una reacción serológica positiva fuerte, complicándose con uretritis y adenopatía.

Más tarde los mismos autores concluyen después de haber tenido oportunidad de tratar a grupos diferentes de personas, infectadas, de distinta manera.

Es deseable recalcar que la Sífilis como enfermedad caracterizada por su cronicidad, sus largos períodos de latencia y su tendencia a las recurrencias tanto clínicas como serológicas, la

evolución de cualquier terapéutica requiere un tratamiento prolongado y diferentes tipos de tratamiento adaptados a las condiciones propias de cada infección siempre cuidadosamente vigilados y observados por largo tiempo.

A las conclusiones a que llega J. E. Moore y J. F. Mahoney y sus colaboradores de Baltimore después de las investigaciones en veintitrés clínicas y centros médicos y en colaboración con la Sanidad Federal, la Armada y la Marina de los Estados Unidos, son las siguientes:

1°—Un estudio organizado para conocer los efectos de la penicilina en la Sífilis Precoz están todavía en su período preliminar.

2°—La penicilina tiene un efecto inmediato en la Sífilis Precoz que se manifiesta así:

- a) Desaparición de los espiroquetos en las lesiones abiertas.
- b) Cicatrización de las lesiones o chancros.
- c) Una tendencia reversible serológica.

3°—Los efectos inmediatos son en general idénticos con dosis que variaron entre 60,000 unidades y 1.200,000 unidades, administradas por vía intramuscular continuas cada tres horas, con un total de sesenta inyecciones en siete días y medio.

4°—Los efectos inmediatos aparentes con dosis que variaron entre 300,000 y 1.200,000 unidades por vía intramuscular cada tres horas continuas haciendo un total de treinta inyecciones en cuatro días, fueron idénticos a los obtenidos en el tipo con el tratamiento anterior.

5°—Estos efectos inmediatos no pueden ser utilizados para determinar la dosis óptima relacionada con su tiempo de administración o dosificación, pues en el hombre esto depende de la incidencia de las recaídas o recrudescencias.

6°—La incidencia de las recaídas cuando la penicilina es administrada sola está en relación directa con la dosis total administrada intramuscular y son mayores con 60,000 unidades que con 1.200,000 unidades.

7°—Las recaídas aparecen cuando se emplean dosis comparables, con mayor frecuencia en la administración intravenosa que la administración intramuscular.

8°—Las recaídas o recrudescencias en una incidencia más baja fueron observadas en pacientes tratados con 60,000 a 300,000 unidades más un tratamiento agregado de mafarsen.

9°—La penicilina no ha sido investigada en el tratamiento y prevención de la Sífilis prenatal.

10°—La penicilina tiene efectos favorables en la neurosífilis asintomática precoz, meningitis sífilítica aguda, Sífilis Precoz resistente al tratamiento por el arsénico y el bismuto, y en la Sífilis infantil congénita.

11.—La dosis óptima de penicilina en la Sífilis temprana no ha sido establecida. Ciertamente la dosis mínima no debe ser menor de 1.200,000 unidades y probablemente debe ser más.

12.—Las reacciones de Herxheimer con el tratamiento de penicilina en la sífilis temprana son frecuentes pero no serias; otras reacciones debidas a la penicilina propiamente son benignas y no dignas de tomarse en cuenta.

13.—Los autores recomiendan continuar dicho estudio y dichas investigaciones.

## CAPÍTULO II

### EL CONTAGIO SIFILITICO

La transmisión a los animales se logró poco antes de que fuera descubierto el germen de la Sífilis. Metschnikoff y Roux publicaron en 1903 experimentos realizados con éxito en monos antropoides (chimpancés), a los que produjeron síntomas completamente iguales que los humanos. Pronto se hicieron experimentos con monos inferiores, y Neisser demostró que también se difundía el virus por el cuerpo de estos animales. Luego resultó receptor igualmente el conejo: Bertarelli le produjo una queratitis parenquimatosa inoculando el virus en la cámara anterior del ojo, y después Parodi procedió a practicar la inoculación en los testículos, injertando bajo el escroto o en el interior de la glándula trozos de tejidos sífilíticos, o inyectando una suspensión de papilla de órganos. Con este método se producen, después del correspondiente período de incubación, alteraciones específicas, en el jugo de las cuales, extraído por punción, se encuentran espiroquetas pálidas en gran número. Con una técnica adecuada se logra la inoculación a otras especies animales (cabras, cobayas, etc). La llama es contagiada por los indios peruanos al cohabitar con ellas. Es digno de mención el hecho de que, según Kolle y Schlosserberger, a los ratones y a las ratas se les provoca una infección, que evoluciona sin ningún síntoma y que se puede comprobar por procedimientos biológicos (inoculación de papilla cerebral o de otros órganos a conejos).

Se puede decir, en resumen, que la investigación experimental en animales, parece haber llegado a su término. Su importancia reside en que ha permitido comprobar la infecciosidad de las lesiones sifilíticas en sus distintos períodos; además, se ha demostrado que la sangre de los sifilíticos es infecciosa aún antes de que aparezcan los síntomas clínicos, y que el líquido céfalo-raquídeo y el esperma pueden contener también espiroquetas.

Una buena cualidad de la sífilis es la limitada oportunidad de su propagación. Sólo se encuentran espiroquetas virulentas en la superficie de las lesiones primarias, que tienen distribución y duración limitadas. Para adquirir la infección es necesario el contacto íntimo mediato o inmediato con un objeto recientemente contaminado, y una erosión en la piel o sin necesidad de ella en las mucosas. Las espiroquetas mueren muy rápidamente después de abandonar el cuerpo, sobre todo en condiciones de sequedad. De este modo muchas vías de extensión abiertas a otras enfermedades están cerradas para ellas. Las espiroquetas no persisten mucho tiempo en el polvo como lo hace el bacilo tuberculoso, ni se propagan por el agua como los miembros del grupo tifoideo, colibacilo. Estos micro-organismos no contaminan ni sobreviven en los alimentos como hacen muchos otros. No se conocen portadores de *Spirochaeta pallida* como los hay para el paludismo, fiebre amarilla, tripanosomiasis y otras enfermedades infecciosas. Todos estos factores hacen de la Sífilis una enfermedad mucho menos frecuente de lo que sería de otro modo.

La Sífilis se transmite de dos maneras: de persona a persona por contacto mediato o inmediato con material que contenga espiroquetas virulentas, o por transmisión de la infección de la madre sifilítica a su hijo no nacido todavía. La infección por contacto se produce en la inmensa mayoría de los casos mediante el contacto directo con una lesión infecciosa; menos a menudo la infección es adquirida de algún objeto que ha sido contaminado en tiempo suficientemente reciente para que el micro-organismo conserve su virulencia.

### **TRANSMISION INMEDIATA**

El estrato córneo y el estrato granuloso normales ofrecen resistencia a los organismos patógenos, y es probable que la espiroqueta no los atraviese. Sin embargo, en las superficies cutáneas puede haber abrasiones microscópicas, y la espiroqueta pálida puede entrar por estas soluciones de continuidad de las capas protectoras. Asimismo los orificios glandulares ofrecen un terreno favorable a los micro-organismos, porque dentro de los poros sudoríparos no hay protección alguna. Así pues, es prácticamente

pósible para la *Spirochaeta pallida* implantarse en una abrasión invisible a simple vista o en un orificio glandular. Toda afección inflamatoria de la piel favorece la infección, ya que durante la inflamación las capas protectoras normales de la piel han desaparecido.

Un elemento de verdadera importancia en la infección sifilítica es el que las dos regiones del cuerpo en las que el organismo se desarrolla mejor, a saber: la boca y los genitales, están tapizadas y cubiertas de membrana mucosa, más delicada que la piel y más a propósito para ser asiento de abrasiones macro o microscópicas. Los experimentos han demostrado que las espiroquetas pueden pasar incluso a través de la mucosa normal. Los individuos circuncisos tienen membrana más resistente en el glande y son menos propensos a la infección. En cambio los individuos fimóticos, en los que prácticamente el acto sexual produce siempre fisuras en el prepucio, son más propensos a la infección que los poseedores de un prepucio normal. En el hombre la aparición del chanero en el punto de inoculación es, naturalmente, la esperada secuela de la entrada del organismo, pero hay buenas razones para suponer que la reacción primaria puede a veces no presentarse, y que el primer signo de la infección no aparecería entonces en el punto de inoculación, sino en los ganglios linfáticos regionales.

Una forma bien conocida de infección con comienzo asintomático es la producida por la introducción instrumental de espiroquetas directamente en la corriente sanguínea. Si esto ocurre por el pinchazo de una aguja contaminada, no se forma una lesión primaria en el punto de inoculación y la infección se generaliza desde el principio "Sífilis Acéfala." Esta es especialmente frecuente en pacientes que han recibido sangre de donadores sifilíticos. Por consiguiente, el primer signo de infección es a menudo una erupción cutánea generalizada y el período de incubación es más breve que en la Sífilis Ordinaria.

Desde muy antiguo se distinguen la Sífilis adquirida y la congénita. Esta última será descrita después por separado. En la primera forma el contagio se produce principalmente por contacto directo, y, como se comprende, éste tiene lugar merced al trato sexual o en relación con él, a partir de un foco patológico que contenga espiroquetas. También se puede producir el contagio directo por las secreciones y excreciones (saliva, leche, esperma, orina, sudor) cuando existe un proceso sifilítico en el territorio de los órganos y conductos excretores.

Como ejemplos de que la sífilis muy a menudo no tiene nada que ver con el trato sexual citaremos el contagio por la circuncisión, que no era raro antes (por succionar la herida el que la practicaba), por las nodrizas, las infecciones profesionales de los médicos, etc. No pocas veces se ha observado infecciones en

virtud de una herida causada por un sifilítico (mordeduras, arañazos, especialmente en las manos). En vista del número relativamente elevado de infecciones engendradas por mecanismo no sexual, no está justificado calificar a la Sífilis de enfermedad sexual exclusivamente, y en el aspecto médico creemos que basta distinguir entre el contagio inmediato y el mediato.

### TRANSMISION MEDIATA

La infección por contacto mediato es mucho menos frecuente a causa de la escasa resistencia de la *Spirochaeta pallida* a la sequedad, de suerte que los materiales húmedos son el único origen posible de transmisión. El objeto debe haber sido contaminado recientemente pues de lo contrario las espiroquetas no son lo bastante virulentas para transmitir la infección. Tales objetos son los vasos de bebida (las espiroquetas se han encontrado a los treinta minutos en copas lavadas únicamente con agua fría), utensilios de comer, las pipas, los insufladores de los vidrieros cuando se hacían botellas soplando en lugar de emplear las máquinas actuales, las boquillas de instrumentos musicales, instrumentos médicos o dentales y muchos otros. La transmisión mediata es de ordinario el resultado de lesiones extragenitales que, debido a su localización, a menudo no son reconocidas como sifilíticas.

Por lo que se refiere al contagio indirecto hay que tener en cuenta la posibilidad de que actúe como intermediario entre la persona infectante y la infectada un individuo vivo, que puede ser uno de los portadores de gérmenes citados; además, según Schener, los lactantes amamantados transitoriamente por una mujer sifilítica son capaces de inocular los gérmenes a otra nodriza sin infectarse por ellos.

La cuestión de si pueden transmitir la enfermedad los animales, especialmente los insectos que pican, fué tratada por Hutchinson. Glück trató de explicar la endemia sifilítica de Bosnia suponiendo que la enfermedad es propagada por las chinches. También Grin las ha hecho responsables de la transmisión recientemente, y Fleger dice haber encontrado en los citados insectos unos cuerpos iguales a la espiroqueta pálida.

Mas, la Sífilis endémica se transmite también principalmente por objetos de uso infectados, sobre todo en los países incultos.

Las posibilidades de contagio son muchísimas; el contagio por la vacunación no tiene más que un interés histórico desde que no se inocular linfa humana de brazo a brazo. En algún caso se ha observado la transmisión mediata a los lactantes por la tetina de biberón o el "pepe." Las infecciones mediatas por instrumentos médicos y odontológicos (espejos bucales, forceps, fresas, etc.;

espejo laríngeo, espículos, cánulas de irrigadores agujas de inyecciones) juegan un papel importante.

Más frecuentes son los contagios por objetos de tocador, como cepillos de dientes, esponjas, instrumentos de manicura, barra para los labios, y afeites. Hay que mencionar el "chancro del afeitado", que puede ser transmitido por todos los objetos que se usan en esta operación (navaja, brocha, toalla, etc.) y por intermedio de la saliva (cuando se humedece la piedra de alumbre con la lengua). Pero es más común que se infecte ulteriormente por un beso o de otro modo la herida causada con un instrumento.

Se han observado chancros después de un tatuaje, producidos por la saliva con que el operador suele humedecer la aguja, la substancia colorante y la piel.

Más corriente que estos mecanismos es el contagio por el uso común de vasos, cubiertos y otros objetos de mesa. También se conocen infecciones por material para fumar, especialmente por pipas.

Las prendas de vestir, sobre todo las interiores, han sido muchas veces vehículo del contagio. Como es natural, los retretes, a los que tan a menudo echan la culpa los pacientes, pueden ser algunas veces la fuente de infección.

Además han sido causa de contagio en algún que otro caso los objetos más diversos, tales como clavos, goma de pegar, utensilios de escribir, auriculares telefónicos, papel moneda y, con más frecuencia, instrumentos de viento (flautas, clarinetes). En la Sífilis industrial hay que incluir las conocidas infecciones de los sopladores de vidrio, que se han observado a menudo en forma de pequeñas epidemias.

### INFECCION GENITAL

Una gran proporción de infecciones sifilíticas son genitales; la proporción ordinaria es la del 90%. Por parte del vulgo y hasta de algunos médicos hay mayor tendencia a pensar en la posibilidad de la Sífilis en el caso de una lesión genital que si la lesión primaria está situada en otra parte del cuerpo. Por esta razón la infección extragenital merece mayor atención de la que hasta ahora se le ha concedido.

La infección genital puede resultar del contacto con una Sifilide primaria, secundaria o secundaria recurrente si su epitelio superficial se ha erosionado. Las lesiones últimamente mencionadas son las más ofensivas, puesto que pueden persistir semanas y hasta meses, mientras que las lesiones primarias son de duración relativamente corta. Una mujer con lesiones secundarias recurrentes puede infectar literalmente a cientos de hombres antes de

que ello se averigüe y se la someta a tratamiento. Inútil es decir que las infecciones genitales son resultado a veces de desviaciones del acto sexual normal, como cunilingüismo, coito oral y pedras-tia. Las mujeres pueden infectarse con semen que contenga espi-roquetas, si el hombre padece Sífilis primaria.

### INFECCION EXTRAGENITAL

La mayor proporción de infecciones sifilíticas extragenitales se observa alrededor de la boca. El beso ha dado por resultado el chancro de los labios o de la boca en muchos casos. La titilación ha dado por resultado el chancro en un dedo; como la piel es más resistente que las mucosas, una pequeña abrasión, como la de un padrastro, es de ordinario el asiento de la lesión. Los chancros del dedo también se han visto en médicos y dentistas que trabajaban sin guantes, como asimismo en tocólogos y oto-rinolaringólogos.

Los chancros por riñas no son tan raros como se supone. Algunos policías en servicios prestados en casas de prostitutas han sido mordidos amenudo por ellas y han sufrido chancros como resultado.

En las mujeres el chancro puede estar escondido en el cuello uterino, la adenopatía puede ser interna y los síntomas generales, si existen, no son a menudo identificados como debidos a la Sífilis. Las lesiones en los genitales son más a menudo sospechosas de Sífilis que las de otras regiones; una gran proporción de lesiones extragenitales no se identifican.

En el caso de Sífilis Endémica la forma de transmisión sexual pasa a segundo término, porque es tan grande la oportunidad para la infección extragenital, que la mayoría de los habitantes adquieren la enfermedad antes de llegar a la madurez sexual.

Para terminar con lo relacionado a la Sífilis adquirida, vamos a anotar unos ejemplos: Schamberg comunicó el caso de siete jovencitas que sufrieron lesiones primarias sifilíticas a causa de haber sido contagiadas por un joven con chancro labial en un juego que implicaba actividad osculatoria. Otro hombre fué más tarde infectado por el beso de una de esas muchachas.

El caso siguiente ilustra respecto de un chancro por riñas y una interesante serie de acontecimientos.

“Un sujeto de veintiséis años se quejaba de tumefacción dolorosa en la cara anterior de ambas piernas. Seis meses antes se había lastimado los nudillos de los dedos con los dientes de su contrincante en una riña. La lesión no curó por los medios ordinarios, y dos meses más tarde sufrió una erupción generalizada durante una epidemia de viruela. Se hizo este diagnóstico y fué

sometido a cuarentena, aunque la descripción que daba el paciente no se ajustara con dicha enfermedad; las lesiones habían aparecido en el período de un mes. Sólo dos de ellas eran pustulosas; las demás eran papulosas con escamas finas. La mayoría de las lesiones aparecieron en la cara, cuero cabelludo, brazos y tronco. Con la erupción generalizada la lesión de la mano se recrudeció.

Durante la tercera semana de esta erupción tuvo una tumefacción dolorosa en la espinilla derecha y otra indolora en la clavícula derecha, tumefacciones que duraron diez días aproximadamente y desaparecieron por espacio de cuatro a seis semanas. Durante este tiempo sufrió delante de la oreja derecha una hinchazón dolorosa, que persistía día y noche. Su médico creyó que se trataba de un absceso y le aplicó curas húmedas calientes. Luego se hinchó la pierna izquierda, como también el antebrazo izquierdo. La pierna derecha se había afectado una semana antes de la admisión.

El examen hizo ver una cicatriz en la falange proximal del índice derecho y manchas pardas de medio centímetro de diámetro esparcidas por la cara, brazos, tronco y algunas, en las extremidades inferiores. En la boca había pápulas erosionadas y al parecer úlceras superficiales. En la cara anterior de cada pierna había un tumor fusiforme eritematoso y sensible. El examen ultramicroscópico demostró la *Spirochaeta pallida* en el material procedente de las lesiones de la boca, y la radiografía de las tibias estableció la presencia de hipertrofia e infiltración del periostio. Se hizo el diagnóstico de Sífilis mucosa recurrente, periostitis sífilítica incipiente y cicatriz de un chancro de la mano.”

No menos interesante es el caso de una muchacha con chancro de la amígdala.

“Se presentó una joven con chancro de la amígdala, se examinó a la familia, pero no se encontró a ninguna persona infectada. Un médico joven se propuso descubrir, si era posible, el origen de la infección. Sus investigaciones le condujeron a un vendedor de frutas callejero que tenía la costumbre de escupir sobre sus manzanas antes de limpiarlas con un trapo. Este hombre tenía lesiones infecciosas en la boca y había transmitido las espiroquetas a la manzana que la muchacha había comprado.”

El origen de la infección no se descubre a veces hasta años más tarde, como ocurrió en el siguiente caso de Sífilis conyugal:

“Un hombre de mediana edad sufría degeneración miocárdica acentuada debida a la Sífilis. Se examinó a la esposa, la cual, durante el examen, declaró que había tenido Sífilis, pero que nunca se lo había dicho a su marido. Se la había tratado

secretamente y se había pronunciado la palabra curada. No tenía la menor idea de dónde había podido contraer la enfermedad. Al parangonar las dos historias, se encontró que el marido se encontraba en el período infeccioso primario durante el tiempo del noviazgo y que poco después la prometida había padecido una erupción cutánea.”

Grütz observó hace pocos años una endemia en unos labradores, en la que se infectaron 11 de 24 personas (chancre amigdalino).

Buschke, cita el caso de una lavandera que tenía la costumbre de frotar con los pies las ropas de unas prostitutas y que adquirió un chancre en la planta de un pie.

### SIFILIS CONGENITA

Se debe desechar por inadecuada la antigua denominación de Sífilis “hereditaria”, ya que no puede decirse que la enfermedad se herede en el verdadero sentido de la palabra. De las posibilidades de transmisión de la dolencia al feto, la más segura es la circulación placentaria. En este caso la madre pudo estar ya enferma anteriormente o infectarse antes de la concepción o en el curso del embarazo. Cuanto más pronto se verifique este contagio tanto mayores son las probabilidades de que enferme el fruto; pero existen observaciones según las cuales una infección adquirida en el último mes del embarazo contagió al feto. Lo más pronto que se ha observado la transmisión de la Sífilis ha sido en el cuarto mes de la vida intrauterina (Gäfenberg). No es probable la transmisión de la enfermedad por la madre sífilítica al óvulo, y un óvulo infectado apenas si se puede considerar como apto para desarrollarse.

La Sífilis que se origina entre el quinto mes de la vida fetal y el momento del nacimiento, difiere en muchos sentidos de la Sífilis adquirida y merece ser considerada como tipo distinto de la enfermedad. Esta variedad de Sífilis se llamó en otro tiempo Sífilis hereditaria y, en efecto, hace varios años se consideraba como la única enfermedad hereditaria conocida. El término heredo-sífilis empleado por los franceses es evidentemente erróneo, puesto que estudios subsiguientes han demostrado que la definición de una enfermedad hereditaria, a saber, estado que implica alteraciones en el plasma germinativo y transmitido por este plasma, no se aplica a la Sífilis de la criatura que se ha infectado antes del nacimiento. Una denominación no menos errónea es la de congénita, que todavía se usa extensamente. Implica una asociación con el acto de fecundación, que con toda probabilidad desempeña

únicamente un papel teórico en la patogenia de la infección. El término prenatal propuesto por Kolmer representa una denominación exacta para la forma de Sífilis que se ha originado antes del nacimiento; significa meramente el hecho indiscutible de que la infección se ha efectuado antes del nacimiento.

La *Spirochaeta pallida* ejerce influencia feticida y tiende a la producción de abortos. Por fortuna esta tendencia disminuye con la edad de la Sífilis materna. La característica general del aborto sifilítico es que aparece en un período relativamente tardío. Además, en las mujeres sifilíticas sin tratamiento que se encuentran en el primer período de la enfermedad se observa a menudo que el primer aborto acontece durante el cuarto o quinto mes de su primer embarazo, mientras que en los embarazos sucesivos los abortos tienden a ser más y más tardíos; luego nace un feto muerto, a continuación hay parto de feto vivo prematuro sifilítico y, finalmente, se producen partos a término de hijos al principio evidentemente sifilíticos y más tarde aparentemente sanos. Así, un hijo infecta cuando la Sífilis de la madre ha perdido ya su fuerza infecciosa, puede quedar asintomático, salvo los estigmas de desarrollo, durante meses y años antes de mostrar signos activos de la enfermedad. Los hijos posteriores a éstos pueden ser completamente sanos. En la práctica esta serie de acontecimientos no siempre es manifiesta, y con frecuencia puede observarse una sucesión alterna de hijos sifilíticos y no sifilíticos que sin duda dependen de los períodos de espiroquetemia recidivantes en la madre.

La variación extraordinaria en el curso de la infección después del nacimiento puede atribuirse en parte a la influencia de la fecha de infección intrauterina y en parte a la gravedad de la Sífilis materna. Así, el feto que se infecta pronto en su vida intrauterina presenta al nacimiento, manifestaciones morbosas de Sífilis tardía ya muy avanzada. El feto que se infecta tarde puede aparecer sano durante dos o más semanas después del nacimiento y luego presentar los síntomas de Sífilis primaria. Más frecuentemente se observa una combinación de fenómenos primarios y tardíos, y la aparición de lesiones primarias de tipo infeccioso a continuación de manifestaciones tardías, puede interpretarse como una recurrencia peculiar a la Sífilis prenatal. Por otra parte, la intensidad de la infección materna es, en cierto modo, decisiva para la gravedad de la infección en el hijo. Cuanto más reciente es la Sífilis en la madre, tanto más graves serán las consecuencias para el feto, y cuanto menos intenso sea el tipo de enfermedad materna, tanto más lenta será la aparición de los síntomas sifilíticos en el hijo infectado, de modo que pueden trans-

currir muchos meses y aún años antes de que se manifiesten los fenómenos activos.

Como se ha presumido que la periódica espiroquetemia recidivante de la madre es el origen de la infección placentaria y por ende de la infección del hijo, no es sorprendente ver que a veces un hijo se libra de la infección mientras que el siguiente nace con Sífilis. Por la misma razón, los hijos de madres que han adquirido la infección hacia el final del embarazo quedan indemnes no pocas veces.

Aunque se haya dicho que los individuos con Sífilis adquirida no transmiten ya su infección a otros después de un período de cinco años aproximadamente, conviene advertir que no hay límite fijo para el tiempo durante el cual las madres sifilíticas pueden transmitir la enfermedad a sus hijos. Después de los tres años la intensidad de la infección de la madre está a menudo tan disminuida, que ésta puede parir hijos sanos aún cuando no haya sido nunca tratada, pero se han comunicado transmisiones en fecha tan tardía como la de veinte años después de la infección.

Hay que insistir en que la expulsión de un feto muerto y no el aborto temprano, es la característica de la Sífilis. Por consiguiente, la Sífilis debe sospecharse en todo aborto que ocurra entre el final del cuarto mes y el término del embarazo.

El mecanismo de la infección está ahora bien establecido. La enfermedad se transmite de la madre al hijo por la vía de la circulación placentaria. O bien un émbolo de micro-organismos es transportado de la placenta por vía de la sangre venosa del cordón, o las espiroquetas pasan al feto por los linfáticos perivasculares del cordón. De esto se infiere fácilmente que cuanto más reciente sea la Sífilis de la madre, tanto más cierta será la invasión de la placenta. En cambio, en cuanto más antigua sea la Sífilis materna, tanto más numerosas serán las probabilidades de que el feto se libre de la infección a causa del número probablemente insuficiente de espiroquetas. Sólo hace cuarenta años que se creía en general que la Sífilis era directamente transmitida al hijo por el padre en el momento de la concepción (infección paterna). La gran proporción de madres aparentemente sanas de recién nacidos sifilíticos parecía sostener esta teoría. Durante todo el tiempo de la sifilología primaria dos leyes fundamentales regían las investigaciones relativas al modo de transmisión.

La ley de Colles decía que una madre sana podía parir un hijo sifilítico y amamantarlo impunemente, aunque otros podían infectarse con él. Esto significa que una madre sana de un hijo sifilítico es inmune.

La ley de Profeta decía que una madre sifilítica podía parir un hijo sano y amamantarlo sin que el hijo adquiriera la enfer-

medad. Esto significa que el hijo sano de una madre sifilítica es inmune.

Los partidarios del modo de transmisión paterna o germinativa se servían de la ley de Profeta como de apoyo principal, pretendiendo que la inmunidad del hijo sano de una madre sifilítica era debida a la transmisión directa de inmunidad de madre a hijo sin que se produjese la infección. En el mismo sentido interpretaban la ley de Colles, sosteniendo que el feto infectado por el padre inmunizaba a la madre sin infectarla. Estas teorías eran plenamente aceptadas.

Así, se consideró como herejía científica que Matzenauer, en 1903, en Viena, después de años de estudio sin el auxilio de las reacciones sanguíneas o del examen ultramicroscópico, guiado simplemente por la viveza de su genio investigador, desafiara estas teorías y demostrara que la transmisión materna era el único modo posible de infectar al hijo. Demostró la falsedad de la ley de Profeta señalando una serie de casos en los que el supuesto hijo inmune era infectado por la madre durante el parto y sufría una lesión primaria en la cabeza. Por estas infecciones su parto quedó demostrado que no se transmitía ninguna inmunidad. Dió entonces la interpretación correcta de la ley de Colles declarando que el estado aparentemente sano de la madre de un hijo sifilítico era debido no a la inmunidad, sino al hecho de que la madre sufre Sífilis latente, único modo que hace imposible que el hijo sifilítico infecte a la madre. En consecuencia exigió que toda madre de un hijo sifilítico se sometiera al tratamiento, mostrara o no signos de la infección. La nueva teoría de Matzenauer levantó una tempestad de protestas en todo el mundo y sólo callaron los oponentes cuando los estudios consecutivos al descubrimiento de las reacciones sanguíneas y de la *Spirochaeta pallida* confirmaron la teoría. Los sifilólogos de todos los tiempos deben estar agradecidos a Matzenauer por su rasgo genial.

Aunque la transmisión materna por vía placentaria es aceptada hoy por la mayoría de los observadores como mecanismo invariable, tal vez pueda establecerse en el futuro, mediante el descubrimiento de una "forma de descanso" o de un período granuloso en el ciclo vital de la espiroqueta, la posibilidad de la transmisión germinal paterna o por lo menos una influencia paterna indirecta a través del plasma germinativo en una pequeña proporción de casos.

La infección sub-partu antes mencionada no debe incluirse en el término de Sífilis prenatal, puesto que en realidad representa la forma más primitiva de una infección extragenital de Sífilis adquirida. Tales casos son raros, pero se han comunicado algunos. La lesión primaria aparece de ordinario en la cabeza, pero también

se ha visto en la mejilla y en el muñón del cordón umbilical. El curso ulterior de la enfermedad es el de la infección adquirida ordinaria.

Las alteraciones patológicas en la placenta y en el feto son características. La placenta es mayor que de ordinario y las vellosidades están hipertrofiadas y son más bien avasculares. Sin embargo, en algunos casos, la placenta puede aparecer prácticamente normal, mientras que el feto ofrece todos los signos de Sífilis prenatal. En el cordón el infiltrado inflamatorio es abundante en leucocitos polimorfo-nucleares. El examen de frotis del cordón umbilical al ultramicroscopio revela la Spiroqueta pallida en el 54 por 100 de los casos.—(Ingraham).

La autopsia de un feto sifilítico prenatal revela las espiroquetas en distribución difusa y en gran número en el hígado, bazo, riñones, suprarrenales, músculo cardíaco, médula ósea y testículos.

La fibrosis difusa se ve particularmente en los pulmones, hígado, páncreas, corazón y suprarrenales.

## CAPÍTULO III

### QUE SE CONSIDERA SIFILIS PRECOZ Y SU CLASIFICACION

En otro tiempo se dividió la Sífilis en períodos primario, secundario, terciario y cuaternario. Los estudios modernos han demostrado que una división más lógica consiste en agrupar juntos los síntomas primarios y secundarios en un período precoz, y los síntomas y signos terciarios y cuaternarios en un período tardío. No existe una línea claramente divisoria; mas para los propósitos terapéuticos prácticos la línea de demarcación se sitúa al final de los tres años, antes de los cuales se dice que tiene Sífilis Precoz y pasados los cuales se considera que padece Sífilis Tardía.

El período precoz es el período benigno. Es cierto que el cuerpo contiene muchas más espiroquetas que en una fase más avanzada de la enfermedad, pero durante este período el organismo humano puede más bien considerarse como un medio de cultivo lleno de espiroquetas. Como regla general, durante este tiempo no ocurren procesos destructivos, que son característicos de la Sífilis tardía, pueden aparecer más pronto. Esta rara sucesión de acontecimientos comprende lo que se conoce con el nombre de terciarismo prematuro.

## PERIODO PRIMARIO

Tras la admisión de virus sifilítico en la economía humana sigue un período de quietud conocido por el verdadero período de incubación primario y que oscila de pocos días a varios meses, con un término medio de veintiséis días. El hecho de que haya un período de incubación anormalmente corto o largo puede explicarse por la penetración de un número excepcionalmente pequeño o grande de espiroquetas, que a su vez pueden variar en gran manera de virulencia, o por una reacción inusitada por parte del paciente infectado. Así, algunos de los períodos de incubación más cortos que se han comunicado son los consecutivos a una infección por medio de un instrumento dental infectado, en los que la lesión primaria aparece ya a los cinco días. Un período de incubación anormalmente largo, se ha observado después de una profilaxis postcoito insuficiente. Al término del período de incubación primaria se presenta de ordinario una lesión única, solitaria, conocida con el nombre de chancro. El período que transcurre desde que aparece el chancro hasta que se manifiestan los fenómenos generales, se conoce por período de incubación secundario, que por término medio dura cuarenta y cuatro días. El período primario de la Sífilis dura, por consiguiente, de ocho a nueve semanas por término medio. Luego sigue una explosión de lesiones por todo el cuerpo. Este acontecimiento señala el comienzo del denominado período secundario, cuya duración, por término medio, es de dos años. Luego, después de un largo período de latencia o quietud, que varía de tres años a partir de la infección hasta el término de la vida, pueden aparecer lesiones que constituyen el período tardío (terciario y cuaternario).

## CHANCRO

En otro tiempo se aseguraba que siempre aparecía una lesión en el punto de infección. La experimentación en animales y ciertos caracteres del examen y antecedentes en los seres humanos, señalan la posibilidad de una infección sifilítica general sin aparición de una lesión primaria, "Sífilis Acéfala." Es probable que exista una lesión primaria en la gran mayoría de los casos, si bien puede ser tan pequeña que pase inadvertida por el paciente o por el médico. En todo caso, si se produce una lesión primaria, lo hace en el punto de infección, aunque la diseminación general casi inmediata de los organismos, hace probable que por aquel tiempo se hayan formado otros muchos focos en otras partes del cuerpo.

El chancro aparece primero como una mácula eritematosa, de algunos milímetros de diámetro, que se convierte en pápula,

aumenta de volumen, se infiltra y más tarde, de ordinario, se erosiona. Aunque al principio la lesión no ofrece caracteres específicos, éstos aparecen al cabo de pocos días, y el chancro típico totalmente desarrollado es una pápula oval de borde biselado; la superficie es lisa, plana, con derrame sero-sanguinolento o cubierta tan sólo de una membrana fibrinosa delgada, firmemente adherida, que se quita con dificultad. Por regla general, la lesión muestra induración, una resistencia profunda en el borde, y de ahí su denominación de chancro duro en contraste con la lesión del chancroide (chancro blando). El grado de induración depende de la situación y de las relaciones anatómicas del tejido afecto. En el surco coronario y en los labios mayores, la induración es considerable. En la fosa navicular o en la horquilla, la induración es escasa o nula. El tamaño del chancro tiende a ser pequeño en los genitales femeninos externos, más grande en los masculinos y mayor aún en otras partes del cuerpo. Mientras que un chancro de la amígdala puede pasar completamente inadvertido, pocas son las lesiones primarias extragenitales en otras partes del cuerpo que se libran de la atención. Es cierto, sin embargo, que muy a menudo no se reconocen como sifilíticas.

Por regla general la lesión es única, pero si ha ocurrido la infección simultánea de abrasiones múltiples, se producen varios chancros. Estos últimos aparecen a menudo en el herpes genital, balanitis, sarna y otras enfermedades con lesiones inflamatorias.

El término infección mixta significa infección simultánea de sífilis y chancroide. Debido a que el período de incubación del chancroide es tan corto (dos o tres días), aparece primero el chancro blando. Luego tras el período ordinario de incubación de la sífilis, el chancro blando se indura. Si se ha aplicado el tratamiento por medio de la cauterización a la lesión chancroidal, es posible que la aparición del chancro no sea notada por el paciente. Para eliminar la infección mixta es necesario, por consiguiente, observar al enfermo y practicar exámenes de sangre seis meses después de la aparición del chancroide. Como consecuencia de una infección secundaria con organismos piógenos, el chancro puede convertirse en úlcera (chancro fagedénico).

La lesión primaria aparece en los genitales (genital), alrededor de los genitales (perigenital), o en otras partes del cuerpo (extragenital).

En los genitales masculinos la lesión puede localizarse en el surco coronario, en el glande, superficie interna del prepucio, en la fosita a cada lado del frenillo o en la cara anterior del escroto. El chancro fimótico se presenta con frecuencia. Aparece en forma de edema indurado o como una infiltración pastosa del prepu-

cio. El chancro endouretral es relativamente raro, o por lo menos es rara vez reconocido. De ordinario el chancro en el meato no está bien desarrollado. A menudo únicamente está afecto un labio y muestra un ligero grado de induración. Si la lesión primaria comprende ambos bordes o labios, el meato se transforma muchas veces en un anillo indurado.

En la mujer la lesión primaria puede encontrarse en los labios mayores o menores, en la fosa navicular, en el orificio de la glándula de Bartholin, en el orificio uretral, o, rara vez, en la pared de la vagina. Muchas lesiones primarias en las mujeres se localizan en el cuello uterino.

Los chancros perigenitales son más frecuentes en la mujer y pueden encontrarse en el monte de Venus, en la superficie interna de los muslos o alrededor del ano. En el hombre los chancros anorrectales son corrientes en los homosexuales. Se observan asimismo lesiones primarias en el monte de Venus, por el contacto con pápulas recidivantes de los labios mayores durante el acto sexual.

Los chancros extragenitales pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo. Como ya se ha dicho, los labios son los lugares más frecuentes de infección extragenital. Los chancros de la cavidad oral son menos comunes. La lengua es invadida a menudo, mientras que el chancro gingival es raro. Un lugar importante de lesión primaria sífilítica es la amígdala. Los chancros tonsilares suelen confundirse con la difteria o con la angina de Vincent. En los individuos que padecen otras enfermedades con lesiones cutáneas abiertas la infección se produce en tales lesiones, que pueden existir en cualquier parte del cuerpo. Una causa frecuente de infección es el mordisco; más de un agente policíaco ha adquirido la sífilis al ser mordido por una prostituta. Los chancros extragenitales de los dedos o manos son de suma importancia porque, debido a las ínfimas sospechas, apenas se hace nunca el diagnóstico pronto. El aspecto clínico de las lesiones varía mucho. Una lesión primaria del dedo, adquirida durante la titulación o como resultado de un examen médico u operación, simula a menudo un panadizo, puesto que la infección acontece con frecuencia en una rotura del epitelio, de un padrastró por ejemplo. En los médicos no es raro el chancro del párpado. La infección por gotitas expelidas al toser por pacientes que padecen lesiones orales infecciosas, o la transferencia del material infeccioso al ojo por un gesto descuidado, son los modos principales de inoculación. Los chancros del pezón en las nodrizas son más raros que en otro tiempo, gracias a un mejor conocimiento de la sífilis congénita.

La lesión primaria persiste de ordinario hasta que aparecen los primeros síntomas del denominado período secundario; luego involuciona de modo espontáneo, aproximadamente nueve semanas después de su aparición. La lesión residual depende de la profundidad del chancro. Si es meramente una erosión no hay cicatriz, sino a veces una mácula hiperpigmentada. Si la destrucción ha sido más profunda o se ha formado una úlcera, resulta una cicatriz precisa.

### LINFADENITIS

Por regla general, la lesión primaria va seguida de linfadenitis. El carácter de la tumefacción de los ganglios linfáticos regionales es un dato más seguro que el aspecto del chancro. A menudo únicamente se engruesa un ganglio linfático; pero, aunque se afecten varios a la vez, nunca se fusionan y pueden palparse distintamente. Los ganglios tienen una consistencia firme, elástica; no son sensibles, y no tienden a la supuración. Durante la cuarta o quinta semana de la infección aparece el bubón satélite en la región que drena el lugar de la infección. Durante la sexta semana se infiltran los ganglios del lado opuesto, y en la séptima semana aproximadamente pueden afectarse los ganglios antecubitales. En la octava semana o más tarde otros grupos de ganglios linfáticos pueden participar en la adenopatía. Los ganglios sub-occipitales, cervicales (especialmente los cervicales posteriores), y postauriculares son los atacados con más frecuencia, mientras que los ganglios axilares, inframamarios, submentonianos y submaxilares no se afectan, a menos que sean los ganglios que drenan la región en que ha aparecido una lesión extragenital primaria. La tumefacción epitroclear, cuando es notable y simétrica, es demostrativa de sífilis. La adenitis generalizada puede ser muy pronunciada, pero el grado de invasión linfática no tiene relación con la gravedad del curso de la enfermedad. El tamaño de los ganglios varía de medio a tres centímetros de diámetro. El bubón satélite se encuentra casi siempre en el mismo lado de la lesión primaria, y a menudo suministra la clave de la posición de la lesión primaria. Por ejemplo, un ganglio inguinal tumefacto puede dirigir las sospechas hacia una posible infección aún cuando no pueda encontrarse la más pequeña lesión con el más cuidadoso examen. Hay que recordar que el ganglio inguinal puede infiltrarse en asociación con un chancro del ano o con un chancro intra-uretral. La tumefacción ganglionar, asociada a un chancro del cuello uterino, se efectúa en el grupo ilíaco interno, y de ahí que no pueda ser advertido por la paciente. La adenopatía saté-

lite, asociada con chancros del labio y de la boca, comprende los grupos submentoniano y cervical anterior, y de ordinario es más pronunciada que la consecutiva a chancros de los genitales externos. Prácticamente es siempre solitaria y queda unilateral. Un ganglio cervical tumefacto puede dirigir la atención hacia un chancre ignorado de la lengua o de la amígdala.

El conducto linfático dorsal del pene puede estar hipertrofiado y palpase claramente como un rosario de nódulos duros, sumamente sospechoso de un chancre previo del pene.

La invasión de los linfáticos regionales, asociada con la aparición de un chancre, es uno de los rasgos más constantes y característicos de la sífilis y es hoy todavía una de las guías más invariables y seguras en el reconocimiento de la enfermedad.

### PERIODO SECUNDARIO

El denominado período secundario de la sífilis no puede limitarse siempre con precisión sobre la base del tiempo. La diseminación de la infección puede ser tal que los síntomas generales y hasta los signos clínicos de invasión de órganos internos, como los del sistema nervioso central, es posible que aparezcan antes de curarse el chancre.

Hacia el final de la octava semana después de la infección, inmediatamente antes de la aparición de las lesiones secundarias, hay de ordinario algún trastorno del estado general, que en algunos casos puede ser grave. Los síntomas son semejantes a los de la gripe, a saber, fatiga y cefalalgia, con ligera elevación de la temperatura. La cefalea del comienzo de la sífilis empeora por la tarde y por la noche, con remisiones matutinas. Los dolores óseos y articulares son frecuentes. El dolor óseo fué grave en los primeros tiempos de la aparición de la sífilis, debido a la afinidad de la *S. pallida* por el sistema esquelético en aquellos primeros períodos.

El período secundario dura de uno a cuatro años, siendo el período más activo los dos primeros años después de la infección. Comprende una serie de síntomas de la enfermedad a intervalos de quietud entre ellos. Estos períodos latentes se prolongan a medida que la enfermedad envejece y la tendencia a la recidiva se hace cada vez menos pronunciada.

### MANIFESTACIONES CUTANEAS

Los fenómenos cutáneos del período secundario de la sífilis muestran una enorme variación, y las manifestaciones más precoces del período secundario no son en modo alguno siempre nota-

bles y, por consiguiente, son fácilmente mal interpretadas. Las sífilides cutáneas claramente visibles, evidentes, son en minoría, y por esta razón hay que insistir en la importancia del reconocimiento del tipo más precoz de erupción secundaria. El carácter predominantemente macular de las primeras sífilides, su relativo desvanecimiento y su curso de ordinario asintomático, han motivado la creencia general de que la sífilides secundaria se encuentra en rara vez.

Las sífilides prontamente generalizadas se localizan en las caras laterales del pecho y del abdomen y en las superficies flexoras de los brazos, por lo regular en distribución simétrica. En las erupciones corrientes, la cara, la parte superior del pecho, la espalda y las superficies extensoras de las extremidades no suelen ser invadidas, pero en las erupciones extensas estas regiones también pueden afectarse.

El color de las lesiones es rojo brillante al principio de su aparición; pero pronto se vuelve rojo obscuro, con un tinte amarillo o pardo. Una característica más importante que el tinte de las sífilides cutáneas es la ausencia de fenómenos inflamatorios alrededor de cada lesión, por lo que parece que las lesiones se hayan esparcido sobre la piel normal. De ordinario no hay prurito; existe sólo en ligero grado en las formas más raras de erupciones secundarias, como en las sífilides papulosas foliculares y en las sífilides psoriasiformes. El prurito intenso que acompaña a una erupción sospechosa es contraria al diagnóstico de sífilis. Las escamas casi nunca existen, salvo en las raras sífilides psoriasiformes, en las que pueden ser abundantes, y en el tipo pápuloescamoso de erupción en el que las lesiones están rodeadas de un collar de escamas flojamente adherentes.

*Sifilides maculares.*—La forma más frecuente de las erupciones cutáneas generalizadas es la sífilide macular conocida con el nombre de roséola. Representa la forma más leve de reacción local en la piel. Una sífilide macular consta de numerosas y pequeñas máculas muy cercanas entre sí, de pocos milímetros a un centímetro de diámetro. El color de las lesiones es rosado, al principio claro, pero a los pocos días se oscurece. Las lesiones no desaparecen completamente por la presión diascópica.

La roséola debe distinguirse del sarampión y del eritema tóxico macular. La ausencia de síntomas generales notables, la discreción de las máculas, que no tienden a coalescer, la ausencia de lesiones en la cara y de manchas de Koplik, el color pálido de

la erupción y su lenta evolución, diferencian del sarampión a la roséola. El tipo evanescente del eritema tóxico macular, asociado algunas veces con amigdalitis estreptocócica o ingestión de una droga a la que el paciente es hipersensible, muestra de ordinario máculas de color más vivo que tienden a confluir y son de tamaño variable y de localización irregular.

*Sifilides máculopapulosas.*—Si el infiltrado en las lesiones es más pronunciado, éstas son ligeramente elevadas y constituyen la denominada erupción máculopapulosa. Una sifilide máculopapulosa es una manifestación cutánea más frecuente que una erupción exclusivamente papulosa. A veces la erupción puede constar principalmente de elementos maculares, pero entremezcladas con ellas puede haber lesiones papulosas.

*Sifilides papulosas.*—Un infiltrado aún más pronunciado produce las lesiones papulosas. Las sifilides papulosas son menos corrientes que las erupciones maculares y de ellas existen algunas variedades. La forma más frecuente es la sifilide lenticular. La erupción consta de pápulas planas ovales o circinadas de medio centímetro de diámetro aproximadamente, que sobresalen unos dos milímetros; su color es pardo rojizo y su superficie es lisa y algo luciente. A veces las pápulas lenticulares muestran escamas; en este caso la erupción se denomina sifilide pápuloescamosa. La formación de escamas es siempre ligera, y, como éstas están flojamente adheridas, se desprenden con facilidad del centro de las lesiones, de modo que sólo persiste un collarcito de escamas.

*Sifilides pustulosas y ulcerativas.*—Las sifilides pustulosas y ulcerativas resultan del tipo papuloso por reblandecimiento central de las lesiones. Este proceso sólo ocurre raramente, y aún entonces no comprende todas las lesiones, de manera que la erupción es por lo regular de carácter pápulo-pustuloso. Sin embargo, en ocasiones toda la erupción puede ser pustulosa y las lesiones muy numerosas, siendo así semejantes a la viruela (sifilide varioliforme). El tamaño de cada pústula varía, pero de ordinario son aproximadamente de medio centímetro de diámetro. A veces las pústulas aumentan de tamaño hasta uno o varios centímetros de diámetro, y el exudado se seca en costra, produciendo lesiones parecidas al impétigo (sifilide impetiginosa).

Las sifilides pustulosas y ulcerativas deben distinguirse de la viruela, del acné vulgar, furunculosis, tubercúlides pápulo-necróticas, ectima, impétigo contagioso y neurodermatitis exudativa.

*Manifestaciones mucosas.*—Lesiones de la misma naturaleza que las observadas sobre la piel se manifiestan simultáneamente sobre las mucosas en el período secundario, pero ellas son modificadas en su aspecto por consecuencia de su localización. Se las observa corrientemente en la boca, sobre la lengua, las amígdalas, los pilares, la faringe, la laringe, las mucosas de los órganos genitales y del ano, regiones en las que se manifiesta por brotes a veces desesperadamente recidivantes, favorecidas por las irritaciones locales (alcohol, tabaco, etc.)

Se distinguen las sífilides eritematosas y las sífilides papulosas.

*Sífilides eritematosas.*—Las sífilides eritematosas, análogas a la roséola a la que acompañan, son constituídas por un enrojecimiento difuso de la boca, en particular del velo y de los pilares; al mismo tiempo de la roséola, se distinguen algunas veces los elementos redondeados, de un rojo vivo, de centro opalino, separados los unos de los otros: esta angina sífilítica del período secundario falta raramente.

*Sífilides papulosas.*—Se llaman corrientemente a estas sífilides, placas mucosas y se distinguen muchas variedades: las sífilides pápuloerosivas planas, que se presentan bajo la forma de elementos redondeados de tres a cinco milímetros de diámetro, rojos, recubiertos de un exudado opalino como si la mucosa hubiera sido tocada con nitrato de plata; y las sífilides pápulo-hipertróficas, que localizan sobre todo en los órganos genitales, sobre los grandes y los pequeños labios, son pápulas erosivas gigantes, alcanzan a veces hasta uno o dos centímetros de diámetro; están a menudo recubiertas de un exudado importante.

Debe también señalarse la leucoplasia secundaria, constituída por placas de forma irregular, a menudo nacaradas y sembradas de nódulos miliares.

*Invasión interna precoz.*—La diseminación de la *S. pallida* por todo el cuerpo se efectúa pronto. A continuación damos un breve resumen de lo que se observa en los diversos órganos.

La invasión gastro-intestinal en la sífilis precoz es rara y poco precisa. Los síntomas son los de gastritis sin características especiales.

*Hígado.*—La hepatitis manifiesta, es un hecho raro y de ordinario tiene dos formas: benigna y grave. En el tipo benigno el paciente nota primero ictericia, y el hígado está aumentado de volumen. Los síntomas son los de la ictericia catarral aguda.

La ictericia grave con atrofia aguda amarilla y terminación fatal es sumamente rara. Los síntomas son los de la atrofia amarilla aguda no sifilítica.

El bazo está hipertrofiado en el 5 por 100 de los pacientes durante el período secundario florido.

*Sistema urinario.*—La invasión primaria de los riñones puede ocurrir en dos formas. El tipo leve consiste en albuminuria transitoria, que con el tratamiento desaparece rápidamente. El segundo tipo, nefritis sifilítica aguda, es rara y por término medio aparece aproximadamente al quinto mes de la infección, pero puede hacerlo antes. El trastorno se caracteriza por una gran cantidad de albúmina en la orina, tanta que por la ebullición la orina se solidifica. La sífilis temprana de la vejiga es en extremo rara y toma la forma de lesiones maculares o papulosas que coinciden con una erupción cutánea secundaria.

*Ojo.*—La invasión ocular puede tener la forma de iritis o de neurorretinitis.

*Oído.*—La invasión del oído se efectúa de ordinario en forma de neuritis del nervio acústico, y así representa un síntoma sifilítico del sistema nervioso.

*Sangre.*—No es rara una anemia moderada de tipo secundario, especialmente en las mujeres.

*Sistema cardiovascular.*—Puesto que la sífilis es una enfermedad vasotóxica, hay todas las razones para creer que la invasión cardiovascular debe ser sumamente frecuente durante el primer período de la enfermedad. Sin embargo, los síntomas concretos son escasos.

*Sistema óseo.*—La periostitis temprana de los huesos largos, en especial de la tibia, es frecuente.

Artralgia, hidartrosis, artritis y poliartritis no son raras en el período secundario.

Se ha descrito también una forma de sífilis precoz del sistema nervioso central.

CLASIFICACION DE LA SIFILIS

1° — Sífilis precoz	Activa	<p>Primaria { Chancro, lesiones cutáneas, lesiones mucosas, etc., con serología positiva o negativa.</p> <p>Secundaria { Cutáneas, roséola, pápula, mácula, papilomas, condilomas, etc. Mucosas. Cuero cabelludo (alopecia). Viscerales. Óseas. Genitales. Etc.</p>	
	Latente	Falta de síntomas clínicos apreciables, pero con reacciones serológicas positivas en la sangre o líquido céfalloarraquídeo.	
2° — Sífilis tardía	Activa	<p>Mucocutáneas. { Gomas cutáneas y mucosas. Destrucción del velo del paladar, etc.</p> <p>Auditivas. Oculares. Cardiovasculares. Nerviosas.</p> <p>Viscerales. { Hígado. Bazo. Riñón. Estómago. Etc.</p>	Reacciones serológicas en la sangre y en el líquido céfalloarraquídeo positivas.
	Latente	Óseas. Aparato respiratorio. Sistema endocrino. Sistema genitourinario. Etc.	
3° — Sífilis congénita	Precoz	<p>Activa { Manifiesta desde el nacimiento hasta 2 ó 3 años.</p> <p>Latente { Faltan los síntomas clínicos apreciables, pero son positivas las reacciones serológicas en la sangre y en el líquido céfalloarraquídeo después de tres meses del parto.</p>	
	Tardía	<p>Activa { Con lesiones cutáneas, mucosas, óseas, dentales, auditivas, viscerales, etc., de 4 años en adelante.</p> <p>Latente { Faltan los síntomas clínicos apreciables, pero son positivas las reacciones serológicas en la sangre y en el líquido céfalloarraquídeo durante toda la existencia del enfermo.</p>	
4° — Sífilis y embarazo			

## CAPÍTULO IV

### TRATAMIENTOS

El tratamiento de la sífilis es un asunto que debe ser considerado seriamente y que merece de parte del médico un gran cuidado y atención.

Basta recordar, en apoyo de lo dicho, que la contagiosidad en la sífilis puede ser dominada rápidamente por el tratamiento y que la responsabilidad respecto a la salud pública y al futuro del enfermo radica precisamente en el adecuado tratamiento de los casos de infecciones recientes. “La sífilis de mañana (sífilis tardía), es la resultante de la sífilis de hoy insuficientemente tratada.”

No debe olvidarse que para empezar el tratamiento de la sífilis es requisito previo un diagnóstico bien establecido, mediante los datos aportados por el examen clínico cuidadoso, y las investigaciones del laboratorio indicadas. Esto significa, pues, que:

**NO** debe instituirse el tratamiento a la ligera o por simples sospechas o apariencias.

**NO** debe aceptarse un diagnóstico vagamente formulado: “chancro”, “úlceras”, “erosiones”, “bubón”, “manifestaciones cutáneas”, “lesiones específicas”, etc. Debe procurarse siempre precisar el diagnóstico y confirmarlo por los exámenes del laboratorio.

**NO** debe tratarse una lesión con tópicos antes de que se hayan obtenido a lo menos tres exámenes negativos en campo obscuro para el diagnóstico de la sífilis primaria. El diagnóstico debe estar basado, siempre, en investigaciones del laboratorio.

**NO** debe abandonarse a un enfermo con exámenes negativos al campo obscuro, sino, por el contrario, continuar la observación clínica y serológica, cuando menos, por el espacio de cuatro meses.

**NO** debe abandonarse a un enfermo al terminar el tratamiento, sino continuar observándolo, clínica y serológicamente, por espacio de dos años, a lo menos.

Y, en fin, como corolario:

**NO** debe demorarse el tratamiento una vez que se tenga un diagnóstico de certeza.

Por otra parte, el tratamiento mismo, una vez decidido, debe ser motivo de esmerada vigilancia, así por lo que toca a su técnica y método desarrollado, como por lo que se refiere a la tolerancia que manifiesta el paciente hacia los medicamentos.

Los principios siguientes deberán ser tenidos constantemente en cuenta:

1.—El tratamiento de una sífilis activa debe ser continuo, sin períodos de descanso; las interrupciones durante ese tratamiento predisponen a las recaídas. Con respecto a este punto, hay discrepancia entre los autores, si el tratamiento debe ser continuo o intermitente, es decir, si deben o no intercalarse períodos de descanso entre cada serie; el tratamiento intermitente ha tenido sus más fervientes defensores entre los especialistas europeos, mientras que el tratamiento continuo goza de la predilección de los sífilólogos norteamericanos. Las razones de los partidarios del método intermitente son:

*a)* El organismo elimina el exceso de droga acumulada en cada serie, con beneficio para los emuntorios.

*b)* Proporciona, además, una gran tregua al enfermo, con el propósito de liberarlo transitoriamente de la fatigosa sujeción que le impone la cura.

*c)* Por último, y esto es importante, los descansos no significarán en realidad una interrupción de la cura, sobre todo en el primer año, puesto que durante los intervalos de reposo el organismo continúa bajo la acción de los metales pesados (Bi "O" Hg.), que se han ido acumulando en el período de tratamiento.

Las razones de los partidarios del método continuo son:

*a)* La continuidad de la cura no provoca reacciones desfavorables de los emuntorios, sino que más bien conduce a una adaptación de ellos a la medicación, como lo demuestran experimentalmente.

*b)* Los accidentes graves provocados por la medicación, sobre todo arsenical, se debería más bien a una reacción anafiláctica o idiosincrásica que a una tóxica, como lo probaría el hecho de aparecer en los comienzos de la cura y con las primeras dosis de medicamentos.

*c)* El período de descanso, lejos de beneficiarlo librándolo de la fatigosa sujeción, lo perjudica gravemente, ya que la experiencia demuestra que, por ignorancia o por negligencia del

paciente, por regla general, el descanso se prolonga más allá de los límites fijados por el médico, y a veces se convierte en un abandono definitivo.

2.—Debe ser tan intenso como la tolerancia del enfermo lo permita, especialmente durante las primeras semanas del tratamiento.

3.—El dominio rápido de los casos infectantes exige el empleo de arsénico trivalente.

4.—Ningún enfermo sifilítico debe ser tratado exclusivamente con arsénico. La adición de bismuto es necesaria y constituye un excelente método para intensificar el tratamiento. Debe ser recalcado que las sales mercuriales no son altamente treponemidas; y en cambio son sumamente tóxicas para el epitelio renal, por cuyo motivo están siendo reemplazadas casi universalmente por las preparaciones arsenicales y bismúticas.

5.—El tratamiento mínimo para todos los casos durante el primer año debe consistir en treinta inyecciones de arsénico trivalente y treinta de bismuto, a fin de dominar el estado infeccioso y prevenir las recaídas. Este tratamiento confiere protección clínica y serológica completa en el noventa por ciento (90%) de los casos. Debe tomarse siempre en cuenta el peso del paciente, y de acuerdo con dicho peso calcular la cantidad de droga que debe recibir, tanto en sus inyecciones individuales como en el total del tratamiento. Para calcular la dosis total y la dosis por inyección, deberá tenerse en cuenta la cantidad aproximada de grasa que tenga el paciente, ya que el peso del tejido adiposo puede considerarse como un peso muerto en relación con el arsénico. Por lo tanto, un obeso no recibirá la dosis de 0.01 gr. de neoarsfenamina o de 0.001 de mafarside, por kilo de peso y por inyección, que es la dosis óptima para un individuo de complexión media, sino una de acuerdo con el peso que debería tener en relación con su estatura, edad y sexo. Lo mismo se calculará para determinar la dosis total. La dosis total óptima por serie de 10 inyecciones de neoarsfenamina, es la de 10 centigramos por kilo de peso del paciente. La dosis total óptima de mafarside por serie de 20 inyecciones, es la de 2 centigramos por kilo de peso del paciente.

6.—La serie corta de arsenicales, sin ayuda de otro medicamento, y las dosis insuficientes, son fuentes importantes de recidivas. La contagiosidad puede reaparecer inmediatamente después o aún durante el curso mismo del tratamiento.

7.—Ni el arsénico pentavalente ni la fiebre artificial deben ser usados para el tratamiento de la sífilis reciente.

8.—El producto del embarazo de una mujer sifilítica, debe ser protegido in útero, por tratamiento de la madre antes del parto.

9.—Ningún caso latente debe ser empezado a tratar con arsénico.

10.—En ningún enfermo debe omitirse la investigación de signos de intolerancia en el curso del tratamiento, los cuales pueden ser inmediatos o mediatos. Entre los inmediatos, podemos citar la extravasación del medicamento, las náuseas y vómitos y la crisis nitritoide. Entre los mediatos citaremos la encefalopatía hemorrágica, la atrofia aguda del hígado, la atrofia del nervio óptico, las reacciones de Herxheimer, la fiebre, la mielitis transversa, la gingivitis bismútica.

11.—El paciente debe ser tratado adecuadamente durante un año. El mismo día en que se aplique la décima inyección de la serie arsenical, se aplicará la primera bismútica, y el día en que se aplique la última inyección de la serie bismútica, se pondrá la primera arsenical de la siguiente serie. Esto se hace con el objeto de poder terminar el tratamiento en un año aproximadamente. La persistencia de la positividad de la sangre, después de este tratamiento, no significa que el paciente deba someterse a más tratamiento. Debe investigarse por el lado del sistema nervioso y del óseo, en donde residen con frecuencia las causas de la positividad serológica.

### ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

A continuación se incluyen algunos esquemas de tratamiento tomados de "Programa Mínimo de Trabajo para Dispensarios Antivenéreos" (México):

a) Sífilis reciente: tratamiento mínimo óptimo.

30 As (trivalente) por 30 Bi (subsalicilato).

10 As una por semana	—	10 semanas.
8 Bi " " "	—	8 "
10 As " " "	—	10 "
10 Bi " " "	—	10 "
10 As " " "	—	10 "
12 Bi " " "	—	12 "

El tratamiento consiste en series alternas de arsénico trivalente y bismuto. La primera serie es arsenical y se compone de diez inyecciones en diez semanas. Esta serie arsenical será seguida, sin descanso, por una de bismuto que durará ocho semanas. Las dos series arsenicales siguientes consisten cada una en diez inyecciones, una por semana, de la dosis terapéutica máxima, alternando las series arsenicales con series bismúticas, la primera de diez y la segunda de doce semanas.

b) Sífilis latente tardía.

24 As (trivalente) más 30 Bi (subsalicilato).

Empezar siempre con Bi.

8 Bi	una	por	semana	—	8	semanas
8 As	"	"	"	—	8	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
8 As	"	"	"	—	8	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
8 As	"	"	"	—	8	"
12 Bi	"	"	"	—	12	"

c) Sífilis tardía benigna.

8 As	una	por	semana	—	8	semanas
8 Bi	"	"	"	—	8	"
8 As	"	"	"	—	8	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
8 As	"	"	"	—	8	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
8 As	"	"	"	—	8	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
6 As	"	"	"	—	6	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
6 As	"	"	"	—	6	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"
6 As	"	"	"	—	6	"
10 Bi	"	"	"	—	10	"

Fecha en que debe ser practicado el examen del líquido céfalo-raquídeo,

Al final del sexto mes de tratamiento de la sífilis reciente sintomática, deberá hacerse un examen del líquido céfalo-raquídeo, en el caso en que el resultado fuere negativo, se repetirá ese examen después de haber terminado el tratamiento; si el resultado de este último fuere negativo, ya no será necesario repetir este examen. Tan pronto sea diagnosticada la sífilis latente, sea reciente o sea tardía, deberá hacerse el examen del líquido céfalo-raquídeo y se seguirá la misma conducta que en el caso anterior si el resultado de los exámenes es negativo.

Para finalizar los esquemas de tratamiento, tócanos ahora pasar revista a los efectuados en los diversos centros antisifilíticos establecidos en Guatemala.

### ESQUEMA NUMERO 1

Tratamiento de 20 días, modificado, que se hace en los casos de sífilis precoz (chanero), en el Servicio de Profilaxia Sexual, a cargo del Dr. Juan Funes.

Días	MAFARSIDE	BISMUTO
1		Bi
2	M	
3	M	
4	M	Bi
5	M	
6	M	
7	M	Bi
8	M	
9	M	
10	M	Bi
11	M	
12	M	
13	M	Bi
14	M	
15	M	
16	M	Bi
17	M	
18	M	
19	M	Bi
20	M	
21	M	
22	—	Bi

Dosis: 0.001 por kl. de peso (dosis parcial).  
0.020 por kl. de peso (dosis total).

Ejemplo: Un hombre pesa 60 kilos, recibe 60 miligramos como dosis parcial; y 1,200 miligramos como dosis total,

## ESQUEMA NUMERO 2

Seguido en el Servicio Antivenéreo, consulta externa del Hospital General, a cargo del Dr. Joaquín Barnoya; (fué copiado del Servicio de Urología del Hospital General cuando estuvo a cargo del Dr. M. Santa Cruz).

DÍAS	DÍAS	DÍAS
1 HgCn 0.01 gr.	1	1
2 HgCn 0.01 gr.	2 Bi	2
3 HgCn 0.01 gr.	3	3
4	4	4 914 0.75 gr.
5	5	5
6	6 914 0.75 gr.	6
7	7	7 Bi
8 914 0.15 gr.	8	8
9	9 Bi	9
10	10	10
11 914 0.30 gr.	11	11 914 0.75 gr.
12	12	12
13	13 914 0.75 gr.	13
14	14	14 Bi
15 914 0.45 gr.	15	15
16	16 Bi	16
17	17	17
18 Bi	18	18 914 0.75 gr.
19	19	19
20	20 914 0.75 gr.	20
21	21	21 Bi
22 914 0.60 gr.	22	
23	23 Bi	
24	24	
25 Bi	25	
26	26	
27	27 914 0.75 gr.	
28	28	
29 914 0.75 gr.	29	
30	30 Bi	

FIN

Dosis: 0.15 gr. por kl. (dosis total).

0.01.50 gr. por kl. (dosis máxima).

Ejemplo: Un hombre pesa 50 kilos, recibe 0.75 gr. como dosis máxima; y 7.50 gr. como dosis total.

### ESQUEMA NUMERO 3

Tratamiento de mafarside y bismuto seguido en el Servicio de Dermatofilología, a cargo del Dr. Fernando A. Cordero. (Tratamiento de 20 días modificado).

DÍAS	MAFARSIDE	BISMUTO
1		
2	M	Bi
3	M	
4	M	Bi
5	M	
6	M	
7	M	Bi
8	M	
9	M	
10	M	Bi
11	M	
12	M	
13	M	Bi
14	M	
15	M	
16	M	Bi
17	M	
18	M	
19	M	Bi
20	M	
21	M	
22		Bi

Dosis: 0.001 gr. por kl. de peso (dosis parcial).  
0.020 gr. por kl. de peso (dosis total).

Ejemplo: Un hombre pesa 60 kilos, recibe 60 miligramos como dosis parcial;  
y 1,200 miligramos como dosis total.

### ESQUEMA NUMERO 4

Tratamiento de Eagle de 12 semanas, reducido a 10 semanas por dificultad que presentan los enfermos para permanecer hospitalizados y recibir su tratamiento completo, seguido en el Servicio de Dermatosifilología del Hospital General, a cargo del Dr. Fernando A. Cordero. Se hizo esta modificación tomando como base que la dosis mínima de 1,800 miligramos de mafarside, está por encima de la dosis terapéutica total curativa.

Días	Mafarside	Bismuto
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	
Lunes. . . . .	M	Bi
Miércoles. . . . .	M	
Viernes. . . . .	M	

Dosis: 0.001 gr. por kl. de peso (dosis parcial).  
 0.030 gr. por kl. de peso (dosis total).

Ejemplo: Un hombre pesa 60 kilos, recibe 60 miligramos como dosis parcial;  
 y 1,800 miligramos como dosis total.

### ESQUEMA NUMERO 5

Tratamiento de 8 días a base de Penicilina, Arsénico y Bismuto, de A. G. Schoch. Usado en el Servicio de Dermatología y Sifilología del Hospital San José, en los casos de sífilis y embarazo, a cargo del Dr. Fernando A. Cordero.

DÍAS	PENICILINA	MAFARSIDE	BISMUTO
1	P	M	Bi
2	P	M	
3	P	M	Bi
4	P	M	
5	P	M	Bi
6	P	M	
7	P	M	Bi
8	P	M	
9			Bi

Dosis: Penicilina, se inyecta 60,000 U. O. cada 3 horas, día y noche, hasta completar 3.600,000.

Mafarside: 0.04 grs. diarios; total, 32 centigramos.

Bismuto: cinco amp.

### ESQUEMA NUMERO 6

Tratamiento de Penicilina de Moore. Usado en el Servicio de Dermatología y Sifilología del Hospital General, a cargo del Dr. Fernando A. Cordero.

1 <sup>a</sup> 24 horas, 20,000 U. O. cada 3 horas hasta completar	160,000 U. O.
2 <sup>a</sup> 24 horas, 40,000 U. O. cada 3 horas hasta completar	320,000 U. O.
3 <sup>a</sup> 24 horas, 60,000 U. O. cada 3 horas hasta completar	3,600,000 U. O.

**TRATAMIENTO DE EAGLE**  
**ESQUEMA NUMERO 7**

SEMANAS											
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi	M-Bi
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Clave: M., Mafarside; Bi., Subsalicilato de bismuto.

Nota: Tratamiento seguido en el Dispensario de Sanidad Municipal, a cargo del Dr. José Colón.

### ESQUEMA NUMERO 8

Tratamiento de 26 semanas de mafarside y bismuto, seguido en el Dispensario de Sanidad Municipal, a cargo del Dr. José Colón.

SEMANAS	MAFARSIDE	BISMUTO
5	2 × semana 0.06 gr.	1 × semana
5	2 × semana 0.06 gr.	
6		1 × semana
5	2 × semana 0.06 gr.	
5	2 × semana 0.06 gr.	1 Bi × semana

### ESQUEMA NUMERO 9

SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
	A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	A					A	A	A	A	A	A	A	A		
							B	B	B	B	B	B								B	B	B	B	B								B	B	
					A	A	A	A	A	A																								
	B	B	B	B								B	B	B	B	B	B	B	B	B	B										B	B	B	B
	B	B	B	B	B	B										B	B	B	B	B	B	B	B	B										
	&																																	
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B																						

**NOTA:**  
 Tratamiento seguido en el Dispensario de Sanidad Municipal a cargo del Doctor José Colom.

## ESQUEMA NUMERO 10

### ESQUEMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN LA MUJER EMBARAZADA

Semana de gestación	Tratamiento principiado en el primer trimestre del embarazo	Tratamiento principiado en el segundo trimestre del embarazo	Semana de gestación	Tratamiento principiado en el primer trimestre del embarazo	Tratamiento principiado en el segundo trimestre del embarazo
1	as		21	as	as
2	as		22	as	as
3	as		23	as	as    bi
4	as		24	as	bi
5	as		25	as    bi	bi
6	as		26	bi	bi
7	as		27	bi	bi
8	as		28	bi	bi
9	as		29	bi	bi
10	as    bi		30	bi	bi
11	bi		31	bi	as
12	bi		32	as	as
13	bi		33	as	as
14	bi	as	34	as	as
15	bi	as	35	as	as
16	bi	as	36	as	as
17	bi	as	37	as	as
18	as	as	38	as	as
19	as	as	39	as	as
20	as	as	40	as	as

Nota: Esquema tomado de la tesis del Dr. Efraín Azmitia R.

Después de haber anotado los esquemas de tratamiento, vamos a considerar las condiciones en que se deben de encontrar los enfermos, los exámenes complementarios indispensables y los medicamentos usados en estos tratamientos.

Es preciso hacer un examen somático completo para estar seguro del buen funcionamiento de los órganos y aparatos; además, en los casos de tratamiento intensivo debe tratarse de un paciente joven o adulto sin taras orgánicas. Los exámenes complementarios indispensables son los siguientes: el examen de rayos "X" de corazón y pulmones, investigando lesiones óricovalvulares en el primero, y tuberculosis pulmonar en los segundos; el examen de sangre investigando anemia; examen de orina investigando albúmina, azúcar o pigmentos biliares, etc.; investigación de la permeabilidad renal para determinar el estado de eliminación de los riñones, y por último la determinación del índice icterico. No debe emprenderse el tratamiento cuando alguno de los exámenes anteriormente indicados no sea satisfactorio, y suspenderlo en caso de intolerancia cuando aquél haya sido principiado, y substituirlo por otro compatible con la tolerancia del enfermo.

Se considera necesario dejar bien sentado que no es el propósito de esta tesis, discutir la eficacia de un plan de tratamiento antisifilítico determinado; pero, si la experiencia nos demuestra que los métodos en vigencia adolecen de fallas, nuestro deber es no aferrarnos al error y sí, en cambio, corregir los defectos observados, ya que el progreso científico significa un continuo devenir en pos de un mayor perfeccionamiento. Sin tratar de unificar ni imponer una norma rígida, creo muy útil estudiar detenidamente los esquemas anteriormente anotados adaptando el tratamiento a las condiciones del paciente.

La sífilis es una enfermedad en la que se han ensayado un sinnúmero de medicamentos, teniendo su apogeo en su debida época, desde el mercurio empleado desde hace siglos por los médicos árabes en el tratamiento de las afecciones cutáneas, y como las manifestaciones cutáneas de la sífilis florecían por llegar el germen a cultivar en un terreno virgen, era natural que el primer medicamento empleado fuera el mercurio; pero como el mercurio se administraba a dosis heroicas, producía signos de intoxicación, y además, por diversos síntomas sifilíticos tardíos que aparecían a pesar del tratamiento mercurial, cayó en descrédito; el mercurio fué substituído por el iodo; hay en el iodo una dualidad terapéutica que es necesario conocer bien, y es a esta dualidad que se debe las confusiones en que han caído muchos químicos al llegar

a sus conclusiones respecto a este medicamento en las afecciones cardiovasculares. En efecto, debemos estudiar al iodo bajo dos fases:

1°—El iodo, medicamento antisifilítico.

2°—El iodo, medicamento general (acción hipotensora, hipoviscosante, antiesclerosa, sobre el tejido linfoideo y el sistema retículo-endotelial y sobre la tiroides).

Como medicamento antisifilítico el iodo es conocido y justamente ponderado de larga data. Wallace fué el primero quien señaló la acción enérgica del iodo en la sífilis. Más tarde Ricord, que lo estudió empíricamente con la talentosa clarividencia que lo ha caracterizado, señaló su extraordinaria acción en los accidentes terciarios de la sífilis y puntualizó sus indicaciones.

Fournier, en su libro *Traitement de la Syphilis*, lo reconoce como uno de los medicamentos antisifilíticos más poderosos: “Es un remedio maravilloso, que hace milagros.” Y más lejos agrega: “Su acción la debe a él solo. Da resultados extraordinarios aún cuando no ha sido precedido por el tratamiento mercurial.” Y luego: “El ioduro es el específico del período terciario.”

Esta notable acción sobre el terciarismo sifilítico ha sido, por otra parte, unánimemente reconocido por todos los clínicos, y en la casuística de Fournier, Landouzy, Bloch, Bouchard, etc., se hallan muchos testimonios de lesiones fadegénicas, gomosas, esclerosas o esclero-gomosas, simulando desde la tuberculosis (Landouzy), hasta el cáncer (Bloch), curadas exclusivamente con el uso del ioduro.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que el terciarismo afecta muy especialmente al aparato cardio-vascular, se comprenderá los excelentes resultados obtenidos en muchas manifestaciones cardíacas arteriales o arteriorrenales por medio del iodo. Pero, de ahí mismo ha partido el error de la generalización, atribuyendo al iodo virtudes que no posee en el tratamiento de la sífilis precoz adquirida.

Con los yoduros sucedió lo mismo que ocurre con los medicamentos cuando aparecen, entraron en su apogeo, luego notaron que eran insuficientes para el tratamiento y volvieron con los mercuriales sólo que emplearon dosis más moderadas en combinación con los yoduros. La combinación de mercurio y de yoduro era el tratamiento de elección hasta el descubrimiento del salvarsán, en 1909. Pablo Ehrlich se ocupó activamente en el estudio de la quimioterapia arsenical, a la 606ª preparación en la serie de Ehrlich le fué colocada la etiqueta de salvarsán, nombre que

le dió su utor porque la consideró como la salvación de la humanidad del azote de la sífilis; poco después del descubrimiento del salvarsán, el mismo Ehrlich introdujo el neosalvarsán, compuesto número 914 de la serie; al mismo tiempo se han producido otros varios compuestos de salvarsán modificados que han resistido a la prueba del tiempo, figurando entre ellos el mafarseno; como las recidivas eran todavía frecuentes, los entusiastas del salvarsán decidieron que se habían apresurado demasiado en descartar el mercurio y los yoduros. En consecuencia, el empleo de estas dos drogas en combinación con el salvarsán constituyó el tratamiento de elección hasta 1922, en que Sazerac, Levaditi e Issaieu introdujeron el bismuto en el tratamiento de la sífilis.

Con el continuo avance de la ciencia moderna, cada día se descubren medicamentos de una potencialidad mayor y así llegamos a la era de la Penicilina, que es un espiroquetocida de primer orden, pero no se cree que por sí sola pueda curar la sífilis; han de pasar muchos años antes de poder apreciar sus resultados finales.

Dedicaremos unos renglones a los medicamentos que actualmente están más en boga: neosalvarsán, mafarside, bismuto y penicilina.

*Neo-salvarsán o neo-arsfenamina.*—Es un polvo amarillo muy movible, que se altera rápidamente oxidándose en contacto con el aire, con lo que aumenta notablemente su toxicidad. En consecuencia, al prepararlo debe evitarse el airearlo, y debe ser usado rápidamente después de su preparación. Su solución en agua destilada es de reacción neutra, y puede usarse directamente sin requerirse preparación alguna. Su vía de administración es la intravenosa, resultando muy irritante para los tejidos cuando ocurre una extravasación. La inyección debe ser hecha lentamente, el enfermo en ayunas, acostado en cama, con lo cual se evita grandemente las reacciones inmediatas de tipo nitroide.

El Neo-Salvarsán es 2.5 veces menos tóxico que el Salvarsán; pero, a la inversa, tiene dos veces menos eficacia terapéutica. Su empleo más fácil y su menor toxicidad justifican que en la práctica haya casi desplazado a aquél. La dosis de comienzo es de 0.15 a 0.30 grs. para las mujeres, y de 0.30 a 0.45 grs. para los hombres; la dosis máxima individual se calcula en 0.15 grs. para cada 25 lbs. de peso del paciente y no debe sobrepasar en ningún caso 0.75 grs. para las mujeres, 0.90 grs. para los hombres. La dosis máxima total, es decir, la cantidad en gramos a que puede llegarse sumando las inyecciones de cada curso no debe sobrepasar de 1.10 grs. por cada 25 lbs. de peso del paciente. En el curso inicial del tratamiento de ataque en los casos de sífilis temprana hay tendencia a comenzar por dosis elevadas separando las tres

primeras inyecciones un día por cada 0.15 grs. inyectados de manera de alcanzar rápidamente la dosis eficaz de 0.75 grs. y 0.90 grs. Las inyecciones se administran a intervalos semanales en todas las otras circunstancias, haciendo la dilución en un volumen de 10 a 20 c. c. de agua destilada.

*Mafarside.*—Esta droga ha sido incorporada a la terapéutica de la sífilis por la Escuela Norteamericana. Es un polvo de color blanco, soluble en el agua, que, lejos de hacerse tóxico por la oxidación, como los arsenobenzoles, resulta mejor tolerado, si después de su preparación se deja reposar unos minutos hasta que se agote una ligera efervescencia que produce al disolverse. Debe ser disuelta en 10 c. c. de agua tridestilada, e inyectado rápidamente, ordenando elevar inmediatamente el miembro al paciente, en cuya forma ocurre con menor frecuencia un accidente que le es propio, consistente en un dolor que se irradia al hombro, a lo largo de la vena inyectada. La dosis individual debe ser de 0.001 gr. por kgr. de peso del paciente, siendo la más usada la de 0.06 gr. Debido a su rápida acción esterilizante de las lesiones abiertas y a su poder negativizante de las reacciones serológicas, comparable al de los arsenobenzoles, conjuntamente con su menor toxicidad, su uso se ha generalizado extraordinariamente. Presenta la gran ventaja de no ocasionar reacciones de tipo nitritoide, y produce con poca frecuencia reacciones severas.

*Bismuto.*—El bismuto constituye una excelente adición en el campo de la sifiloterapia.

Las diversas sales de bismuto se administran todas por vía intramuscular, siendo condenable su empleo por vía intravenosa; pues la toxicidad aumenta considerablemente por esta última ruta.

La acción del bismuto se considera principalmente que es treponemostática; entendiéndose por esto la capacidad del bismuto de impedir la multiplicación y diseminación de los espiroquetos, obligándolos a permanecer *in situ*, en una forma vegetativa, sin reproducirse ni diseminarse; pero careciendo del poder de producir su completa destrucción.

La dosis de diversas sales de bismuto varía de 1 a 2 miligramos de bismuto metálico por cada kilogramo de peso del individuo inyectado.

Para seleccionar el producto bismútico que debe emplearse no existe un criterio definido, debiendo el médico seleccionar entre aquellos cuyo empleo muy generalizado, ha podido probar indiscutiblemente su eficacia.

Frecuentemente, durante el tratamiento bismútico, aparece en el borde gingival un ribete de color azul pizarra, designado

con el nombre de "línea azul bismútica." Su aparición es una señal de alarma, que indica la llegada al umbral de intoxicación. Su aparición no obliga automáticamente a la interrupción del tratamiento bismútico; pero en este caso, debe siempre dividirse la dosis, espaciarse el intervalo entre las inyecciones, usar un producto menos tóxico o interrumpir definitivamente el tratamiento, en el caso de que el ribete se extienda y aparezcan síntomas de gingivitis.

El bismuto es el más poderoso auxiliar de los arsenicales en el tratamiento de la sífilis; se emplea en la hora actual en cursos alternados, o simultáneos con aquéllos, en el tratamiento de la sífilis reciente. Sin embargo, el empleo del bismuto como única medicación antisifilítica, sólo está justificado en aquellos casos en que por las lesiones existentes, o por intolerancia peligrosa, esté contraindicado el empleo de los arsenobenzoles.

*Penicilina.*—En diciembre de 1943, fué aplicada por primera vez la penicilina en el tratamiento de la Sífilis, por J. F. Mahoney, R. S. Arnold y Ad. Harris, iniciándose una nueva era en la sifiloterapia, cuyas posibilidades aún permanecen sin limitar, ante la expectación del mundo científico, que considera los resultados hasta ahora obtenidos, confía que la meta largamente buscada, de lograr un tratamiento inofensivo, breve y de eficacia aproximada a la absoluta, haya sido al fin alcanzada.

En su reporte preliminar, Mahoney y colaboradores, referían los resultados logrados en cuatro pacientes masculinos, afectados de sífilis primaria sometidos a tratamiento con inyecciones de 25,000 U. O. realizadas por vía intramuscular, cada cuatro horas, durante el día y la noche, por ocho días seguidos. En este grupo de casos los exámenes ultramicroscópicos practicados repetidamente, resultaron negativos después de la 16ª hora posterior al inicio del tratamiento; las lesiones genitales curaron rápidamente; las reacciones serológicas para investigar sífilis se tornaron definitivamente negativas en un promedio de 90 días. Conjuntamente con los efectos terapéuticos, fueron observados fenómenos reaccionales, de orden local y general, aparecidos al inicio del tratamiento, identificables con las conocidas reacciones de Herxheimer, que ocurre con las primeras inyecciones de arsenicales.

Algo más tarde, en septiembre de 1944, los mismos autores publicaron un reporte adicional, comprendiendo 100 pacientes sometidos a igual dosis total de penicilina, con un intervalo de tres horas entre las dosis, con un mínimo de 75 días de observación posterior al tratamiento, en cuyo grupo de casos los resultados obtenidos fueron concordantes y comprobatorios de los publicados en el reporte preliminar; una importante observación fué la

de que los casos comenzados a tratar en período secundario la mitad produjeron resultados desfavorables, lo que induce a pensar que, al igual que los agentes quimioterápicos, la penicilina es más eficaz en los casos primarios; y que en los casos en período secundario será necesario emplear mayor dosificación o un período más prolongado de tratamiento.

Posteriormente O'Leary Herrell, reportaron el tratamiento de una mujer afecta de sífilis terciaria nasal y neurosífilis, por administración intravenosa continua de una dosis de 3.000,000 U. O. de penicilina, con sorprendente efecto cicatrizante de la lesión. Bloomfield, Rantz y Kirby, usaron en siete casos la misma vía, con resultados excelentes.

La penicilina es el extracto parcialmente purificado, de cultivos de *Penicillium notatum*, aportados comercialmente en forma de las sales sódica, cálcica o amoniacal. Es un polvo cristalino, de tonos amarillentos; es muy soluble en el agua, usándose en soluciones de agua estéril, solución salina fisiológica, o solución de glucosa al 5%. El polvo seco debe ser guardado a temperaturas inferiores a 10 grados centígrados; las soluciones deben ser guardadas en condiciones estériles y deben ser preparadas frescas cada día.

La dosificación de la penicilina capaz de inhibir en una medida definida el crecimiento de un cultivo de estafilococos aureus.

La penicilina actúa sobre las bacterias, según Florey, por un mecanismo de acción bacteriostática, "las defensas corporales, humorales y tisulares, destruyeron las bacterias presentes en la lesión, mientras la penicilina previene su diseminación." El mecanismo de su acción sobre el espiroqueto pallidum, aún no es conocido, siendo espiroquetocida "in vitro" e "in vivo."

En la penicilinoterapia de la sífilis, la vía usada para la introducción del medicamento, es la intramuscular, pareciendo hasta ahora que es la más efectiva. Las dosis empleadas varían considerablemente en los distintos esquemas en experimentación, desde 60,000 U. O. administradas en 60 dosis de 1,000 U. O. cada una, en intervalos de tres horas, hasta 4.000,000 U. O. introducidas en 100 dosis de 40,000 U. O. cada una, con igual separación de tiempo. Las dosis inferiores a 1.200,000 U. O. son insuficientes, permitiendo la ocurrencia de recaídas en un porcentaje inaceptable, la dosis total, las dosis parciales, la relación entre magnitud de las dosis y tiempo de su administración son hasta ahora factores no definitivos expuestos a posibles variaciones, según los resultados de la extensa experimentación *son* en vías de desarrollo.

La toxicidad de la penicilina parece ser nula, y hasta ahora no se conoce que induzca sensibilizaciones alérgicas graves. En los empleados en su manufactura se han observado sensibiliza-

ciones por contacto. Produce urticaria, eritema o síndromes deshidrosiformes, consideradas como sensibilización de grupo. Reacciones cutáneas severas del tipo de dermatitis exfoliatriz, han sido achacadas a impurezas de los productos primitivamente manufacturados. En el tratamiento de la sífilis, origina reacciones de Herxheimer, que ocurren dentro de las primeras 24 horas, con elevación de la temperatura y acentuación de las lesiones presentes. En los casos de sífilis tardías, las reacciones terapéuticas de Herxheimer, pueden ser de carácter grave, especialmente en sífilis nerviosa, cardio-aórtica o en las gestantes sifilíticas, pues en estos últimos casos, sin estar probado, hay indicios de que puede inducir el aborto y en aquéllos determinar mielitis o neuritis óptica.

## CAPÍTULO V

### OBSERVACIONES PERSONALES

Estas observaciones fueron tomadas durante mi internado en el Servicio de Dermatosífilis del Hospital General a cargo del Dr. Fernando A. Cordero. Se toma un lote de quince enfermos, de los cuales unos terminan su tratamiento, se les da alta indicándoles volver al mes para nuevo control y no volvieron; otros se fugaron.

#### OBSERVACION NUMERO 1

R. C., de 17 años de edad, agricultor, originario de El Progreso, ingresa el 18 de Septiembre de 1946. Sale el 17 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Hace un mes principió con una lesión ulcerosa en la corona del pene, varios días antes, sin poder precisar cuantos, tuvo un coito con una mujer desconocida. A los veinte días de tener la ulceración se le hincha el pene como badajo de campana. Cinco días después de tener la lesión se le hipertrofian los ganglios inguinales derechos.

*Examen.*—Pene edematizado como badajo de campana, erosiones en el contorno del prepucio, éste no se puede arrollar para apreciar el glande y la corona del pene. Ganglios inguinales derechos tumefactos, pequeños, indoloros, aislados, ruedan bajo el dedo.

*Campo obscuro.*—1º examen negativo. 2º examen positivo.

*Wassermann de la sangre.*—Positivo + + + + 24 Sbre. 1946.

*Wassermann de la sangre.*—Positivo + + + 14 Octubre 1946.

*Wassermann de la sangre.*—Positivo +++ 16 Octubre 1946.  
*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida positivo +++.

### OBSERVACION NUMERO 2

L. G., de 20 años de edad, jornalero, originario de Zacapa, ingresa el 16 de Septiembre. Sale el 16 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Hace un mes le aparecen dos pequeños papilomas a nivel del surco peneano. Hace dos meses tuvo un coito sospechoso con una prostituta matriculada.

*Examen.*—Pene coronado de erosiones y de cinco papilomas del tamaño de un grano de arroz, situado en el surco peneano. Fimosis congénita que guarda la humedad a nivel de la corona y del glande.

*Campo obscuro.*—Positivo.

*Wassermann de la sangre.*—Negativo 17 de Septiembre 1946.

*Wassermann de la sangre.*—Negativo 16 de Octubre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

### OBSERVACION NUMERO 3

G. N., de 28 años de edad, agricultor, originario de Jalapa, ingresa el 13 de Agosto. Sale el 25 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Hace un mes le salió un “grano” en la barba, a los pocos días le aparecen otros en el cuero cabelludo. Niega antecedentes venéreos.

*Examen.*—Erosiones “granos” en el mentón y en el cuero cabelludo. El resto del organismo es normal.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo ++ 20 de Agosto 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 7 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 21 Octubre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 4.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida positivo +++.

#### OBSERVACION NUMERO 4

H. T., de 18 años de edad, albañil, originario de Totonicapán, ingresa el 25 de Septiembre. Sale el 17 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Hace 10 días principia con comezón en la corona del pene al lado del frenillo, se rasca y se produce una lesión, se aplica pomada azufrada y empeora. Ocho días después le aparece un incordio en la ingle izquierda. Hace un mes tuvo su último coito con una mujer desconocida.

*Examen.*—Lesión ulcerosa en la corona del pene a nivel del frenillo; ganglios inguinales izquierdos aumentados de volumen, con tumor, calor, rubor y dolor, llegando a la supuración. Ganglios inguinales derechos, pequeños, indoloros, duros, ruedan bajo el dedo. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1º examen negativo. 2º examen negativo. 3º examen negativo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + +.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—El enfermo se fuga a la novena inyección de Mafarsen el 17 de Octubre de 1946.

#### OBSERVACION NUMERO 5

M. V. P., de 40 años de edad, labriego, originario de El Quiché, ingresa el 23 de Octubre de 1946. Sale el 19 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace un mes le aparece una lesión ulcerosa en el surco balano-prepucial a nivel del frenillo. Un mes antes tuvo varios coitos sospechosos.

*Examen.*—Dos ulceraciones de base indurada en el surco balano-prepucial; una ulceración a nivel del frenillo. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1º examen negativo. 2º examen negativo. 3º examen negativo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + + 25 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + + 11 Nbre. 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + + 20 Nbre. 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida positivo + + +.

### OBSERVACION NUMERO 6

S. P., de 41 años de edad, jornalero, originario de Santa Rosa, ingresa el 14 de Octubre de 1946. Sale el 13 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace dos meses principia con cuatro lesiones ulcerosas en el pene; veinte días antes tuvo un coito sospechoso. Hace dos años tuvo ulceraciones en sus genitales.

*Examen.*—Pene ulcerado en el surco balano-prepucial, úlceras pequeñas en la mucosa del prepucio. Toda la región se mantiene húmeda. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen negativo. 3° examen negativo. 4° examen negativo. 5° examen negativo. 6° examen positivo.

*Wassermann de la sangre.*—Negativo 16 Octubre 1946.

*Wassermann de la sangre.*—Negativo 12 Noviembre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

### OBSERVACION NUMERO 7

J. L., de 19 años de edad, telegrafista, originario de Sololá, ingresa el 20 de Octubre de 1946. Sale el 12 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace un mes le aparece una ulceración en el pene, tres meses antes tuvo un coito sospechoso con una prostituta.

*Examen.*—Lesión ulcerosa en la mucosa del prepucio. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 21 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 4 Noviembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 11 Noviembre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativa.

### OBSERVACION NUMERO 8

R. M., de 18 años de edad, carpintero, originario de la capital, ingresa el 23 de Septiembre de 1946. Sale el 15 de Octubre del mismo año.

*Historia.*—Hace cuatro días le aparece una ulceración en el pene, cuatro semanas antes tuvo un coito sospechoso con una prostituta.

*Examen.*—En el pene hay una lesión ulcerosa a nivel del frenillo. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1º examen negativo. 2º examen negativo. 3º examen positivo. 4º examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 25 Septiembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 3 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 14 Octubre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

#### OBSERVACION NUMERO 9

E. H. R., de 26 años de edad, zapatero, originario de Chiquimula, ingresa el 18 de Octubre de 1946. Sale el 11 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace dos meses le aparece una lesión ulcerosa en el frenillo del pene, cuatro días antes tuvo un coito sospechoso.

*Examen.*—Lesión ulcerosa a nivel del frenillo del pene de medio centímetro de diámetro. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1º examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 18 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 4 Noviembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 11 Noviembre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

#### OBSERVACION NUMERO 10

O. P., de 37 años de edad, sastre originario de El Jícaro, ingresa el 13 de Octubre de 1946. Sale el 6 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace quince días después de un coito sospechoso le aparece una ulceración en el pene.

*Nota.*—Es sordomudo y no puede dar más datos.

*Examen.*—Lesión ulcerosa como del tamaño de medio centavo en el prepucio. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1º examen negativo. 2º examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 14 Octubre 1946.

*Wasserman en la sangre.*—Positivo +++ 5 Nbre. 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida positivo +++.

### OBSERVACION NUMERO 11

R. T. L., de 30 años de edad, albañil, originario de Baja Verapaz, ingresa el 30 de Septiembre de 1946. Sale el 20 de Octubre del mismo año.

*Historia.*—Hace ocho días le aparecen dos ulceraciones en el surco balano-prepucial a los lados del frenillo, quince días antes tuvo un coito sospechoso. Hace quince años tuvo un chancro y cinco años después le hicieron reacción de Wassermann de la sangre con resultado positivo + + + +, en esta misma fecha le inyectaron una ampolla de 914 de 0.15 gr. y otra de 0.30 gr. y varias, sin poder precisar cuantas, de cianuro de mercurio. La madre está completamente ciega desde hace seis años.

*Examen.*—Manchas despigmentadas en el dorso del pene; dos ulceraciones en el surco balano-prepucial a los lados del frenillo. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen negativo. 3° examen negativo. 4° examen negativo.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo. 1° Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + 8 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 14 Octubre 1946.

*Jacobsthal en la sangre.*—Positivo 14 Octubre 1946.

*Kahn en la sangre.*—Positivo 14 Octubre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—El enfermo se fuga el 20 de Octubre de 1946, a la sexta inyección de Mafarside.

### OBSERVACION NUMERO 12

H. C., de 18 años de edad, zapatero, originario de El Quiché, ingresa el 16 de Septiembre de 1946. Sale el 28 de Octubre del mismo año.

*Historia.*—Le aparece una ulceración “rosadura” en el surco balano-prepucial a nivel del frenillo, no puede precisar su último coito ni cuándo le principia su lesión.

*Examen.*—Lesión ulcerosa a nivel del frenillo del pene; prepucio largo, fimosis. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1° examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + + + 17 Sbre. 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 4.

*Nota.*—Se fuga el 28 de Octubre de 1946, a la séptima semana de tratamiento.

### OBSERVACION NUMERO 13

J. V., de 30 años de edad, agricultor, originario de Sanarate, ingresa el 6 de Octubre de 1946. Sale el 8 de Noviembre del mismo

*Historia.*—Hace un mes principia con un chanero en el pene, un mes antes tuvo un coito con una prostituta no matriculada.

*Examen.*—Lesión ulcerosa a nivel del frenillo del pene de un centímetro de longitud, el prepucio está invadido por la lesión. Ictericia generalizada a todo el cuerpo, bien marcada en las escleróticas, conjuntivas, mucosa oral y lengua; esteatorrea y orinas, oscuras como el vino.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen negativo. 3° examen negativo. 4° examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 8 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 22 Octubre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo + 6 Noviembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 7 Noviembre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 6.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

### OBSERVACION NUMERO 14

F. M., de 30 años de edad, agricultor, originario de Chinautla, ingresa el 17 de Septiembre de 1946. Sale el 14 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Hace un mes le aparece una “Peladura” pequeña a nivel de la corona del pene, sentía comezón viéndose obligado a rascarse; esta “peladura” le fué aumentando de tamaño hasta alcanzar el de un centavo. El prepucio se mantiene bajo, guardando humedad en toda la mucosa. Veinte días antes tuvo un coito sospechoso.

*Examen.*—Lesión ulcerosa del tamaño de un centavo a nivel del surco balano-prepucial; el prepucio fimótico mantiene humedad en toda la mucosa y el glande.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen negativo. 3° examen negativo.

*Wassermann en la sangre.*—Positivo +++ 18 Sbre. 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 4.

*Nota.*—Se fuga el 14 de Octubre de 1946, a la quinta semana de tratamiento.

## OBSERVACION NUMERO 15

A. B., de 30 años de edad, agricultor, originario de Guarda del Golfo, ingresa el 24 de Octubre de 1946. Sale el 20 de Noviembre del mismo año.

*Historia.*—Hace veintidós días le aparece una ulceración en el prepucio, quince días antes tuvo un coito con una mujer desconocida.

*Examen.*—Lesión ulcerosa del prepucio, éste está edematizado siendo dificultoso arrollarlo. El resto del organismo es normal.

*Campo obscuro.*—1° examen negativo. 2° examen negativo. 3° examen positivo.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 6 Noviembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 11 Noviembre 1946.

*Wassermann en la sangre.*—Negativo 20 Noviembre 1946.

*Tratamiento.*—El del esquema N° 3.

*Nota.*—Se le da alta indicándole volver al mes; Wassermann a su salida negativo.

## CAPÍTULO VI

### ESTADISTICA

Estadística del Servicio de Profilaxia Sexual, a cargo del Dr. Juan Funes. (Sanidad Pública).

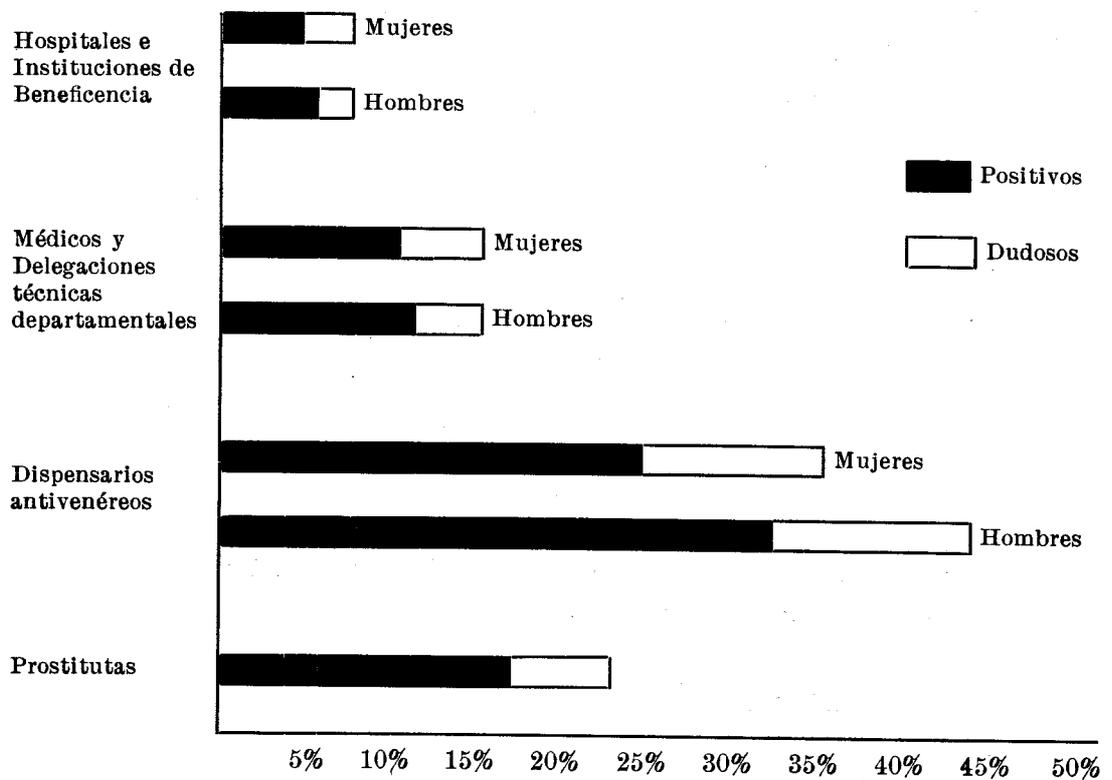
1946 meses	N° ingresan sifilíticos	Resultados después del tratamiento			
		Wassermann positivo	%	Wassermann negativo	%
Enero. . . .	80	39	48.75	41	51.25
Febrero . .	71	39	54.92	32	45.08
Marzo . . .	61	26	42.62	35	57.38
Abril. . . .	34	18	52.97	16	47.03
Mayo. . . .	81	40	49.38	41	50.62
Junio. . . .	70	33	47.14	37	52.86
Julio. . . .	87	34	39.08	53	60.92
Agosto. . .	18	11	61.11	7	38.89
Septbre. . .	5	1	20.00	4	80.00
Octubre . .	2	0	00.00	2	100
Novbre. . .	7	4	57.13	3	42.87
Diebre. . .	1	1	100	0	00.00

*Nota:* Las enfermas están comprendidas entre 17 y 30 años de edad.

Datos estadísticos tomados de la Tesis de doctoramiento del Doctor Efraín Azmitia R.

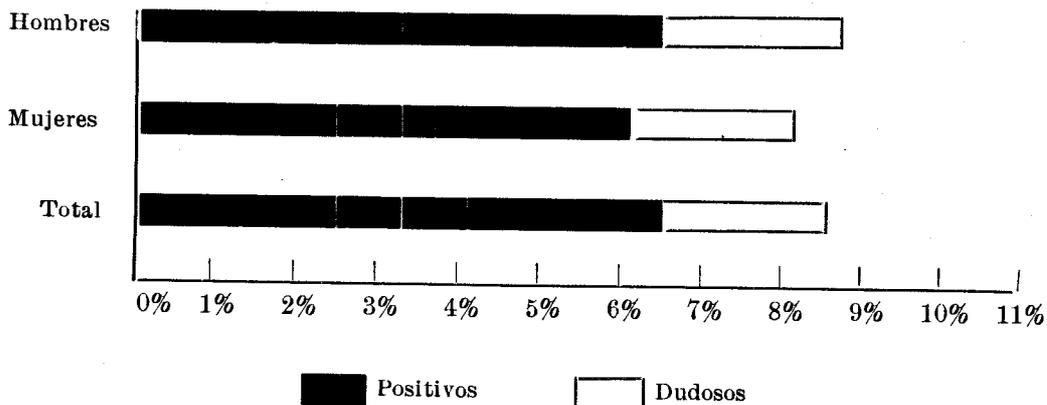
**CUADRO NUMERO 1**

**TASA POR CIENTO DE R. WASSERMANN EN MUESTRAS ENVIADAS POR DIVERSAS DEPENDENCIAS**



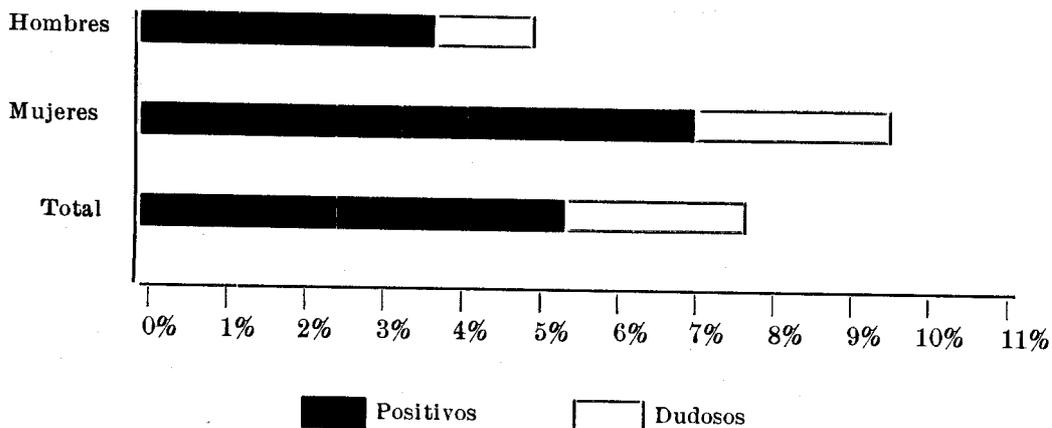
**CUADRO NUMERO 2**

**TASA POR 100 EXAMINADOS, DE LA R. WASSERMANN  
EN LA TARJETA DE SANIDAD (Certificado de Salud)**



**CUADRO NUMERO 3**

**TASA POR 100 DE LA REACCION WASSERMANN  
EN LOS CERTIFICADOS PRENUPCIALES**



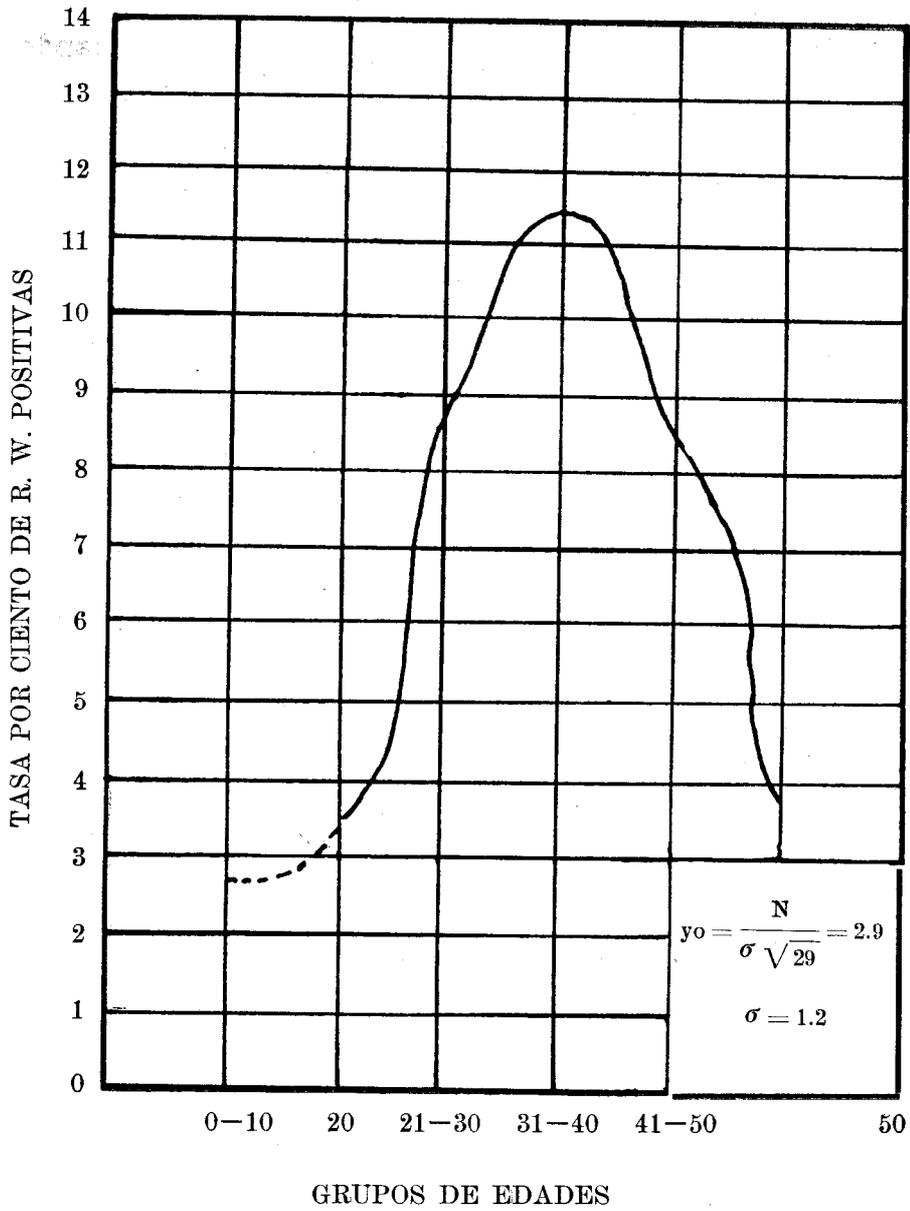
**CUADRO NUMERO 4**

Grupos de edades	Nº de positivas	Nº de negativas	Total
Menos de 20 años. . . . .	11	161	176
21 a 30 años. . . . .	18	207	225
31 a 40 años. . . . .	17	132	149
41 a 50 años. . . . .	5	51	56
Más de 50 años. . . . .	1	17	18
Totales. . . . .	52	572	624

**CUADRO NUMERO 5**

Grupos de edades	Porcentaje real de positivas	Porcentaje de positivas calculado por la curva de probabilidad
Menos de 20 años. . . . .	6.3	5.6
21 a 30 años. . . . .	8.0	8.5
31 a 40 años. . . . .	11.4	11.4
41 a 50 años. . . . .	8.4	8.5
Más de 50 años. . . . .	5.5	5.6

### CUADRO NUMERO 6



Curva de frecuencia calculada del % de R. Wassermann positivas en los diferentes grupos de edades, en mujeres no embarazadas.

**DATOS ESTADISTICOS TOMADOS DE LA TESIS  
DEL Dr. F. SCHELL**

**Enfermos tratados con hiposulfito de magnesia presentando  
Reacción de Wassermann positiva.**

**CUADRO NUMERO 1**

Caso N°	Duración del tratamiento	Grms. de hiposulfito de Mg.	Reacciones serológicas al fin del tratamiento			Con tratamiento anterior
			—1—	—2—	—3—	
498	1 mes. . . . .	9	P.	P.	P.	No
585	40 días. . . . .	6	P.	P.	P.	No
617	1 mes. . . . .	11	P.	P.	P.	No.
260	70 días. . . . .	12	P.	P.	P.	No
623	40 días. . . . .	10	P.	P.	P.	Sí
714	1 mes. . . . .	5	D.	P.	P.	Sí
43	1 mes. . . . .	5	N.	N.	P.	Sí

Explicación de los números y letras: 1, Reacción de Wassermann; 2, Reacción de Jacobsthal; 3, Reacción de Kahn; P., Positiva; N., Negativa; D., Dudosa.

**Enfermos tratados con arsenoterapia masiva  
e hiposulfito de magnesia.**

**CUADRO NUMERO 2**

Caso N°	Duración del tratamiento	Grms. en hiposulfito de magnesio aplicados	Grms. de neoars-fenamina	Edad del enfermo	Con tratamiento anterior
429	12 días	12	4'95	38 años	No
27	14 "	14	6'15	35 "	No
236	15 "	15	5'85	68 "	No
284	13 "	13	3'45	12 "	No
231	14 "	14	6'60	26 "	Sí
297	17 "	17	6'30	40 "	Sí
86	11 "	11	6'30	55 "	Sí
337	11 "	11	6'15	58 "	Sí
405	11 "	11	7'50	33 "	Sí
292	14 "	14	5'85	21 "	Sí
315	11 "	11	7'85	32 "	No
454	9 "	9	3'60	15 "	No
430	10 "	10	6'60	21 "	No
433	10 "	10	5'55	16 "	No

**CUADRO ESTADISTICO DEL SERVICIO DE DERMATOSI-FILIS DEL HOSPITAL GENERAL A CARGO DEL DOCTOR FERNANDO A. CORDERO (SECCION DE HOMBRES)**

1946 Meses	Nº ingresan sifilíticos	Abandonan el tratamiento	%
Junio. . . . .	15	3	20
Julio. . . . .	28	4	14
Agosto. . . . .	25	1	5
Septiembre. . .	11	1	9
Octubre. . . . .	12	5	41.66
Noviembre. . . .	13	2	15.38
Diciembre. . . .	23	2	8.70
Total. . . . .	127	18	14.17

Nota: La edad de los enfermos oscila entre 18 y 40 años; la estadística es desde el mes de su fundación hasta diciembre del mismo año.

**ESTADISTICA DEL DISPENSARIO MUNICIPAL Nº 3  
A CARGO DEL DOCTOR JOSE COLON**

Año 1946. (Sección de Hombres).

	Ingresan sifilíticos		Abandonan el trat.
Enero. . . . .	7		40%
Febrero. . . . .	11	” ” ”	45%
Marzo. . . . .	10	” ” ”	43%
Abril. . . . .	9	” ” ”	42%
Mayo. . . . .	11	” ” ”	45%
Junio. . . . .	5	” ” ”	30%
Julio. . . . .	9	” ” ”	39%
Agosto. . . . .	5	” ” ”	25%
Septiembre. . . .	5	” ” ”	15%
Octubre. . . . .	10	” ” ”	20%
Noviembre. . . . .	13	” ” ”	32%
Diciembre. . . . .	7	” ” ”	22%

Nota: Los enfermos están comprendidos entre 18 y 35 años de edad.

**CUADRO ESTADISTICO DEL SERVICIO ANTIVENEREO  
DEL HOSPITAL GENERAL (CONSULTA EXTERNA)  
A CARGO DEL DOCTOR JOAQUIN BARNOYA**

1946 meses:	Nº ingresan sifilíticos	Abandonan el tratamiento	%
Enero. . . . .	27	26	63.99
Febrero. . . . .	20	18	90.00
Marzo. . . . .	12	10	83.33
Abril. . . . .	16	11	68.75
Mayo. . . . .	17	15	88.35
Junio . . . . .	13	8	61.54
Julio. . . . .	32	22	68.75
Agosto. . . . .	22	16	72.16
Septiembre. . . . .	17	15	88.24
Octubre. . . . .	18	11	61.11
Noviembre. . . . .	17	6	35.29
Diciembre. . . . .	10	3	30.00
Total. . . . .	221	161	72.85

Nota: Los enfermos están comprendidos entre 18 y 40 años de edad.

## CONCLUSIONES

1°—La Sífilis siendo una enfermedad de tan vastas proyecciones para la vitalidad, bienestar y progreso físico de la raza, en Guatemala debe merecer todo el empeño de las autoridades del Ministerio de Sanidad Pública y Asistencia Social en su profilaxia y tratamiento.

2°—Esta Campaña Nacional contra las enfermedades venéreas y especialmente contra la Sífilis debe ser orientada de la siguiente manera:

- a) Campaña de divulgación para que el pueblo conozca el grave peligro de adquirir la Sífilis, despojándola de su máscara de enfermedad secreta y vergonzante.
- b) Multiplicar en todo el territorio nacional el número de clínicas y consultorios gratuitos para su diagnóstico y tratamiento.
- c) Dar facilidades a médicos y particulares, consultorios, clínicas, hospitales, etc., para su investigación por medio de las reacciones serológicas, etc.

3°—La base de una campaña contra el contagio sifilítico es:

- a) Diagnóstico Precoz de la Sífilis.
- b) Unificación y clasificación de los diferentes métodos o procedimientos en el tratamiento de la Sífilis Precoz, porque es la forma eminentemente infecciosa.
- c) No principiar un tratamiento ni catalogar a los enfermos de sifilíticos sin un detenido examen clínico corroborado por las comprobaciones de laboratorio y no por simples sospechas.
- d) Tener presente siempre. “La Sífilis de mañana (Sífilis tardía) es la resultante de la Sífilis de hoy insuficientemente tratada.”
- e) El tratamiento debe ser lo más rápidamente posible, usando los medicamentos más eficaces combinados convenientemente.
- f) Debe establecerse una legislación especial para el contagio venéreo; porque en la lucha contra la Sífilis nunca debe faltar la fuerza jurídica que obligue a los enfermos renuentes a tratarse, cuando éstos constituyen una fuente de contagio.

- 4°—Los datos estadísticos demuestran la gran proporción de enfermos que abandonar el tratamiento, consecuencia de la falta de organización de la lucha antisifilítica.
- 5°—Los tratamientos que se aconsejan para la Sífilis Precoz, atendiendo a las características de brevedad, facilidades para aplicarlo, etc., etc., son las siguientes:

A) El esquema de tratamiento de Moore-modificado, actualmente puesto en uso en los servicios de Dermatosífilis del Hospital General a cargo del Dr. Fernando A. Cordero, y por el Dr. Juan M. Funes, Jefe del Departamento de Profilaxia Sexual de la Dirección General de Sanidad Pública. Consiste en:

- a) Tiempo de tratamiento 22 días.
- b) Arsénico usado, mafarside a la dosis de 0.001 gr. por kilogramo de peso (dosis parcial); 0.20 gr. por kilogramo de peso (dosis total).
- c) Bismuto (subsalicilato) una ampolla por semana a la dosis total de 0.60 gr. (Bismuto metálico).

B) El esquema del tratamiento preconizado por Eagle o con la modificación del Dr. F. Cordero quien suprime dos semanas (6 inyecciones de mafarside y dos de bismuto).

El esquema original de tratamiento de Eagle, consiste:

- a) 12 semanas de tiempo de tratamiento.
- b) 3 inyecciones por semana de arsénico (Mafarside) con la dosificación arriba mencionada.
- c) 1 ampolla por semana de bismuto (sub-salicilato) a la dosis total de 0.90 gr. (bismuto metálico).

C) El tratamiento combinado de penicilina, mafarside y bismuto, de 9 días, según el esquema que se menciona en la tesis.

RENÉ CHICAS CARRILLO.

Vº Bº,

DR. JULIO ROBERTO HERRERA.

*Imprímase,*  
C. M. GUZMÁN,  
*Decano.*

## BIBLIOGRAFIA

- Joseph Earle Moore.*—The Modern Treatment of Syphilis.  
*American Medical Association.*—Historia de la Sífilis y tratamiento de las enfermedades venéreas.  
*Stokes, Beerman, Ingraham.*—Modern Clinical Syphilology.  
*Dr. V. Pardo Castelló.*—Dermatología y Sifilografía.  
*Becker y Obermayer.*—Dermatología y Sifilología Modernas.  
Revista Argentina de Dermatosifilología.  
*Dr. Enrique Villela.*—Programa Mínimo de Trabajo para Dispensarios Antivenéreos.  
*Dres. J. y F. Klemperer.*—Tratado Completo de Clínica Moderna.  
Revista Médica Latino-Americana, Argentina.  
*F. Besançon y colaboradores.*—Patología Médica.  
*F. Billon.*—Biología Médica.  
*E. Azmitia.*—Tesis de Doctorado.  
*F. Shell.*—Tesis de Doctorado.

## PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i> . . . . .	Tibia.
<i>Anatomía Topográfica</i> . . . . .	Región intercostal.
<i>Bacteriología</i> . . . . .	Spirochaeta pallida.
<i>Botánica Médica</i> . . . . .	Digitalis purpurea.
<i>Clínica Quirúrgica</i> . . . . .	Raquianestesia.
<i>Clínica Médica</i> . . . . .	Exploración del hígado.
<i>Física Médica</i> . . . . .	Termómetro clínico.
<i>Higiene</i> . . . . .	Profilaxia de la Sífilis.
<i>Histología</i> . . . . .	Piel.
<i>Patología Quirúrgica</i> . . . . .	Chanero sífilítico.
<i>Patología Médica</i> . . . . .	Fiebre tifoidea.
<i>Patología Tropical</i> . . . . .	Tifo.
<i>Pediatría</i> . . . . .	Eritema nudoso.
<i>Psiquiatría</i> . . . . .	Parálisis general.
<i>Técnica Operatoria</i> . . . . .	Apendicectomía.
<i>Química Biológica</i> . . . . .	Investigación de albúmina en la orina.
<i>Química Inorgánica</i> . . . . .	Bismuto.
<i>Química Orgánica</i> . . . . .	Neo-arsfenamina.
<i>Terapéutica</i> . . . . .	Penicilina.