



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

evaluación de la Arsenoterapia Intensiva en Sífilis
eiciente, según el Método de Pillsbury modificado.

abajo efectuado sobre 501 observaciones de enfermas tratadas
el HOSPITAL DE PROFILAXIA SEXUAL de esta Capital.

TESIS

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

FEDERICO SCHMID F.

interno por oposición de los Servicios: de Cirugía de Niñas; Ex-auxiliar del
ultorio externo de Urología y Enfermedades Venéreas del Hospital General.
interno de los servicios de Emergencia, y Ginecología del Hospital General.
interno del Primer Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital San José.
practicante del Laboratorio Clínico del Hospital General.—Y actualmente Jefe
de los Dispensarios Antivenéreos de Sanidad Pública, adscritos al Hospital
de Profilaxia Sexual.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

JUNIO DE 1948

JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DECANO.	Dr. don Carlos Mauricio Guzmán.
VOCAL 1º.	” ” Miguel F. Molina.
VOCAL 2º.	” ” Arturo Zeceña M.
VOCAL 3º.	” ” Marco Antonio Cabrera.
VOCAL 4º.	Br. ” Julio Aceituno.
VOCAL 5º.	” ” Miguel Rivera.
SECRETARIO.	Dr. ” Francisco J. Aguilar.

TRIBUNALES QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
GENERALES PRIVADOS:

Examen General de Clínica Médica:

Dr. don Manuel Beltranena.
Dr. don Jorge Fernández Mendía.
Dr. don Arturo Carrillo.

Examen General de Clínica Quirúrgica:

Dr. don Alejandro Palomo.
Dr. don Luis F. Galich.
Dr. don Miguel Angel Aguilera.

Examen General de Clínica Obstétrica:

Dr. don Arturo Zeceña M.
Dr. don R. Osberto Rosales M.
Dr. don Mario Ortiz P.

DEDICO ESTE ACTO:

A mis padres:

Federica Schmid
Enriqueta Fonseca de Schmid.

A mis hermanos:

Otto y Violeta.

A mi esposa:

Francis González de Schmid.

A mis hijos:

Florence, Hedy, Alexandra, Erwin.

A mis amigos:

Doctor in fieri don José Luis Muñoz
” don Ramiro Leal A.
” ” Eduardo Leal
” ” Rafael Leal.

A mi primo:

Br. don Luis Alfonso Tejeda F.

(In memoriam.)

EVALUACIÓN DE LA ARSENOTERAPIA INTENSIVA EN SÍFILIS RECIENTE SEGÚN EL MÉTODO DE PILLSBURY MODIFICADO

CAPITULO PRIMERO

Consideraciones Generales.

Desde tiempos ya remotos, es decir, desde la era mercurial del tratamiento de la sífilis, se ha tratado de vencer los progresos de esta dolencia, con métodos de administración masiva de los medicamentos, llegándose en la época a que hemos hecho referencia, hasta esperar la aparición de las manifestaciones de intoxicación hidrúrgica, como un hecho deseado, ya que así—como lo indicaba la sialorrea,—se “expulsaban los malos humores del organismo.”

Cuando se llegó al descubrimiento del agente productor de la enfermedad por Schaudinn y Hoffmann, en 1905, surgieron esperanzas y los investigadores se dedicaron a la búsqueda de un agente medicamentoso, destacándose entre ellos Erlich quien, en su idea de llegar a realizar la Terapia Sferilizans Magna, dedicó años de su labor trabajando con productos arsenicales, que culminaron en el descubrimiento del 606 o Salvarsán. Con esto, se creyó llegar al desiderátum buscado y ansiado por tantos investigadores.

Desgraciadamente las cualidades tóxicas del producto y las dificultades de su aplicación, fueron un mentís a las ideas tan optimistamente preconcebidas, aunque innegablemente este primer paso en la quimioterapia, fue de importancia trascendental.

Pero las investigaciones continuaron persiguiendo la finalidad que les impuso desde un principio el deseo de llegar a la erradicación rápida y segura, para el enfermo, del azote que constituye la sífilis; así, se llegó a preparar el Neosalvarsán o 914 o también llamado Neoarsfenamina de cualidades menos tóxicas y aplicación menos delicada.

A favor de la técnica ideada por Ravaut, con ocasión de la primera guerra mundial el Salvarsán gozó de su edad de oro, hasta los años de 1932-34 en que Tatum y Cooper y los trabajos de otros muchos investigadores indicaron los resultados favorables obtenidos con el arsenóxido u oxfenarsina y preparaciones usadas al principio en los métodos convencionales de larga duración y actualmente, en los sistemas de tratamientos cortos e intensivos.

Los primeros ensayos para lograr la curación temprana, tanto clínica como serológica administrando dosis fuertes y repetidas del antiguo Salvarsán, en un corto período de tiempo, se llevaron a cabo en 1910 por Pollitzer que las complementaba con inyecciones de sales mercuriales insolubles.

Al igual que, el doctor Udo J. Wild consideramos de interés histórico, citar uno o dos párrafos de las observaciones hechas por este autor. "El Salvarsán debe de suministrarse en dosis suficientes, repetidas a intervalos tales que sea posible, mantener una saturación de la sangre, en forma continua. La eliminación del Salvarsán se hace muy rápidamente, casi puede decirse que algunas horas después se encuentra en la orina cuando es administrado por vía endovenosa, y que al cabo de 24 horas posiblemente se han excretado las nueve décimas partes. La acción completa del Salvarsán se ejerce durante muy poco tiempo, y cualquier germen que no haya sucumbido, dentro del organismo, en un lapso muy corto, sobrevivirá a la escasa proporción de Salvarsán que se ha retenido." "Sim" acuerpa la idea de que debe mantenerse una concentración más o menos constante en el cuerpo por tiempos más largos y con inyecciones más repetidas, que en lugar de ser medidas por días o semanas, lo sean por horas. No existe dificultad en administrar inyecciones diarias por varios días y con esto puede llegarse en gran número de casos, a obtener curaciones clínicas, y aún más hemos comprobado seronegatividad en muchos enfermos, aunque no sea este el fin que se persigue.

Al lograr de esta manera, mantener cierta concentración de (As.) en el organismo humano con inyecciones repetidas, se logró un avance más efectivo para la erradicación de la enfermedad en sus estados tempranos. No está demás hacer mención, que estos métodos no son del dominio de la clínica privada o consulta externa, pues en tales condiciones, un paciente sujeto a tratamiento intensivo, puede derivar múltiples accidentes que harían lamentarse al médico tratante.

En el año 1910 Erlich descubrió el arsenóxido, pero él y sus colaboradores opinaron que mientras el arsenóxido se mostraba altamente espiroquetida, era muy tóxico para el uso clínico; aun más este punto de vista fue reforzado. Voetglin quien encontró que la toxicidad aumentada

de las Arsfenaminas por la acción del tiempo, era debida al Arsenóxido. El interés sobre esta preparación, despertó con los Trabajos de Tatum, de Cooper y haciendo uso de esquemas de dosificación reducida se introdujo la droga en la práctica clínica; la resurrección del Arsenóxido y su aplicación a la terapia general de la sífilis probablemente constituye la contribución más importante a la Arsenoterapia de ella, desde la introducción de la Neoarsfenamina.

De la experiencia con este producto, resulta que su acción es óptimamente espirilicida; la curación rápida de las lesiones es efectiva, hay reducción serológica a la negatividad y sus efectos sobre la prevención de la neurosífilis han probado ser excelentes.

Su efectividad se extiende desde los períodos tempranos de la enfermedad hasta las formas tardías viscerales y nerviosas. Su acción sobre la sífilis innata parece ser similar a la de otros arsenicales, solamente existe alguna vacilación en afirmar su acción beneficiosa en las embarazadas sífilíticas.

Otro de los factores en favor del Arsenóxido consiste en la ausencia casi completa de las crisis nitritoides tan frecuentes y molestas cuando se usa otra clase de arsenicales, sin embargo, se ha notado mayor incidencia de Dermatitis exfoliativa y demás reacciones acostumbradas con el uso de los arsenicales. Los accidentes fatales han sido extremadamente pocos, uno de los grandes tributos a la baja toxicidad del Arsenóxido fue la experiencia del grupo formado. Hyman, Chargin, Leifer, quienes trabajando con arsenoterapia masiva con una dosis tan alta como 1,200 miligramos no llegó alcanzar la toxicidad que manifiesta la Neoarsfenamina usada a la dosis de 4,000 miligramos.

En conclusión se desprende que las bondades del Arsenóxido (mafar-seno) son múltiples sobre los otros arsenicales y resumiendo se tiene:

- 1.—Prácticamente no produce crisis nitritoides.
- 2.—Buenos efectos terapéuticos con pequeñas dosis.
- 3.—La Oxidación (aireación) no aumenta su toxicidad.
- 4.—Puede ser inyectado rápidamente.
- 5.—Tiene la más baja toxicidad cutánea y la más baja incidencia de reacciones generales comparado con cualquier otro Arsenical trivalente.
- 6.—Adaptable a esquemas de tratamiento rápido.
- 7.—Puede ser usado con ciertas precauciones en pacientes que no toleran las Arsfenaminas.
- 8.—Que al inyectarse no produce cambios en el gusto como en las Arsfenaminas.

Las desventajas.

- 1.—Puede producir irritaciones Renales o gastro-intestinales.
- 2.—Su acción parece ser inferior a las arsfenaminas en la Sífilis del embarazo, no protegiendo debidamente al feto.
- 3.—Dolor a nivel del hombro en el lado que se inyecta.

CAPITULO SEGUNDO

Selección de los casos a tratar y precauciones previas.

- 1.—A usar en pacientes por debajo de los 30 años que padezcan de Sífilis primaria o secundaria y que, a juicio del médico, reúnan condiciones óptimas tanto en lo que se refiere al estado general como a los resultados obtenidos previamente mediante las diversas y necesarias pruebas de laboratorio.
- 2.—Puede aplicarse en especial a individuos que se encuentren libres de afecciones parenquimatosas o condiciones patológicas como sigue: Hepatismo, Miocarditis, Hipertensión arterial, Lesiones renales, Discrasias sanguíneas, Toxicomanías y Tuberculosis pulmonar activa. De la misma manera debemos abstenernos de los métodos de terapia intensiva a base de arsenicales en aquellas personas cuya anamnesis revele reacciones de intolerancia para el medicamento.
- 3.—Por medio de la observación ulterior a la aplicación de tratamientos intensivos con arsenóxido durante el embarazo se ha comprobado que éste no ofrece garantía suficiente al feto, por lo cual nos parece que su uso en estas condiciones no es aconsejable, a menos que se recurra a una técnica asociada con Penicilina.
- 4.—La medicación simultánea con sulfamidados por necesidad de tratar alguna enfermedad intercurrente no es aconsejable, pero tal proceder se ha llevado a cabo en el Hospital de Profilaxia Sexual sin que tal asociación haya derivado complicación alguna.

Exámenes previos de Laboratorio.

Estas pruebas son indispensables ya que no basta con el reconocimiento minucioso de las condiciones físicas y el aspecto general de los pacientes, para justificar la aplicación de un tratamiento más o menos

peligroso a los casos de sífilis reciente, cuya evolución ulterior podría efectuarse sin amenazar seriamente el porvenir de las personas así afectadas.

Estas pruebas comprenden:

- 1.—Examen al fondo obscuro. Si hay lesión.
- 2.—Exámenes serológicos. Una reacción de Floculación y una de fijación del complemento, en especial cuando se trata de Sífilis latente temprana y Secundarismo Florido, al juicio del médico cuando se trate de manifestación primaria.
- 3.—Examen cualitativo de orina.
- 4.—Prueba de permeabilidad renal o en su defecto la prueba de dilución y concentración de Volhard.
- 5.—Índice icterico y de ser posible pruebas de funcionamiento hepático (Bilirrubina, Ac. Hipúrico, etc.). Glucosuria provocada.
- 6.—Numeración de glóbulos rojos.
- 7.—Numeración de blancos.
- 8.—Hemograma de Schilling.
- 9.—Dosificación de Hemoglobina.

TECNICA

Técnica del Tratamiento.

De acuerdo con las indicaciones hechas por los autores COURVILLE, MYERS, CREDÉ, Y PILLSBURY, la técnica a seguir es la siguiente:

Primero.—Período de tratamiento: No menos de veinte días.

Segundo.—Procedimientos: inyecciones múltiples.

Tercero.—Dosis total de arsenóxico: 20 miligramos por kilo de peso corporal. En los individuos que no manifestaron reacciones de importancia con el tratamiento, esta cantidad se aplicó en 20 dosis repartidas en un período de 20 días, es decir, una dosis diaria de 1 miligramo por kilo de peso corporal.

Cuarto.—Bismuto: se aplicó terapia bismútica coincidente en número de 8 inyecciones de 2 c. c. cada una de una suspensión de salicilato de bismuto al 10% distribuidas en el período de 20 días. Durante los

meses iniciales de este tratamiento un número considerable de pacientes recibió además 10 inyecciones una cada semana, de Bismuto a continuación de la arsenoterapia, pero más tarde se descartó este tratamiento adicional.

Quinto.—Precauciones seguidas durante la terapia: El éxito de este tipo de arsenoterapia intensiva, en lo que concierne a la mortalidad atribuible al tratamiento se debe a dos precauciones empleadas, a saber: que esta técnica se aplicó solamente en hospitales adecuados y en segundo término, que los médicos a cargo de los pacientes recibieron entrenamiento previo.

Los procedimientos de laboratorio aconsejados durante el curso de la terapia han sido constantemente recortados con base en una experiencia mayor. Un hecho es sobresaliente: que con el esquema de tratamiento de 20 días, nunca se presentan reacciones serias en ausencia de fiebre y los estudios especiales de laboratorio se practicaron en especial a aquellos pacientes que mostraban un alza de la temperatura a partir del quinto día de tratamiento en adelante.

Procedimientos seguidos en el Hospital de Profilaxia Sexual.

Por contar con algunas facilidades que hacen mención el trabajo anterior vale decir un centro de hospitalización adecuado, y personal con suficiente experiencia adaptamos para el tratamiento de la sífilis con lesiones abiertas y en algunos casos de sífilis latente temprana, dicho esquema en la forma siguiente:

El tratamiento se inicia con una inyección intramuscular de subsalicilato de bismuto (0.13 por c. c.) de 2 c. c. que se repetirá periódicamente hasta hacer un total de ocho inyecciones según se indica adelante. Se prosigue con inyección endovenosa diaria de Mafarside (con ácido ascórbico) o en su defecto Arseclor, Arcetil o Clorarsén, a razón de un miligramo por kilo de peso. La primera inyección debe de reducirse a la mitad de la dosis calculada para juzgar la tolerancia del paciente hasta hacer un total de 20 inyecciones arsenicales combinadas con bismuto según aparece en el siguiente diagrama:

As.	As.	As.	As.	As.	As.....	Debe practicarse un examen de L. C. R.
Bi.		Bi.			Bi.	a partir de la tercera inyección arsenical.

TECNICA

Medicación Coadyuvante.

Con el propósito de aumentar las posibilidades de tolerancia del paciente, hemos instituido un tratamiento simultáneo con extracto hepático crudo y Tiamina (vitamina "B1") por vía hipodérmica, y se suministran ácido-aminados por vía oral diariamente, en forma de "Biotol" (tres cucharadas al día) así como también preconizamos por aparte inyectar por vía muscular ácido ascórbico hasta 20,000 unidades diarias. Preventivamente como medida digna de tomarse en cuenta, se usará por vía perlingual 20 gotas de la solución de adrenalina al milésimo inmediatamente antes de cada inyección arsenical.

Control de Laboratorio.

Los exámenes de laboratorio; examen cualitativo de orina, índice icterico, numeración de glóbulos blancos, rojos y hemograma, deben repetirse semanalmente y cualquier modificación de ellos, en especial del hemograma impone circunspección, dada la posibilidad de una agranulocitosis en cuanto a lo que se refiere a los glóbulos blancos y una anemia aplástica en cuanto a los glóbulos rojos.

Interrogatorio del paciente.

Debe insistirse en requerir del enfermo que haga mención de cualquier molestia consecutiva a la medicación, así no hay que pasar inadvertidas las posibles quejas subjetivas del individuo, especialmente la cefalea violenta predecesora en muchos casos de la: Encefalopatía hemorrágica, el Prurito consecutivo a las inyecciones; precursor de la dermatitis exfoliativa, Alteraciones febriles y manifestaciones de intolerancia gastro intestinal, Dolor en las extremidades, si ha presentado erupciones fugaces.

Son de esperar las reacciones de Hersheimer a veces espectaculares durante el secundarismo que no obligan a la suspensión del tratamiento.

Vigilancia del enfermo.

Examen frecuente de las conjuntivas, de los labios y boca para sorprender oportunamente cualquier manifestación o signo de intoxicación, es decir, las estomatitis arsenicales y bismúticas, las conjuntivitis de Milián. Inspección frecuente del istmo de las fauces con el objeto de

advertir las manifestaciones iniciales de una agranulocitosis y hacer investigación frecuente sobre los miembros inferiores para cerciorarse de la no existencia de edemas maleolares, así con la inspección minuciosa de los tegumentos.

CAPITULO TERCERO

Complicaciones.

Existen algunos hechos fundamentales en relación con las reacciones que el enfermo puede presentar en el curso del tratamiento. Probablemente cierto grado de reacción es inevitable en el tratamiento efectivo de la sífilis, ya que es inherente a la composición y metabolismo de las drogas. Por supuesto, la frecuencia de estas reacciones depende en gran parte de la correcta manipulación y la aplicación técnica de los medicamentos.

Hay que tener inmente que el uso asociado de los metales pesados aumenta la reactividad para los arsenicales y que el enfermo que ha presentado alguna complicación queda predispuesto a presentar otras.

La edad tanto del paciente como la de la infección influye en la incidencia de las reacciones. Así las dermatitis, la ictericia, y las crisis nitritoides tienden a ser menos frecuentes en los pacientes viejos.

Las complicaciones se pueden dividir en :

Mayores o severas y menores, de la manera siguiente.

Como reacciones mayores se clasifican :

ANEMIA APLASTICA,
ATROFIA AMARILLA AGUDA DEL HIGADO,
DERMATITIS EXFOLIATIVA,
ICTERICIA,
PURPURA HEMORRAGICA,
LEUCEMIA HEMORRAGICA,
ENCEFALOPATIA,
LAS REACCIONES GASTRO INTESTINALES SERIAS,
DAÑOS OCULARES,
LESIONES RENALES Y LA MUERTE.

Como reacciones menores se entienden:

LAS ERUPCIONES LEVES DE LA PIEL,
EL PRURITO,
EL EFECTO DE HERSHEIMER,
LAS REACCIONES NITRITOIDES,
LA ESTOMATITIS ARSENICAL.

La encefalopatía hemorrágica ataca a los adultos, jóvenes y según Cole Harrison Phelps Washburn causa el 50% de las muertes debidas al tratamiento.

El Mafarside provoca una incidencia de reacciones excepcionalmente bajas especialmente de las crisis nitritoides. Sin embargo, es capaz de producir reacciones severas en los sistemas intensivos como encefalopatías y discrasias sanguíneas.

Utilización del Bal en el tratamiento de las complicaciones. (Suspensión de la Arsenoterapia).

Las complicaciones reaccionan favorablemente a la terapia con bal (British Anti Lewisita) ó 2, 3 dimercaptopropanol que obra como específico en el tratamiento de las intoxicaciones arsenicales.

La razón farmacológica del uso del bal, se base en la teoría de que los arsenicales son tóxicos porque bloquean el funcionamiento de los grupos en cadena, esencialmente fisiológicos dentro de la célula, combinándose con ellos.

El grupo sulfhidrido (SH) es el más vulnerable. El Bal químicamente es un ditiol, compite victoriosamente con el eslabón sulfhidrido y forma un compuesto estable con el arsénico que es rápidamente excretado por la orina.

La preparación para uso hipodérmico se hace en aceite de cacahuete con 10% de Bal y 20% de benzoato de bencilo, en casos de intoxicación severa tales como la encefalopatía hemorrágica, Eagle recomienda aplicar 300 miligramos por kilogramo de peso corporal por vía intramuscular cada cuatro horas, administrando seis inyecciones el primer día, cuatro el segundo; y dos diarias enseguida durante 10 días o hasta la recuperación completa. Un punto práctico a recordar es que cada ampolla de dimercaptopropanol contiene 450 miligramos de la droga activa y que 300 miligramos son considerados como el límite a administrar en un solo

tiempo. Los resultados obtenidos en el tratamiento de la encefalopatía hemorrágica o tóxica indica que si el Bal es administrado inmediatamente después del principio de los síntomas su frecuencia puede ser reducida a menos del 15%.

Su efecto ha sido demostrativo igualmente en otra de las complicaciones más serias de la arsenoterapia como lo es la dermatitis exfoliativa, pero desgraciadamente su acción es ineficaz en los casos de anemia aplásica y las ictericias.

CASOS DE AGRANULOCITOSIS POR LA ARSENOTERAPIA INTENSIVA

Una de las complicaciones más serias que pueden presentarse en el curso o después del tratamiento arsenical, particularmente si se emplean los métodos rápidos, es la agranulocitosis. El cuadro clínico es de todos conocido y sólo quiero recordar que se caracteriza por: Fiebre elevada con estado general grave; Angina y estomatitis; Leucopenia con neutropenia, que puede llegar a ser marcada.

La seriedad de esta complicación es notoria y en algunas estadísticas aparece con una fuerte mortalidad. Como tratamiento se recomienda la transfusión sanguínea, la inyección de núcleo pentósidos o de cualquier otro leucógeno, terapéutica de sostén etc., pero los resultados han dejado mucho que desear. La causa de la muerte en esta enfermedad no es tanto la falta de estímulo de la médula ósea, con la consiguiente leucopenia y neutropenia, sino que más bien es la infección secundaria a esta falta de defensas del organismo.

Tomando en cuenta este hecho, tuvimos la idea de tratar a nuestros pacientes que desarrollaron este cuadro con Penicilina, tratando de evitar la infección secundaria al mismo tiempo que estimulábamos la producción de neutrófilos mediante el uso de leucógenos.

Cuando ya habíamos logrado un éxito notable con este tratamiento que nunca antes habíamos conocido, apareció publicado en el J. A. M. M., Nº 9 del vol. 130 un artículo del Mayor Boland, Capitán Headley y Coronel Hench sobre el mismo tema y en el cual reportan 11 casos de Agranulocitosis por diversas causas tratadas exitosamente con la Penicilina. Además refieren que las sulfas también han sido usadas para contrarrestar la infección en estos casos, a pesar de que las mismas sulfas son capaces de producir agranulocitosis. Recomiendan los autores que se trate a los pacientes con solo penicilina, ya que ella representa un substituto tempo-

ral de la actividad fagocitaria de los granulocitos, hasta que la granulopoyesis reaparece, lo que sucede tarde o temprano y espontáneamente.

Los primeros en usar las sulfas en casos de agranulocitosis fueron: Demeshek y Volfson, en 1942 cuando trataron un caso de agranulocitosis que resultó por tratamiento con aminopirina, con dosis fuertes de sulfatiazol. Después se han reportado otros casos tratados con sulfatiazol, sulfapiridina y sulfadiazina y en cuenta dos casos en que la agranulocitosis había sido originada por la misma sulfa. La penicilina tiene la ventaja de ser una droga que no interfiere con la actividad leucocitaria y por lo tanto puede ser usada sin peligro. La primera aplicación de la Penicilina en la agranulocitosis de que se tiene noticia es la de Abrham, Chain y sus asociados, quienes la dieron oralmente a un niño en quien se había desarrollado agranulocitosis por la sulfadiazina que se le administraba por una pielonefritis. La Penicilina en este caso fue dada para combatir la infección urinaria y no por la granulocitopenia. La infección fue dominada y se produjo la regeneración de los leucocitos. Demeshek sugirió entonces que la acción de la Penicilina en la agranulocitosis sería superior a la de las sulfas lo que ha sido ampliamente confirmado.

Historia del caso

A. R. N° de Registro 90, de 22 años de edad ingresa al Hospital de Profilaxia Sexual el día 1° de Febrero de 1946. Se instituye el tratamiento de Pillsbury modificado. Al examen clínico se le encuentra padeciendo de sífilis florida secundaria, con lesiones papulosas y erosivas en la vulva, el periné y la región perianal, campo obscuro, positivo para *Treponema pallidum*. Además presenta vulvo-vaginitis intensa. Reacción de Wassermann y Khan positivos.

Previamente se ha comprobado que la orina es normal; Índice icterico 3 Unidades; Hemograma: glóbulos rojos 5.11 millones; glóbulos blancos 13.15 mil; Cayados 8; Segmentados 52; Eosinófilos 6; monocitos 6; Linfocitos 20.

Durante el curso del tratamiento únicamente acusó cefalea en los primeros días. El Hemograma se modificó de la manera siguiente:

Segundo Hemograma (Séptimo día de tratamiento).

Glóbulos rojos.	4.95
Glóbulos blancos.	12.95
Cayados.	4
Segmentados.	66

Eosinófilos.	5
Monocitos.	4
Linfocitos.	21

Tercer Hemograma (14 días de tratamiento).

Glóbulos rojos.	4.65
Glóbulos blancos.	10.2
Cayados.	7
Segmentados.	58
Eosinófilos.	7
Monocitos.	2
Linfocitos.	26

Cuarto Hemograma (Al concluir el tratamiento).

Glóbulos rojos.	5.76
Glóbulos blancos.	5.75
Cayados.	1
Segmentados.	25
Eosinófilos.	12
Monocitos.	10
Linfocitos.	42

Indice Ictérico = 4 Unidades.

Examen de líquido céfalo-raquídeo.—Pandy, negativo. Wassermann negativo. Normomastic, 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1.

Estado General.—Bueno. A los tres días de haber cumplido el tratamiento y no habiéndose presentado nada anormal, la enferma es dada de alta, recomendándole que se presente al hospital mensualmente para el control serológico reglamentario. Si consideramos los hemogramas anteriores notamos:

- 1º—Los glóbulos rojos descienden moderadamente durante el tratamiento para sobrepasar la cifra inicial al final;
- 2º—Hay un descenso constante de los glóbulos blancos, de 13,150 al principio, baja la cifra a 5,750 en el último examen; y
- 3º—También hay un descenso constante en la cifra de los cayados y segmentados, es decir de los neutrófilos, con aumento de los eosinófilos, monocitos y linfocitos.

Pero este tipo de reacción del hemograma lo hemos comprobado muchas veces sin que por eso se hayan presentado cuadros clínicos de alguna importancia. Sin embargo, en el caso presente era ya una señal de alarma. Desde entonces, tenemos la precaución de que cuando se presente un hemograma sospechoso, observamos a la paciente con redoblado interés.

El día primero de Marzo reingresó nuestra paciente, por Ambulancia de la Cruz Roja, presentando el siguiente cuadro: Estado de semi-inconciencia, fascies estuporosa. Responde difícilmente a las preguntas que se le dirigen. Hay edema de la cara; las encías son esponjosas y muestra placas de necrosis, así como las hay en las fauces y otras partes de la cavidad oral.

La Tensión arterial es de 120-90. El examen clínico no da otros datos de importancia.

El examen de orina muestra albúmina positiva; abundantes cilindros hialinos y granulados; hemoglobina, glóbulos rojos y blancos. El Hemograma revela 4,400 leucocitos de los que uno es eosinófilo, 3 juveniles, y 5 cayados, un segmentado, 38 monocitos, y 52 linfocitos.

La temperatura oral es de 40 grados. Tomando en cuenta la fiebre, las placas de necrosis en la boca y el hemograma que demuestra leucopenia moderada, pero neutropenia exagerada, hacemos el diagnóstico de agranulocitosis consecutiva al tratamiento arsenical e instituímos el tratamiento siguiente: Dieta: leche y líquidos; Vitace 10,000 u. cada 24 h. y como leucógeno 10 c. c. de leche por vía hipodérmica.

El día 4 de Marzo, el edema ha disminuído; continúa el esfacelo de la mucosa bucal; aparece diarrea profusa y persiste muy marcada la obnubilación. El examen de orina y el hemograma es sensiblemente igual, como puede verse en detalle en el cuadro adjunto; la terapéutica es la misma pero se agregan 25,000 U. Oxford de Penicilina cada cuatro horas.

El día 5 de Marzo hay una ligera mejoría en el estado general; se queja de tos y a la auscultación se comprueban estertores crepitantes en la base del pulmón derecho, así como una zona empastada en el cuello. La Penicilina se continúa inyectando y se substituye la inyección de leche por la de Pentanucleotide, que se nos remitió urgentemente. En los días siguientes se acentúa la mejoría, continuando la inyección de Penici-

lina a la misma dosis y la de 40 c. c. de Pentanucleotide. El 16 de Marzo la tos se ha hecho más intensa y presenta esputos sanguinolentos, negativos para bacilo Tuberculoso; el estado general sin embargo ha mejorado notablemente. El 13 de Marzo se disminuyó la dosis de Pentanucleotide a solo 20 c. c. El 20 de Marzo se le permitió levantarse en una silla y desde entonces el estado general fue satisfactorio. La mucosa bucal era normal; el apetito excelente y se le dió como curada el día 26 de Marzo.

Comentarios.—Hemos tratado con Penicilina en combinación con leucógeno un caso de agranulocitosis que se presentó en una paciente a los 10 días de terminado el tratamiento arsenical según el método de Pillsbury modificado, por sífilis secundaria florida. El cuadro se desarrolló inicialmente, al final del tratamiento, como lo demuestran los hemogramas del primer período, pero se acentuó cuando la enferma había abandonado el Hospital, obligándola a regresar en estado de gravedad. La evolución del caso fue rápida y favorable, lo cual lo atribuimos al pentanucleotide por una parte y a la Penicilina, que con la idea de evitar una infección secundaria dispusimos inyectar a la dosis de 25 mil unidades cada cuatro horas. Observando la historia de la evolución de la enfermedad, comprobamos:

- 1.—Un ataque agregado al riñón; y
- 2.—Un episodio pulmonar con congestión de la base derecha y esputo sanguinolento.

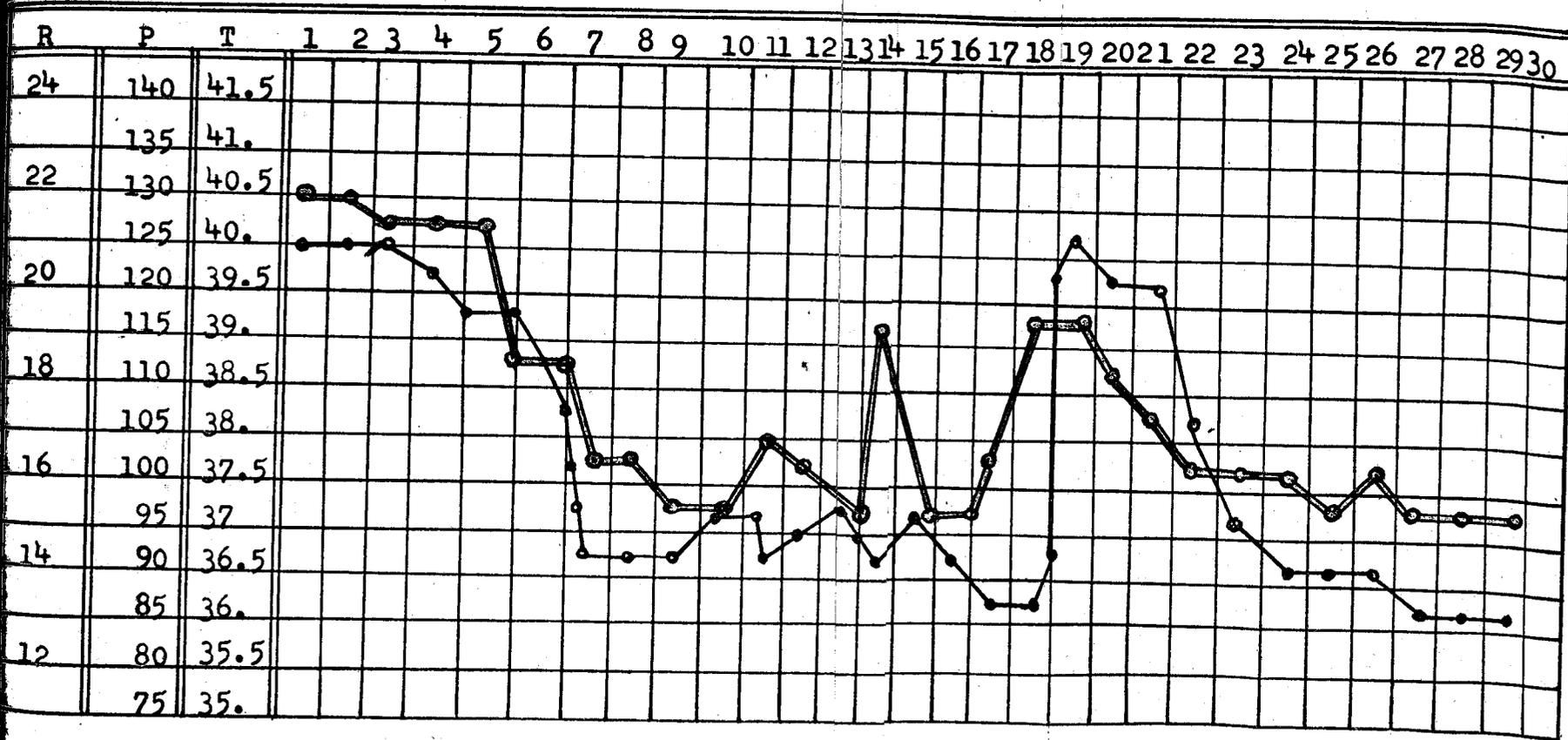
La curva de la Temperatura queda copiada en el cuadro siguiente. Según el artículo sobre el mismo tema, que apareció en J. A. M. A. por esos días, la penicilina por sí sola basta para sacar adelante estos casos, por el mecanismo ya comentado. Queda la posibilidad de poner a prueba esa sugestión en casos futuros, aunque afortunadamente no esperamos muchos, ya que sólo dos se nos han presentado en nuestras series (Sólo dos en quinientos un casos que presento en este trabajo).

Esta observación fue publicada por el doctor Galich en el Boletín número 2 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, Noviembre de 1946.

SANIDAD PUBLICA
HOSPITAL DE VENEREAS

REG. N° 90.—NOMBRE: A. R.
DIAGNOSTICO: AGRANULOCITOSIS

MARZO DE 1946



TEMP.

PULSO

Segunda Observación de agranulocitosis.

C. L., Registro número 109, de 16 años de edad, 50 kilos de peso originaria y residente en la Capital, ingresa el 25 de Febrero de 1946, inicia tratamiento el 1º de Marzo del mismo año.

Al examen clínico se encuentra padeciendo de Sífilis secundaria florida observándose en los grandes labios vulvares sífilides condilomatosos. Campo obscuro positivo para treponema pallidum, el resto de aparatos se encuentran normales. Entre otros exámenes se encuentra en que el Índice Ictérico es de 4 unidades. Orina normal, y el hemograma inicial así como la numeración nos dan los siguientes datos.

Glóbulos rojos.	3.930 millones
Glóbulos blancos.	12.300
Cayados.	5
Juveniles.	1
Segmentados.	46
Eosinófilos.	17
Monocitos.	4
Linfocitos.	27

Segundo Hemograma (a los 8 días de tratamiento).

Glóbulos rojos.	4.020 millones
Glóbulos blancos.	5.000
Cayados.	19
Segmentados.	26
Eosinófilos.	26
Monocitos.	4
Linfocitos.	25

Tercer Hemograma (a los 15 días de tratamiento).

Glóbulos rojos.	4 millones
Glóbulos blancos.	7.750
Cayados.	14
Segmentados.	39
Eosinófilos.	19
Monocitos.	6
Linfocitos.	27

Cuarto Hemograma (a los 17 días de tratamiento).

Glóbulos rojos.	4.200 millones
Glóbulos blancos.	4.500
Cayados.	1
Segmentados.	1
Eosinófilos.	5
Monocitos.	49
Linfocitos.	44

El 17avo día de tratamiento arsenical se suspende, para iniciar una terapia igual al caso anterior, todas las manifestaciones clínicas y los hallazgos sobre las excretas no diferieron del caso ya mencionado, únicamente copiaré unos de los hemogramas que se hicieron durante el tratamiento de tal complicación hasta obtener su curación.

El día 21 del mismo mes se presentó así:

Eosinófilos.	5
Cayados.	1
Segmentados.	4
Monocitos.	53
Linfocitos.	37

El día 23 de Marzo.

Eosinófilos.	7
Cayados.	3
Segmentados.	2
Monocitos.	51
Linfocitos.	37

El día 25 de Marzo.

Eosinófilos.	7
Cayados.	9
Segmentados.	39
Monocitos.	16
Linfocitos.	29

En esta misma fecha se le concedió levantarse y ocho días después le dió alta indicándole venir cada mes para sus controles serológicos.

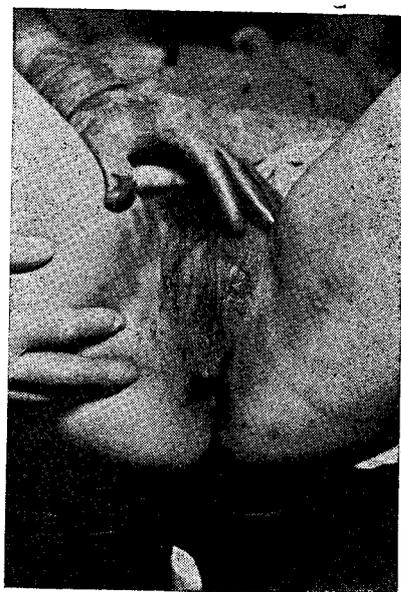
Las observaciones que a continuación me permito referir no las hago más que con el objeto de exponer la bondad del tratamiento arsenical intensivo, pues en ellas se notarán los éxitos que se han alcanzado al hacer uso de esta droga. Así estas fotografías son el exponente verídico en lo que se refiere a la desaparición de las manifestaciones clínicas de las lesiones de secundarismo florido. Los cuadros sinópticos sintetizados que también se describen a continuación nos proporcionan la serología antes y después del tratamiento, habiendo hecho lo posible por llegar a obtener los controles, cosa ardua y difícil en nuestro medio.

Observación Número 458.

G. S., 17 años, originaria de Palencia departamento de Guatemala, ingresa el 2 de Febrero de 1948 de la prisión de Mujeres. Al examen clínico se encuentra padeciendo de Sífilis secundaria florida, sífilides papulosos y erosivos en los grandes labios vulvares, y surcos genito crurales. Con un peso de 49 kilos, presión sanguínea de 125-75 los exámenes de laboratorio se muestran de la siguiente manera: orina normal, Índice Ictérico



(Antes del Tratamiento).



(Después del Tratamiento).

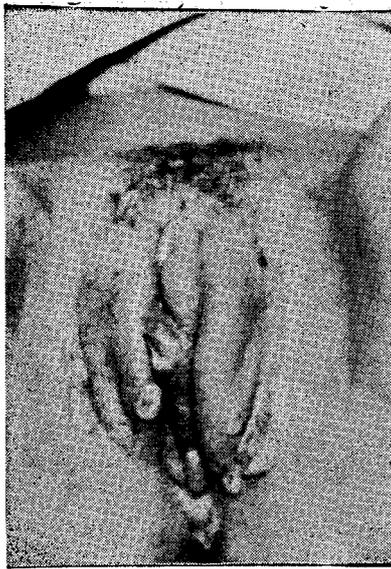
ótese los sífilides localizados en la vulva y pliegues genito crurales y aún parecen extenderse ya en el muslo.

Las lesiones han desaparecido, pero queda el mismo sitio pigmentado.

una unidad, Mazzini y V. D. R. L., positivos; campo obscuro, positivo para *treponema pallidum*, inicia tratamiento el 3 de Febrero y termina el 24 de Febrero. Se hace punción lumbar dando resultado negativo, se da alta el 5 de Marzo indicándole vuelva dentro de un mes para su primer control.

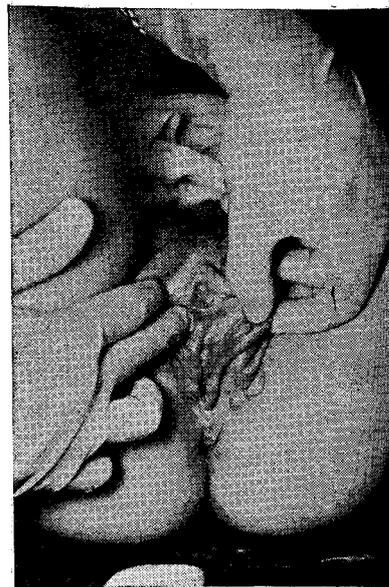
Observación Número 464.

A. C., 19 años, originaria de Santa Lucía Cotz, Escuintla, ingresa el 6 de Febrero de 1948 con procedencia del mismo lugar. Al examen Ginecológico se encuentra sífilides condilomatosos vulvares y de la horquilla, acompañados de fuerte edema de los grandes labios. Peso 50 kilos, presión sanguínea 120-75. Los exámenes de laboratorio nos dan los siguientes datos: Orina, normal; Índice Ictérico, 2 unidades; campo obscuro, positivo para *treponema pallidum*; numeración y fórmula leucocitaria, normales. Inicia tratamiento el 12 de Febrero y termina el 5 de Marzo. Se hace punción lumbar dando resultado negativo, se da alta el 10 de Marzo recomendándole vuelva dentro de un mes para su control serológico.



(Antes del Tratamiento).

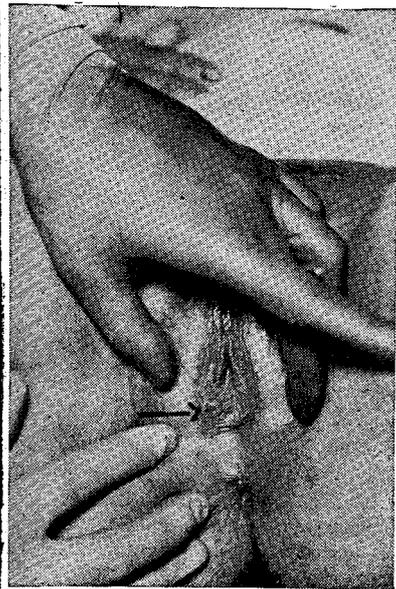
Muestra el aspecto edematoso y condilomas en los grandes labios, así como en la horquilla.



(Después del Tratamiento).

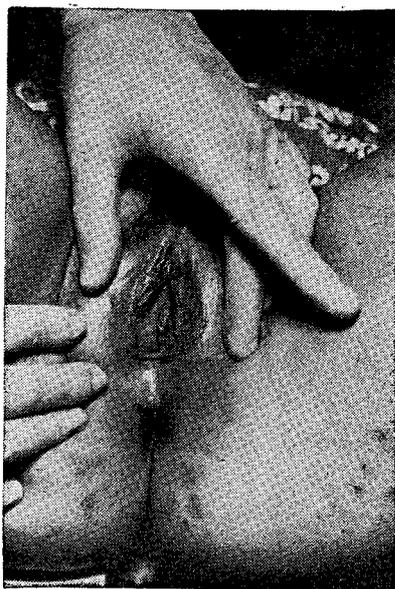
Observación Número 465.

O. S., 18 años, originaria de Chiquimula, residente en Puerto Barrios procede del mismo lugar, fecha de ingreso el 6 de Febrero de 1948. Al examen ginecológico se encuentra una ex-ulceración situada en la horquilla vulvar. Peso 62 kilos, presión sanguínea 125-75, I. Ictérico, 2 unidades; campo obscuro, positivo para treponema pallidum. Serología antes del tratamiento: Mazzini y V. D. R. L., negativo. Diagnóstico, Chanero (Lúes primaria). Numeración y fórmula leucocitaria, normales. Inicia tratamiento el 12 de Febrero y termina el 5 de Marzo. Se le indica volver dentro de un mes para su control serológico.



(Antes del Tratamiento).

Chanero de la horquilla.



(Después del Tratamiento).

Desaparición total.

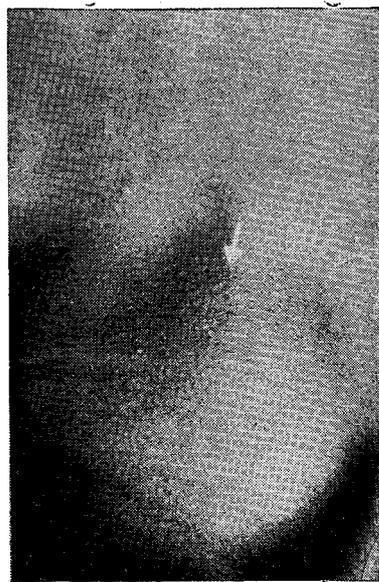
Observación Número 155.

O. S. A., 16 años de edad, originaria de Guatemala y residente en la misma. Ingresa el 29 de Mayo de 1946. Al examen se encuentra afectada de Sífilis secundaria florida, sífilides costrosos, circinados y papulosos del cuero cabelludo, cuello y vulvares. Peso, 60 kilos; presión sanguínea 135-75. Exámenes de laboratorio se presentaron así: I. Icté-

rico, 3 unidades; campo obscuro, positivo para treponema pallidum; serología, antes del tratamiento, 29 de Mayo de 1946, positivo; serología después del tratamiento, 27 de Junio de 1946, un negativo y dos positivos, 40 unidades; Kahn el 15 de Abril de 1948, cero unidades de V. D. R. L.; numeración y fórmula leucocitaria normales, orina normal. Diagnóstico, Lúes Sec. Florida. Inicia tratamiento el 5 de Junio de 1946 y termina el 26 del mismo mes. Se le indica volver para su control serológico.



Sífilide circinado del cuello, antes del Tratamiento.



Después del Tratamiento se observa cicatriz.

En estos cuadros están comprendidas las descripciones que se hacen más adelante en 501 casos de arsenoterapia intensiva; llevados a cabo desde el 21 de Agosto de 1945 hasta el 16 de Abril de 1948.

Lesiones primarias tratadas.	7.38%
Lesiones Secundarismo florido.	84.01%
Lúes Lat. Temprana.	8.58%

En cuanto se refiere al porcentaje de recurrencias comprobadas así como también a la asistencia de controles serológicos efectuados después del tratamiento se notará cifras bajas, ya que en el primer caso como el segundo es bastante difícil que vengan por su propia cuenta, y no es sino hasta cuando son requeridas por la autoridad en el ejercicio de la prostitución clandestina la mayoría que aprovechamos hacer sus controles serológicos.

El porcentaje de recurrencias infecciosas nos indican alrededor de un 15 a 20% con esta clase de tratamiento, nosotros apuntamos cifras más bajas por razones ya indicadas.

Recurrencias infecciosas.	0.79 %
Porcentaje en que se redujeron a la negatividad.	8.18 „
Porcentaje en que se redujeron a una reacción positiva o una dudosa.	7.18 „
Porcentaje en que asistieron solamente a un control.	40.72 „
Porcentaje en que asistieron a dos o más controles	11.37 „
Porcentaje en el cual no asistieron a ninguno.	47.91 „

El número de suspensiones de tratamientos por intolerancia en 501 casos ascendió a 75, los que nos dan un promedio más o menos de 14.97 %, lo que es bastante halagador si tomamos en cuenta el estado de desnutrición en que se presentan estas enfermas para su curación, circunstancia que nos desfavorece.

ENSAYO DE EVALUACION BASADA EN NUESTRA CORTA EXPERIENCIA

La evaluación de este sistema de tratamiento podrá ser apreciado actualmente sólo en lo que respecta a los efectos terapéuticos. Los resultados del procedimiento de tratamiento rápido sobre las posibles secuelas tardías de la sífilis, así como sus efectos tóxicos que los pacientes pueden haber sufrido, únicamente se podrán determinar después de que hayan transcurrido muchos años, parece evidente, sin embargo, a través de la cuidadosa observación y control de los casos, que las infecciones han sido abortadas, y de acuerdo con los estudios serológicos, reducidos a la negatividad en gran número de los casos.

Las frecuentes reinfecciones ocurridas en las pacientes tratadas por los métodos intensivos, además no sólo nos indican que sus infecciones habían sido abortadas definitivamente sino que nos imponen una reconsideración de criterio existente para las reinfecciones. Se puede decir, sin temor a equivocarnos en términos generales que todos los métodos intensivos empleados, han dado resultados terapéuticos satisfactorios determinados por la rapidez de disolución de las lesiones, así como la reversión a la negatividad de los pacientes que fueron serológicamente positivos, al mantenimiento de la negatividad en aquéllos que nunca fueron positivos y en general baja proporción de recurrencias.

Al tratar de considerar el éxito presuntivo o la ineffectividad del tratamiento parece conveniente tomar como fracasos aquellos casos que no lograron ser reducidos a la negatividad, aquéllos que llegaron a la seronegatividad que presentaron relapsos serológicos; por último los casos de relapso clínico indiscutibles. Con este criterio se consiguieron resultados comparables con todos los métodos de tratamiento usados antes del advenimiento de la Penicilina, la mayor parte de los relapsos se presentaron con los métodos que emplean dosis bajas de arsenóxido. Aunque los resultados obtenidos con los distintos métodos empleados demuestran diferencias menores, existe la tendencia a creer que cerca del 80% de los pacientes sujetos a tratamientos rápidos responden favorablemente y pueden ser considerados como éxitos y el 20% remanente corresponde a los fracasos con base en el criterio ya mencionado.

La indebida publicidad dada en revistas y artículos no científicos relacionados con los métodos de tratamiento rápido ha tenido efectos

lamentables sobre la opinión pública, ya que aparte de haberles dado una seguridad falsa sobre el tratamiento de la enfermedad ha hecho olvidar a muchas personas hasta las precauciones más elementales en imbuirles la noción errónea de que las técnicas modernas son capaces de yugular la sífilis en cualquiera de sus etapas, esas publicaciones pecan por no señalar los peligros inherentes muchas veces letales que pueden ser consecuencia propia exclusivamente de la medicación.

Las desventajas a que se puede hacer merecedor el método de tratamiento rápido reside en primer término en la aparente pérdida de tiempo como resultado de la hospitalización obligatoria, y como corolario los pacientes se ven afectados económicamente.

No cabe duda que aun incluyendo los pacientes que no llegaron a la sero-negatividad pero que permanecieron clínicamente indemnes se ha logrado la finalidad sanitaria de agotar numerosos focos infectantes. En este grupo de pacientes hubo varios que conservaron sero-positividad de título persistentemente bajo y algunos de ellos eventualmente podrán llegar a negativizar. Las conclusiones estadísticas favorables en lo que respecta a la arsenoterapia masiva pueden ser adulteradas por aquellos casos en que habiéndose vencido la infección primitiva hubo nueva exposición al contagio, es decir, reinfección y los pacientes se presentan con nueva seropositividad.

El Dr. Wile es de opinión que los resultados no superan en su efectividad a los obtenidos con los tratamientos convencionales de dos años y más tiempo, cuando se logró completarlos.

Debe reconocerse, sin embargo, que la clase de individuos reclusos en los Centros de tratamientos rápidos, está representado por un grupo diferente de la población, tanto del punto de vista social como económico y difiere mucho del grupo susceptible de ser atendido por períodos más largos en clientela privada. La mayoría de nuestros pacientes sujetos a tratamientos rápidos la constituye un grupo que en circunstancias ordinarias o no llegaría a tratarse del todo o acudiría a un Dispensario hasta que la curación aparente de las lesiones les haga creerse que el tratamiento haya sido suficiente. Haciendo una estimación aproximada de lo que sucede en la práctica diaria en los dispensarios, no es exagerado decir que apenas un 20% recibe medicación suficiente para prevenirles relapsos infecciosos.

Es conveniente señalar y discutir en forma breve las ventajas que presentan los sistemas de tratamiento rápido como programa de control en las enfermedades venéreas y hacer mención de sus desventajas.

Como primer punto hay que hacer resaltar, como ya se ha indicado anteriormente, que estos métodos capacitan a los médicos para llegar a la

no infecciosidad de los casos en tiempo relativamente corto, lo que significa un avance en la protección del conglomerado social y una economía en todo sentido. Con la institución de los tratamientos rápidos se ha aliviado la tarea de lograr retener a individuos en potencia infectante.

Otro factor de importancia es innegable: la hospitalización de los enfermos durante su fase de infecciosidad y que por consiguiente, privados de la circulación, no contribuyen a diseminar la enfermedad. El tercer punto aunque de importancia indeterminable desde el punto de vista físico y económico del paciente, es la probabilidad de que muchos de ellos hayan sido protegidos de las secuelas tardías de infecciones no tratadas o inadecuadamente manejadas.

Solamente el tiempo podrá indicarnos de la magnitud de esta posibilidad, pero los porcentajes sobre el control y la curación clínica de la enfermedad, justifican el ser optimista sobre el porvenir de los pacientes tratados en forma intensiva.

DR. JUAN M. FUNES,

Jefe de la Sección de Venéreas.

Es Auténtica,

DR. L. GALICH,

*Director General
de Sanidad Pública.*

CONCLUSIONES

- 1.—Considerado el tema, objeto de este trabajo, desde un aspecto sanitario creemos que es un procedimiento recomendable para el tratamiento de la Sífilis reciente.
- 2.—Como ya se ha indicado en el curso de mi disertación, estos tratamientos son exclusivamente hospitalarios.
- 3.—Los medicamentos de elección lo constituyen los preparados a base de arsenóxido.
- 4.—La edad, las condiciones físicas del paciente, la historia de tratamientos anteriores, su tolerancia y la ocurrencia o interurrencia de otras enfermedades, merecen especial atención.
- 5.—Merced a las precauciones previas a la institución de la terapia, así como la vigilancia cuidadosa del enfermo durante ella, la incidencia de las complicaciones fue relativamente baja.
- 6.—El manejo de las complicaciones serias con el uso del Dimercaptopropanol en forma oportuna, nos ha dado excelentes resultados.
- 7.—Reconocemos que la arsenoterapia masiva se encuentra en fase de experimentación y que se necesitan muchos años para su debida valoración.
- 8.—Este trabajo es resultado de dos años y medio de dedicada observación y esa razón me ha hecho creer de utilidad el hacer conocer los frutos de mi experiencia.
- 9.—Con el advenimiento de los antibióticos el campo de aplicación de estos sistemas, se ha visto reducido y creemos que en un futuro no lejano los métodos a base de Penicilina serán capaces de desplazarle del todo y que también se encuentran actualmente en su fase experimental.

FEDERICO SCHMID F.

Imprímase:

DR. C. M. GUZMÁN,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Stokes-Beerman-Ingraham.*—Modern Clinical Syphilology. Memorias del Primer Congreso de Venereología de Centro América y Panamá.
- Dr. Donato Ramírez.*—Tratamiento de la Sífilis como Problema en Cirugía. Archivos Mexicanos de Venereología y Dermatología. II época. Noviembre y Diciembre de 1947. Tomo VI, número 6.
- S. William Becker y Maximillian E. Obermeyer.*—Dermatología y Sifilología Modernas. Profesores asociados de Dermatología y Sifilología de la Fundación Kuppenheimer, Universidad de Chicago.
- Edited by Marion B. Sulzberger, and Rudolf L. Baer.*—The 1947 Year Book of Dermatology and Syphilology.
- Veneral Disease Control. Supplement N° 20 to The Journal of Venereal Disease Information.*

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Vulva.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Región Perineal.
<i>Anatomía Patológica</i>	Adenocarcinoma del Cuello Uterino.
<i>Patología General</i>	Litiasis.
<i>Bacteriología</i>	Espiroquetas.
<i>Biología</i>	Vitamina "B."
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Exploración del Endometrio.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración Funcional del Hígado.
<i>Física Médica</i>	Ultramicroscopio.
<i>Fisiología</i>	Prolanes.
<i>Higiene</i>	Profilaxia contra la Sífilis.
<i>Histología</i>	Del Ganglio Linfático.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i>	Intoxicación Arsenical.
<i>Obstetricia</i>	Aborto Sifilítico.
<i>Patología Médica</i>	Sífilis en el Recién Nacido.
<i>Parasitología</i>	Tricomoniasis Vaginal.
<i>Patología Quirúrgica</i>	Bartolinitis.
<i>Patología Tropical</i>	Pian.
<i>Pediatria</i>	Carbo-hidratos.
<i>Técnica Operatoria</i>	Colpo-Perineorrafia.
<i>Química Biológica</i>	Indice Ictérico.
<i>Química Inorgánica</i>	Arsenicales Trivalentes.
<i>Química Orgánica</i>	Adrenalina.
<i>Terapéutica Clínica</i>	Penicilina.

CUADRO NUMER

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLE-RANCIA	Continuó trat. de
										Suspendido	
272	Z. M. C.	22	52	26 Feb. 47	19 Mar. 47	Sifilides	2 +	Vulvares	Lúes Sec. Fl.	—	—
273	E. R.	17	58	"	"	"	Negativo	"	"	—	—
274	M. M.	23	61	"	3 Mar. 47	"	1 +	"	"	Sí	Penicilin
275	E. A. C.	20	58	"	19 Mar. 47	"	1 +	"	"	—	—
276	C. O.	20	54	27 Feb. 47	8 Mar. 47	" Condilomatosos	1 +	" génito-crural	"	Sí	Semi-int.
277	I. S.	22	53	"	20 Mar. 47	" Costrosos	1 +	Surco naso-génito-vulvar	"	—	—
278	A. M. O.	20	60	28 Feb. 47	21 Mar. 47	Placas mucosas	3 +	Vulvares	"	—	—
279	A. J.	20	63	6 Mar. 47	27 Mar. 47	Sifilides	1 +	"	"	—	—
280	E. B.	17	51	7 Mar. 47	28 Mar. 47	"	3 +	"	"	—	—
281	R. G. C.	18	60	"	"	"	2 +	"	"	—	—
282	R. L.	17	49	"	"	"	1 +	"	"	—	—
283	A. O.	17	57	14 Mar. 47	4 Abr. 47	" Condilomatosos	1 +	"	"	—	—
284	E. R. C.	19	52	"	"	Sifilides y placas mucosas	1 +	"	"	—	—
285	M. C.	24	52	7 Mar. 47	28 Mar. 47	"	1 +	"	"	—	—
286	O. M.	17	48	18 Mar. 47	23 Mar. 47	" ulcerosos	1 +	"	"	Sí	Penicilin
287	A. C. O.	19	57	27 Feb. 47	20 Mar. 47	" Condilomatosos	1 +	" y perineales	"	—	—
288	G. M.	19	61	25 Mar. 47	15 Abr. 47	" "	3 +	"	"	—	—
289	R. C. B.	16	49	24 Mar. 47	14 Abr. 47	"	1 +	"	"	—	—
290	E. G.	23	49	22 Mar. 47	12 Abr. 47	"	1 +	"	"	—	—
291	T. L.	19	50	24 Mar. 47	14 Abr. 47	" Circinados	1 +	Cuero cabelludo	"	—	—
292	Y. R.	16	57	3 Abr. 47	24 Abr. 47	" Condilomatosos	2 +	Vulva-génito-crural	"	—	—
293	G. G.	15	48	10 Abr. 47	20 Abr. 47	"	Negativo	" "	"	Sí	Penicilin
294	M. C. H.	13	56	"	1 May. 47	Sifilides y placas mucosas	2 +	Vulvares	Lúes Sec. Fl.	—	—
295	V. G.	23	65	14 Abr. 47	5 May. 47	Condilomas	3 +	Vulva y margen del ano	"	—	—
296	T. O.	16	53	19 Abr. 47	10 May. 47	Sifilides	1 +	"	"	—	—
297	O. C.	17	48	19 Abr. 47	10 May. 47	Chancreo	2 +	"	Lúes primaria	—	—
298	C. M.	22	49	15 Abr. 47	6 May. 47	Sifilides papulosos	2 +	De la frente	Lúes Sec. Fl.	—	—
299	C. Q.	19	52	19 Abr. 47	3 May. 47	" Costrosos	3 +	Vulva	"	Sí	Penicilin
300	F. Ch. L.	17	50	26 Abr. 47	7 May. 47	Sifilides	1 +	"	"	Sí	Penicilin
301	E. C.	19	53	1 May. 47	10 May. 47	"	2 +	"	"	Sí	Penicilin
302	P. E.	27	50	30 Abr. 47	14 May. 47	"	2 +	"	"	Sí	Penicilin
303	A. G.	18	58	7 May. 47	28 May. 47	"	1 +	"	"	—	—
304	G. H.	22	53	8 May. 47	17 May. 47	"	2 +	"	"	Sí	Penicilin
305	J. O.	17	43	14 May. 47	4 Jun. 47	"	3 +	"	"	—	—
306	M. U.	18	45	12 May. 47	2 Jun. 47	"	1 +	"	"	—	—
307	D. O.	18	53	"	17 May. 47	"	2 +	"	"	Sí	Penicilin
308	A. M. H.	21	51	14 May. 47	4 Jun. 47	"	1 +	"	"	—	—
309	E. R.	20	58	15 May. 47	24 May. 47	" ulcerosos	1 +	"	"	Sí	Penicilin
310	C. Q.	24	58	"	5 Jun. 47	"	1 +	"	"	—	—
311	Z. V.	19	40	"	"	No hay	Negativo	No hay	Lúes lat. temp.	—	—
312	E. R.	19	39	14 May. 47	4 Jun. 47	Sifilides	2 +	Vulvares	Lúes sec. Fl.	—	—
313	M. M.	22	60	"	"	Sifilides y placas mucosas	1 +	"	"	—	—

Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras
			Fiebre, vómitos	Toxicodermia	Agranulocitosis		
19 Ene. 47 Mz. Vd. + Kh. 64 U.	Neg.	19 Mar. 47 — — — 3 Nov. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
19 Feb. 47 Mz. Vd. + 16 U. Kh.	"	20 Jun. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
19 Feb. 47 Kh. 128 U. Mz. Vd. +	"	—	Si	Si	—	—	
20 Dic. 46 +++ 19 Feb. 47 Mz. Vd. + 64 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	
5 Ago. 46 — — — 13 Nov. 46 — — —	—	1 Mar. 48 Mz. Vd. +	Si	—	—	—	Fugada
25 Feb. 47 128 U. K. Mz. Vd. +	—	21 Mar. 47 +++	—	—	—	—	
9 Nov. 45 — — — 28 Feb. 47 Mz. Vd. +	"	21 Mar. 47 Kh. 256 U. Mz. Vd. +	—	—	—	—	
6 Mar. 47 Mz. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
28 Feb. 47 Kh. 502 J.	"	19 Ago. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
20 Oct. 46 — — —	"	19 Ago. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
—	"	28 Nov. 47 Kh. 128 U. Mz. +	—	—	—	—	
10 Mar. 47 Kh. 512 U. Mz. Vd. +	"	28 Feb. 47 Kh. 4 U. Mz. Vd. +	—	—	—	—	
5 Sep. 46 — — d 2 Mar. 47 Kh. 32 U. Mz. Vd. +	"	30 May. 47 Kh. 1 U. Mz. Vd. +	—	—	—	—	
28 Feb. 47 Kh. 64 M. Vd. +	"	24 Mar. 47 Kh. 8 U. Mz. Vd. +	—	—	—	—	
—	"	27 May. 47 Mz. Vd. —	Si	—	—	—	
26 Feb. 47 Kh. 128 U. Mz. Vd. +	"	22 Abr. 47 Mz. Vd. —	—	—	—	—	
19 Mar. 47 Kh. 64 M. Vd. +	"	24 Abr. 47 Mz. — Vd. +	—	—	—	—	
18 Mar. 47 Kh. 512 U. Mz. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
12 Mar. 47 Kh. 64 U. Mz. Vd. +	"	12 Abr. 47 Kh. 512 U. Mz. Vd. +	—	—	—	—	
21 Mar. 47 Kh. 256 U. Mz. Vd. +	"	12 Jun. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
3 Abr. 47 Mz. d Vd. +	"	—	—	—	—	—	
2 Sep. 46 +++ 7 Abr. 47 Kh. 256	"	2 Jun. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
7 Abr. 47 Kh. 512 U. Vd. +	"	10 Sep. 47 Mz. Vd. —	—	—	—	—	
9 Abr. 47 Kh. 128 U. Vd. +	"	23 Feb. 48 Mz. + Vd. +	—	—	—	—	
16 Abr. 47 Kh. 2 U. Iz. + Vd. —	"	30 Jul. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
4 Dic. 46 — — d 6 Abr. 47 Kh. 2 Mz. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
14 Abr. 47 Mz. v. d.	"	14 Abr. 48 Kh. — Vd. +	—	—	—	—	
19 Abr. 47 Mz. Vd.	"	—	—	Si	—	—	
23 Abr. 47 Kh. 64 U. Mz. Vd. +	"	11 Jul. 47 Mz. Vd. +	Si	—	—	—	Angina
28 Mar. 47 Kh. 16 U. Mz. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
30 Abr. 47 512 U. Mz. Vd. +	"	—	—	Si	—	—	Angina
23 Ago. 46 + — +	"	16 Jun. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
30 Abr. 47 Kh. Mz. l. +	"	—	Si	—	—	—	
14 May. 47 Mz. Vd.	"	—	—	—	—	—	
5 Abr. 47 Kh. 128 U. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
14 May. 47 Kh. — 1 Vd. +	"	—	—	Si	—	—	
12 May. 47 Mz. Vd.	"	—	—	—	—	—	
8 May. 47 Kh. 512 U. Mz. Vd. +	"	21 Abr. 48 Vd. —	Si	—	—	—	
20 May. 47 Kh. 30 U. Mz. Vd. +	"	—	—	—	—	—	
20 May. 47 Kh. 30 U. Mz. Vd. +	"	12 Ago. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	Ver reg. 77. Se trató estado Gral.
4 Nov. 46 +++	"	—	—	—	—	—	
12 May. 47 Mz. Vd.	"	—	—	—	—	—	
"	"	—	—	—	—	—	

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLE-RANCIA
										Suspendido
231	C. P. L.	24	58	10 Oct. 46	31 Oct. 46	Placas mucosas	1 +	Vulvares	Lúes sec. Fl.	—
232	M. W.	27	49	"	14 Oct. 46	" "	2 +	Clítoris	"	Sí
233	M. J. H.	16	60	17 Oct. 46	21 Oct. 46	Sifilides	3 +	Margen del ano	"	Sí
234	B. A. S.	16	43	16 Oct. 46	26 Oct. 46	"	3 +	Vulvares	"	Sí
235	J. O. M.	19	56	"	23 Oct. 46	"	2 +	"	"	—
236	F. S. O.	19	58	25 Oct. 46	15 Nov. 46	"	1 +	"	Lúes primaria	—
237	M. G. B.	20	57	"	"	Chancro	1 +	"	Lúes sec. Fl.	—
238	E. G. N.	24	57	30 Oct. 46	20 Nov. 46	Sifilides	1 +	"	"	—
239	M. C. R.	19	54	4 Nov. 46	25 Nov. 46	" ulcerosos	2 +	"	"	—
240	R. C.	19	57	6 Nov. 46	27 Nov. 46	Placas mucosas	1 +	"	"	—
241	M. G.	30	44	19 Nov. 46	10 Dic. 46	Sifilides Ulcerosos	3 +	"	"	—
242	R. H.	18	40	21 Nov. 46	12 Dic. 46	" Condilomatosos	3 +	Perineo	"	—
243	A. B.	19	57	22 Nov. 46	13 Dic. 46	" Costrosos	3 +	"	"	—
244	M. M. M.	19	54	"	"	" Condilomatosos	3 +	Surco génito-crural	"	—
245	B. L. M.	21	72	27 Nov. 46	18 Dic. 46	Placas mucosas	Negativo	Istmo de las fauces	"	—
246	F. de M.	23	57	28 Nov. 46	19 Dic. 46	Sifilides	1 +	Vulvares	"	—
247	J. H.	18	48	8 Dic. 46	29 Dic. 46	"	1 +	"	"	—
248	C. L. S.	17	52	11 Dic. 46	1 Ene. 47	"	No	"	Lúes lat. temp.	—
249	M. P. H.	19	58	23 Dic. 46	13 Ene. 47	Sifilides	1 +	Vulvares	Lúes sec. Fl.	—
250	L. A. A.	18	55	13 Dic. 46	13 Ene. 47	"	1 +	"	"	Sí
251	A. M. R.	21	48	"	26 Dic. 46	"	2 +	"	"	—
252	M. A. R.	19	59	27 Dic. 46	17 Ene. 47	"	2 +	"	"	—
253	J. G.	22	59	1 Ene. 47	22 Ene. 47	Placas mucosas	1 +	"	"	—
254	I. V.	21	49	"	"	Sifilides	1 +	"	"	—
255	Z. E. de L.	21	56	14 Ene. 47	4 Feb. 47	"	1 +	"	"	—
256	M. L.	22	49	25 Ene. 47	15 Feb. 47	"	1 +	"	"	—
257	M. E. M.	16	60	23 Ene. 47	13 Feb. 47	"	1 +	"	"	Sí
258	V. Z.	19	54	"	4 Feb. 47	"	3 +	"	Lúes primaria	—
259	L. G. E.	20	48	"	13 Feb. 47	Chancro cicatrizándose	Negativo	"	"	—
260	E. G.	22	48	"	"	Sifilides	2 +	"	Lúes sec. Fl.	—
261	L. L.	23	61	"	5 Feb. 47	"	1 +	"	"	Sí
262	B. N.	17	61	"	26 Ene. 47	"	3 +	"	"	Sí
263	R. M. S.	20	57	7 Feb. 47	28 Feb. 47	"	1 +	"	"	—
264	M. F. L.	17	55	"	"	Placas mucosas	2 +	"	"	—
265	C. N.	21	60	"	"	Sifilides	1 +	"	"	Sí
266	J. H. X.	28	61	12 Feb. 47	20 Feb. 47	"	1 +	Surco génito-crural	"	—
267	M. I. de L.	22	57	13 Feb. 47	6 Mar. 47	"	1 +	Vulvares	"	—
268	A. G.	24	59	15 Feb. 47	8 Mar. 47	"	2 +	"	"	—
				21 Feb. 47	14 Mar. 47	Placas mucosas	3 +	"	"	—

Continuó trat. de	Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras
				Fiebre, vómitos	Toxicodermia	Agranulocitosis		
—	9 Oct. 46 ++++	Negativo	—	—	—	—	—	—
Penicilina	14 Oct. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	19 May. 47 Mz. Vd. + 40 Kh.	Si	—	—	—	—
Penicilina	14 Oct. 46 ++++ 40 U. Kh.	"	3 Dic. 46 ++++	Si	—	—	—	—
Penicilina	14 Oct. 46 + - + 20 U. Kh.	"	24 Oct. 46 + - + 80 U. Kh.	—	—	—	—	—
Penicilina	—	"	6 Nov. 46 — — d	Si	—	—	—	—
—	—	"	19 May. 47 Kh.d Mz. Vd. —	Si	—	—	—	—
—	22 Oct. 46 ++++ 120 U. Kh.	"	3 Sep. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	22 Oct. 46 ++++ 4 Nov. 46 ++++	"	15 Nov. 46 d d + 8 Oct. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	—	"	14 Nov. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	24 Oct. 46 + + +	Positivo	28 Nov. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	30 U. Kh.	"	25 Nov. 46 — — + 22 Dic. 46 d — +	—	—	—	—	—
—	3 Ago. 46 — — d 40 U. Kh.	Negativo	8 U. Kh.	—	—	—	—	—
—	5 Nov. 46 ++++	"	26 Nov. 46 ++++ 2 Dic. 47 Mz. d Vd.	—	—	—	—	—
—	15 Nov. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	18 Nov. 46 ++++ 29 Nov. 46 ++++	"	28 Dic. 46 ++++ 128 U. Kh.	—	—	—	—	—
—	120 U. Kh.	"	22 Jul. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	13 Nov. 46 ++++	"	12 Dic. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	20 Nov. 46 ++++	"	14 Jul. 47 Mz Vd +	Si	—	—	—	—
—	—	"	17 Dic. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	—	"	19 Dic. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	—	"	27 Dic. 46 ++++	—	—	—	—	—
—	8 Ago. 46 — — — 11 Sep. 46 — — +	"	—	—	—	—	—	Ver Reg. 169.
—	20 Oct. 46 — — + 12 Dic. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	32 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	—
—	20 Dic. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	9 Dic. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	—
Penicilina	11 Dic. 46 ++++	"	—	Si	—	—	—	—
—	12 Ago. 46 ++++ 27 Ago. 46 — + +	"	7 May. 47 Kh.d Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	40 U. Kh. 14 Oc. 46 ++++	"	19 Dic. 47 — — d 9 Dic. 47 — — +	—	—	—	—	—
—	31 Dic. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	—	"	—	—	—	—	—	—
—	—	"	14 Abr. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	—	"	7 May. 47 Mz. Vd. + Kh. 16 U.	—	—	—	—	—
Penicilina	20 Ene. 47 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	17 Ene. 47 Kh. 80 U. Mz. Vd +	"	17 Mar. 47 Mz. Vd. +	Si	—	—	—	Amigdalas congest. Queilitis
—	—	"	13 Feb. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	—	"	—	—	—	—	—	—
—	12 Nov. 46 — — —	"	17 Feb. 47 Mz. Vd. + 128 U. Kh.	—	—	—	—	—
—	—	"	24 Mar. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	—	"	12 May. 47 Mz. Vd. + 2 U. Kh.	—	—	—	—	—
—	—	"	24 Nov. 47 Mz. Vd. —	—	—	—	—	—
Penicilina	—	"	16 Abr. 47 Kh. 8 U. Mz. Vd. +	Si	Si	—	—	—
—	—	"	28 Oct. 47 Mz. Vd. +	Si	—	—	—	—
Penicilina	20 Ene. 47 Mz. Vd. + 128 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	—
—	7 Feb. 47 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	5 Sep. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	25 Sep. 46 — — — 14 Oct. 46 — — —	"	—	—	—	—	—	—
Penicilina	27 Dic. 46 ++++	"	—	Si	—	—	—	—
—	12 Feb. 47 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	15 Feb. 47 ++++	"	—	—	—	—	—	—
—	—	"	—	—	—	—	—	—
—	—	"	15 Mar. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	—	"	30 Oct. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—
—	17 Feb. 47 Kh. 256 U.	"	26 Sep. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	—

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLE-
										RANCI
										Suspendido
189	O. M. C.	18	57	5 Ago. 46	22 Ago. 46	Sífilides Condilomatosos	2 +	Vulvares	Lúes sec. Fl.	—
190	M. L. G.	16	48	"	"	"	1 +	"	"	—
191	E. V. R.	17	45	"	"	"	3 +	"	"	—
192	M. V. M.	21	52	"	"	Placas mucosas	Neg.	Amígdala	"	—
193	E. E. E.	18	48	"	"	Sífilides	1 +	Vulva	"	—
194	M. A. F.	21	79	"	"	"	3 +	"	"	—
195	J. L. P.	30	52	6 Ago. 46	27 Ago. 46	"	1 +	"	"	—
196	M. A. R.	18	52	"	"	"	1 +	"	"	—
197	C. L. Ch.	18	48	8 Ago. 46	19 Ago. 46	"	3 +	"	"	Sí
198	A. S.	20	37	11 Ago. 46	1 Sep. 46	"	3 +	"	"	—
199	M. L. G.	19	49	20 Ago. 46	10 Sep. 46	"	3 +	"	"	—
200	M. C. B.	15	34	"	"	"	1 +	" y perineales	"	—
201	A. M.	22	57	22 Ago. 46	12 Sep. 46	" Roseola	2 +	Vulva y piel	"	—
202	G. A.	27	48	"	4 Sep. 46	Placas mucosas	1 +	"	"	Sí
203	C. M.	16	48	"	12 Sep. 46	Sífilides condilomatosos	1 +	"	"	—
204	A. M.	20	57	"	"	"	1 +	"	"	—
205	F. H.	17	48	"	"	"	3 +	"	"	—
206	M. V. G.	16	52	28 Ago. 46	18 Sep. 46	"	1 +	Vulva y perineales	"	—
207	B. C. M.	19	48	"	"	"	2 +	"	"	—
208	J. A.	19	49	"	"	"	1 +	"	"	—
209	T. T. C.	20	48	1 Sep. 46	22 Sep. 46	"	1 +	"	"	—
210	O. C.	19	57	"	"	"	3 +	"	"	—
211	G. G. H.	28	50	4 Sep. 46	25 Sep. 46	Sífilides condilomatosos	1 +	"	"	—
212	C. C. P.	18	60	"	"	Placas mucosas	3 +	"	"	—
213	S. C. R.	19	59	5 Sep. 46	26 Sep. 46	Sífilides condilomatosos	1 +	"	"	—
214	P. S. L.	20	54	"	"	Chancro	3 +	Vulva y horquilla	Lúes primaria	—
215	L. R. A.	16	48	7 Sep. 46	28 Sep. 46	Sífilides	1 +	"	Lúes sec. Fl.	—
216	J. L. G.	26	67	13 Oct. 46	3 Nov. 46	" Condilomatosos	1 +	"	"	—
217	D. I. L.	18	54	20 Sep. 46	11 Oct. 46	"	1 +	"	"	—
218	F. P. C.	18	52	"	"	"	1 +	"	"	—
219	M. B. G.	17	53	"	27 Sep. 46	Sífilides	1 +	Vulva	"	Sí
220	E. E.	21	50	"	4 Oct. 46	Chancro	2 +	Clitoris	Lúes primaria	Sí
221	M. O. E.	16	55	25 Sep. 46	16 Oct. 46	Placas mucosas	1 +	Vulvares	Lúes Sec. Fl.	—
222	D. A.	17	53	"	"	"	1 +	Vulva y surco génito-crural	"	—
223	M. D. V.	20	40	"	"	Sífilides	1 +	"	"	—
224	C. C. P.	23	53	28 Sep. 46	19 Oct. 46	"	1 +	"	"	—
225	A. G. M.	17	53	"	6 Oct. 46	"	1 +	"	"	Sí
226	F. T. L.	20	51	4 Oct. 46	25 Oct. 46	"	1 +	"	"	—
227	A. G. de C.	20	57	7 Oct. 46	28 Oct. 46	Chancro	1 +	"	Lúes primaria	—
228	M. J. G.	16	53	10 Oct. 46	31 Oct. 46	Sífilides	1 +	"	Lúes sec. Fl.	—
229	A. L. S.	20	57	"	"	" y placas mucosas	1 +	"	"	—
230	C. C. de P.	18	63	"	"	"	1 +	"	"	—

Continuó trat. de	Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras
				Fiebre, vómitos	Toxicodermia	Agranulocitosis		
—	2 Feb. 46 ++++ 11 Feb. 46 — + +	Negativo	21 Ago. 46 ++++ 17 Nov. 47 V d —	—	—	—	—	ec. Fl.
—	6 Mar. 46 — + —	"	—	Sí	—	—	—	
—	1 Jul. 46 — — d	"	—	—	—	—	—	
—	1 Jul. 46 ++++ 15 Jul. 46 + — +	"	—	—	—	—	—	rimaria
—	5 Ago. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	ec. Fl.
—	28 May. 46 — — — 11 Jul. 46 + + —	"	—	Sí	—	—	—	
—	5 Ago. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	
—	31 Jul. 46 ++++ 6 Ago. 46 + + +	"	—	—	—	—	—	
—	22 Ene. 46 — — —	"	—	—	—	—	—	
Penicilina	7 Ago. 46 ++++	"	—	Sí	—	—	—	
—	11 Ago. 46 ++++	"	—	Sí	Sí	—	—	
—	25 Feb. 46 — — —	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	10 Sep. 46 — + +	—	—	—	—	
—	22 Ago. 46 ++++ 160 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	
Penicilina	21 Ago. 46 ++++ 28 Ago. 46 + + +	"	—	—	—	—	—	
—	80 U. Kh.	"	13 Sep. 46 — — + 40 U. Kh.	—	—	—	—	
—	3 Ago. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	2 Dic. 46 — — — 20 May. 47 d —	Sí	Sí	—	—	rimaria
—	26 Ago. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	ec. Fl.
—	15 Jul. 46 ++++	"	17 Sep. 46 ++++ 20 U. Kh.	—	—	—	—	
—	20 Ago. 46 ++++	"	17 Sep. 46 — + + 20 U. Kh.	—	—	—	—	rimaria
—	17 Ago. 46 ++++	"	28 Feb. 47 Kh. d. Mz. d Vd. —	—	—	—	—	ec. Fl.
—	28 Ago. 46 — — + 40 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	
—	18 Jul. 46 — — — 24 Jul. 46 — + d	"	15 Sep. 46 ++++ 5 Nov. 46 — — +	—	—	—	—	
—	28 Ago. 46 ++++	"	2 Dic. 46 — — + 7 Oct. 47 — — —	—	—	—	—	
—	2 Sep. 46 ++++ 12 Sep. 46	"	—	—	—	—	—	
—	240 U. Kh.	"	7 Abr. 47 256 U. Kh. Mz. Vd +	—	—	—	—	
—	6 Ago. 46 ++++	"	3 Jul. Mz. Vd +	—	—	—	—	
—	4 Sep. 46 ++++ 12 Sep. 46 + + +	"	—	—	—	—	6º mes	
—	80 U. Kh.	"	25 Sep. 46 — + +	—	—	—	—	
—	5 Sep. 46 — — + 40 U. Kh.	"	24 Sep. 46 — — + 40 U. Kh.	—	—	—	—	rimaria
—	9 Sep. 46 — — +	"	30 Oct. 46 — — —	—	—	—	—	ec. Fl.
—	5 Sep. 46 ++++ 17 Sep. 46 + + +	"	—	—	—	—	—	rimaria
—	120 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	ec. Fl.
—	14 Oct. 46 ++++	"	23 Ene. 48 Mz. Vd —	—	—	—	—	rimaria
—	13 Sep. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	14 Oct. 46 — — + 40 U. Kh.	—	—	—	7º mes	ec. Fl.
—	—	"	14 Oct. 46 — — + 20 U. Kh.	—	—	—	—	ec. Fl.
Penicilina	19 Sep. 46 ++++ 200 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	
Penicilina	—	"	6 Oct. 46 — — —	Sí	—	—	—	
—	2 Ago. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	14 Oct. 46 + + + 240 U. Kh.	Sí	—	—	—	
—	23 Sep. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
—	23 Sep. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	
—	23 Sep. 46 ++++ 10 Oct. 46 ++++	"	15 Oct. 46 ++++ 40 U. Kh.	—	—	—	4º mes	
—	240 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	
Semi-int.	—	"	10 Oct. 46 ++++	—	—	—	—	rimaria
—	14 Oct. 46 ++++	"	24 Oct. 46 ++++ 140 U. Kh.	—	Sí	—	—	ec. Fl.
—	—	"	4 Dic. 46 ++++ 32 U. Kh.	—	—	—	—	
—	—	"	17 Dic. 46 ++++	—	—	—	—	
—	3 Oct. 46 — — —	"	28 Oct. 46 — — d 40 U. Kh.	—	—	—	—	
—	—	"	7 Nov. 46 Kh. —	—	—	—	—	
—	6 May. 46 ++++ 200 U. Kh.	"	—	—	—	—	—	Recurrencia; ver Reg. 77.
—	8 Oct. 46 ++++	"	—	—	—	—	—	
—	16 Oct. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	22 Nov. 47 Mz. Vd. +	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLERANCIA
										Suspendido
144	A. Ch.	26	51	8 May. 46	29 May. 46	Sifilides Condilomatosos	1 +	Vulvares y perineales	Lúes Sec. Fl.	—
145	J. O.	22	48	"	15 May. 46	"	1 +	"	"	Si
146	M. A. G.	22	48	3 May. 46	24 May. 46	"	1 +	"	"	—
147	J. B. H.	15	38	25 May. 46	15 Jun. 46	"	1 +	"	"	—
148	C. R. Z.	18	60	"	"	Chancro	1 +	Vulvar	Lúes primaria	—
149	C. R.	16	40	"	"	Sifilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
150	S. R.	20	38	8 May. 46	29 May. 46	"	1 +	"	"	—
151	A. R.	20	52	25 May. 46	15 Jun. 46	"	1 +	"	"	—
152	A. C.	19	62	"	"	"	1 +	"	"	—
153	J. N.	26	57	"	"	"	1 +	"	"	—
154	M. E. A.	19	47	30 May. 46	20 Jun. 46	"	1 +	"	"	—
155	O. S.	16	60	5 Jun. 46	26 Jun. 46	" costrosos, circinados y papulosos	1 +	Cuero cabelludo, cuello y vulva	"	—
156	R. H.	18	57	"	"	Chancro	1 +	Vulvar	Lúes primaria	—
157	H. M.	20	52	"	"	Sifilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
158	V. N.	17	47	"	"	"	1 +	"	"	—
159	M. M. H.	19	38	"	23 Jun. 46	Chancro	1 +	"	Lúes primaria	Si
160	M. E. M.	21	52	"	26 Jun. 46	Sifilides	3 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
161	M. C.	19	56	"	"	"	2 +	"	"	—
162	R. T.	19	57	7 Jun. 46	28 Jun. 46	" Condilomatosos	1 +	"	"	—
163	M. S.	16	41	15 Jun. 46	6 Jul. 46	"	1 +	"	"	—
164	L. A.	19	48	18 Jun. 46	9 Jul. 46	"	1 +	"	"	—
165	A. G.	18	43	10 Jun. 46	1 Jul. 46	"	1 +	"	"	—
166	P. F.	17	56	19 Jun. 46	10 Jul. 46	"	1 +	"	"	—
167	E. C. O.	24	68	26 Jun. 46	17 Jul. 46	" Costrosos	1 +	Surco nasogeniano	"	—
168	R. H. O.	16	46	29 Jun. 46	8 Jul. 46	Sifilides	1 +	Vulva	"	Si
169	C. L. S.	17	44	"	10 Jul. 46	Chancro	1 +	Pliegue génito-crural	Lúes primaria	Si
170	J. R.	19	47	5 Jul. 46	17 Jul. 46	Sifilides	1 +	Vulvares	Lúes Sec. Fl.	Si
171	M. M. V.	26	38	11 Jul. 46	23 Jul. 46	Chancro	2 +	"	Lúes primaria	Si
172	A. A. E.	18	56	"	2 Ag. 46	Sifilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
173	A. A. S.	17	48	"	"	"	1 +	"	"	—
174	J. Q. R.	24	48	"	"	Sifilides costrosos y papulosos	1 +	Surco nasogeniano, cuero cabelludo, vulva	"	—
175	C. Q. V.	26	55	14 Jul. 46	5 Ag. 46	"	1 +	Vulvares	"	—
176	E. H. M.	16	52	"	20 Jul. 46	Sifilides	1 +	"	"	—
177	A. P. H.	17	31	"	4 Ago. 46	"	3 +	Horquilla vulvar	"	Si
178	B. B. A.	16	50	"	"	"	1 +	Margen del ano	"	—
179	C. C. E.	30	62	17 Jul. 46	7 Ago. 46	Chancro	1 +	Vulvares	Lúes primaria	—
180	S. R. V.	18	45	"	"	Sifilides	1 +	Periné-Vulva	Lúes Sec. Fl.	—
181	L. R. G.	18	48	24 Jul. 46	14 Ago. 46	"	1 +	Vulvares	"	—
182	E. S.	17	58	"	"	" circinados	1 +	Perianales	"	—
183	S. S. P.	22	38	"	"	"	2 +	Vulvares	"	—
184	E. M. F.	23	44	25 Jul. 46	15 Ago. 46	" Roseola	1 +	Vulva y piel	"	—
185	C. C. C.	25	60	31 Jul. 46	21 Ago. 46	"	2 +	Vulvares	"	—
186	M. A. S.	19	50	2 Ago. 46	23 Ago. 46	"	1 +	"	"	—
187	R. C.	23	48	"	"	"	1 +	"	"	—
188	G. R. E.	21	38	"	"	"	1 +	"	"	—

Continuó trat. de	Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras	gnós	Fí vor
				Fiebre, vómitos	Toxico-dermia	Agranulo-citosis				
—	No	Negativo	29 May. 46 ++++	—	—	—	—	—	ec. F	—
Semi-int.	26 Abr. 46 ++++	"	29 Abr. 46 ++++	Sí	Sí	—	—	—	—	—
—	26 Abr. 46 ++++	"	23 May. 46 ++++ Kh. 120 U.	—	—	—	—	—	—	—
—	27 Feb. 46 ++++	"	3 Jul. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	No	"	17 Jun. 46 ++++ Kh. 80 U.	—	—	—	—	—	—	—
—	23 May. 46 ++++	"	15 Jun. 46 ++++	—	—	—	7º mes	—	—	—
—	26 Abr. 46 ++++ 7 May. 46 + + +	"	17 Jun. 46 — + + 23 Jun. 46 — — +	—	—	—	—	—	—	—
—	24 Mayo 46 ++++	"	3 Jun. 46 ++++ 17 Jun. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	24 Mayo 46 ++++	"	200 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
—	24 Mayo 46 ++++	"	No	—	—	—	4º mes	—	—	—
—	29 May. 45 — — —	"	17 Jun. 46 — + + Kh. 40 U.	—	—	—	—	—	—	—
—	29 May. 46 ++++	"	" 17 Jul. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	29 May. 46 ++++	"	No	—	—	—	—	—	—	—
—	22 Ene. 46 — — —	"	27 Jun. 46 — + + Kh. 40 U.	—	—	—	—	—	—	—
—	25 Mayo 46 ++++	"	15 Abr. 48 V. D. R. L. O. U.	—	—	—	—	—	—	—
—	3 Jun. 46 ++++	"	27 Jun. 46 d + + Kh. 20 U.	—	—	—	—	—	—	—
Penicilina	No	"	22 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	—	—	—
—	30 Abr. 46 — — —	"	27 Jun. 46 ++++ 40 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
—	29 May. 46 ++++	"	27 Jun. 46 ++++ 120 U. Kh.	Sí	—	—	—	—	—	—
—	21 May. 46 — — —	"	6 Ago. 46 — — —	—	—	—	—	—	—	—
—	No	"	26 Jun. 46 ++++ 11 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	—	—	—
—	17 Jun. 46 ++++	"	27 Jun. 46 ++++ 40 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
—	1 Abr. 46 ++++	Positivo	6 Ago. 46 — — —	—	—	—	—	—	—	—
—	11 Jun. 46 ++++ 20 Jun. 46 ++++	Negativo	9 Jun. 46 + — + 40 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
—	17 Jun. 46 ++++	"	9 Jul. 46 ++++ 120 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
—	27 Jun. 46 ++++	"	No	—	—	—	—	—	—	—
Semi-int.	22 Abr. 46 — — — 10 Jun. 46 — — —	"	12 Jul. 46 ++++ 40 U. Kh.	—	—	—	—	—	—	—
Semi-int.	1 Jul. 46 — — —	"	19 Jul. 46 ++++ 40 U. Kh.	Sí	—	—	—	—	—	—
Semi-int.	5 Jul. 46 ++++ 17 Jul. 46 + + +	"	No	—	—	—	—	—	—	—
Semi-int.	11 Jul. 46 ++++	"	"	Sí	—	—	—	—	—	—
—	28 May. 6 — — — 1 Feb. 46 — — —	No	31 Jul. 46 — — —	Sí	Sí	—	—	—	—	—
—	23 Oct. 45 — — — 24 Abr. 46 + d +	Negativo	No	—	—	—	—	—	—	—
—	11 Jul. 46 ++++ Kh. 120 U.	"	20 Ago. 46 — — —	—	—	—	—	—	—	—
—	5 Jul. 46 ++++ 80 U. Kh.	"	No	—	—	—	—	—	—	—
—	1 Jul. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	No	—	—	—	—	—	—	—
Penicilina	15 Jul. 46 ++++	"	No	—	—	—	—	—	—	—
—	11 Jul. 46 ++++ 240 U. Kh.	"	5 Ago. 46 — — +	Sí	—	—	—	—	—	—
—	11 Jul. 46 ++++ 80 U. Kh.	"	4 Ago 46 — + +	—	—	—	—	—	—	—
—	17 Jul. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	—	—	—
—	15 Jul. 46 ++++	"	29 Ago. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	16 Jul. 46 ++++ 17 Jul. 46 + + +	"	"	—	—	—	—	—	—	—
—	80 U. Kh.	"	"	Sí	—	—	—	—	—	—
—	22 Jul. 46 ++++	"	14 Ago. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	19 Jul. 46 ++++	"	14 Ago. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	30 Jun. 46 ++++	"	15 Ago. 46 ++++	—	—	—	—	—	—	—
—	1 Ago. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	—	—	—
—	"	"	"	—	—	—	—	—	—	—
—	"	"	"	—	—	—	—	—	—	—
—	"	"	23 Ago. 46 ++++	Sí	—	—	—	—	—	—

Se trató estado gral. Ver Reg. 248.

Recurrencia; ver Reg. 41.

imar

imar ec. FI

No de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLE-RANCIA
										Suspendido
98	Y. A.	15	41	15 Feb. 46	8 Mar. 46	Sifilides	1 +	Vulvar	Lúes Sec. Fl.	—
99	N. B. P.	17	48	18 Feb. 46	6 Mar. 46	"	3 +	"	"	Sí
100	M. R. D.	18	42	18 Feb. 46	21 Feb. 46	"	1 +	"	"	Sí
101	A. C.	23	38	15 Feb. 46	8 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
102	M. M. L.	24	53	"	"	"	1 +	"	"	—
103	Y. M.	23	57	"	"	"	1 +	"	"	—
104	B. V.	17	55	"	"	"	1 +	"	"	—
105	R. Q.	31	40	21 Feb. 46	14 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
106	R. de L.	17	62	24 Feb. 46	17 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
107	E. M.	24	44	19 Mar. 46	22 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
108	R. H.	21	48	"	9 Mar. 46	"	1 +	"	"	Sí
109	C. L.	16	50	"	17 Mar. 46	"	1 +	" y perineales	"	Sí
110	E. J.	21	51	"	22 Mar. 46	"	2 +	" y placas mucosas	"	—
111	C. D.	24	64	24 Feb. 46	17 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
112	S. G.	16	53	"	"	"	1 +	"	"	—
113	A. L.	20	57	12 Feb. 46	5 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
114	D. E.	17	52	28 Mar. 46	29 Mar. 46	"	1 +	"	"	—
115	C. M.	17	51	"	"	"	1 +	"	"	—
116	G. M.	19	48	14 Mar. 46	24 Mar. 46	"	1 +	"	"	Sí
117	Z. V.	19	43	13 Feb. 46	6 Mar. 46	"	2 +	"	"	—
118	E. M.	19	52	14 Mar. 46	4 Abr. 46	Chanero	1 +	Cuello uterino	Lúes primaria	—
119										
120	J. B.	17	57	20 Mar. 46	10 Abr. 46	Sifilides	1 +	Vulva-horquilla	"	—
121	A. A.	18	52	"	3 Abr. 46	Chanero	1 +	"	"	Sí
122	H. M.	24	58	"	6 Abr. 46	Sifilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	Sí
123	C. de S.			23 Mar. 46	"	"	1 +	"	"	Sí
124	A. G.	25	57	"	2 Abr. 46	"	2 +	"	"	Sí
125	M. V.	18	52	20 Mar. 46	19 Abr. 46	"	1 +	"	"	—
126	E. C.	31	47	2 Abr. 46	23 Abr. 46	"	1 +	"	"	—
127	E. L. A.	25	48	9 Abr. 46	12 Abr. 46	Exulceración	1 +	"	"	Sí
128	M. Ch.	17	48	4 Abr. 46	25 Abr. 46	Sifilides	1 +	"	"	—
129	M. L. E.	20	39	"	"	" y placas mucosas	2 +	"	"	—
130	M. A. F.	16	50	8 Abr. 46	29 Abr. 46	Sifilides	1 +	" periné marg. ano	"	—
131	J. D.	17	47	"	"	"	1 +	" muslo-periné	"	—
132	R. R. O.	19	52	"	15 Abr. 46	"	2 +	"	"	Sí
133	M. M. G.	22	48	"	29 Abr. 46	" Costrosos y Circinados	1 +	Cuero cabelludo, frente, surcos naso-genianos	"	—
134	E. G.	31	38	17 Abr. 46	8 May. 46	"	1 +	Vulva	"	—
135	A. A.	18	47	"	"	Chanero	1 +	"	Lúes primaria	—
136	F. R.	18	54	"	"	Sifilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
137	R. S.	18	49	26 Abr. 46	17 May. 46	"	1 +	Vulvares	"	—
138	O. C.	19	71	"	"	"	1 +	"	"	—
139	M. Z.	15	47	29 Abr. 46	6 May. 46	"	1 +	"	"	Sí
140	M. G. O.	15	43	2 May. 46	13 May. 46	"	1 +	" perineales y perianales	"	Sí
141	P. D.	24	52	"	6 May. 46	"	2 +	"	"	Sí
142	M. G.	25	54	"	5 May. 46	"	1 +	"	"	Sí
143	T. C.	21	47	8 May. 46	29 May. 46	" Condilomatosos	1 +	"	"	—

Continuó trat. de	Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras
				Fiebre, vómitos	Toxico- dermia	Agranulo- citosis		
—	12 Feb. 46 ++++	Neg.	No	—	—	—	—	
Penicilina	8 Feb. 46 ++++	"	"	Sí	—	—	—	
Penicilina	6 Jul. 45 — — d 25 Ene. 46 ++++	"	"	Sí	—	—	—	
—	31 Ene. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	
—	No	"	7 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	7 Feb. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	
—	No	"	"	—	—	—	—	
—	15 Feb. 46 ++++	"	6 Mar. 46 — — + 13 Mar. ++++	—	—	—	—	
—	20 Feb. 46 ++++	"	13 Mar. 46 ++++ 17 Ago. 46 — — d	—	—	—	—	
—	No	"	13 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	"	"	13 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	"	"	22 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	"	"	25 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
Penicilina	25 Feb. 6 ++++	No	No	Sí	—	—	—	
—	1 Mar. 46 ++++	Neg.	22 Mar. 46 ++++	Sí	Sí	Sí	—	
—	19 Feb. 46 ++++	"	18 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	19 Jun. 45 — — —	"	"	—	—	—	—	
—	12 Feb. 46 ++++	"	29 Ene. 47 Kh.	—	—	—	—	
—	24 Jul. 45 ++++	"	29 Mar. 46 ++++	—	—	—	—	
—	7 Mar. 46 — — +	"	29 Mar. 46 — + +	—	—	—	—	
Penicilina	12 Mar. 46 — — +	"	12 Jul. 46 — — —	—	—	—	Sí	Emb. 3 meses; aborto.
—	9 Ene. 46 ++++ Kh. 128 U.	"	6 Mar. 46 ++++ 17 Jun. 46 — — d	Sí	—	—	—	Se trató estado gral. Ver Reg. 73.
—	No	"	6 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	
—	24 Abr. 45 ++++ 25 Feb. 46 — + +	"	4 Abr. 46 — — + 4 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	
—	11 Mar. 46 — + +	"	10 Abr. 46 — — + 24 Abr. 46 ++++	—	—	—	—	
—	11 Oct. 45 ++++	No	3 Jun. 46 — — — 15 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	
Penicilina	20 Mar. 46 ++++	Neg.	8 May. 46 — — +	—	—	—	—	
Penicilina	22 Mar. 46 ++++	No	No	—	—	—	—	Fugada.
Penicilina	22 Mar. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	
—	14 Ene. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	
—	1 Ago. 45 ++++	Neg.	9 Jul. 46 — — + Kh 4, U.	—	—	—	—	
Penicilina	3 Abr. 46 ++++	"	No	—	—	—	—	
—	No	"	No	—	—	—	—	
—	No	"	10 Ago. 46 — — +	—	—	—	—	
—	5 Abr. 46 ++++	"	2 May. 46 ++++	—	—	—	—	
—	"	"	2 May. 46 ++++	—	—	—	—	
Penicilina	3 Abr. 46 ++++	No	No	—	—	—	—	
—	No	Neg.	15 Mayo 46 ++++	—	—	—	—	
—	16 Abr. 46 ++++	"	No	—	—	—	—	
—	12 Feb. 46 — — d 16 Feb. 46 + + —	"	10 Mayo 46 ++++	—	—	—	—	
—	12 Abr. 46 ++++	"	8 May. 46 — — —	—	—	—	—	
—	24 Abr. 46 ++++	"	20 May. 46 ++++	—	—	—	—	
—	24 Abr. 46 ++++	"	"	—	—	—	—	
Penicilina	No	"	23 May. 46 — — + 11 Jul. 46 — — d	Sí	—	—	—	
—	26 Abr. 46 ++++	"	23 Mayo 46 ++++ Kh. 80 U.	Sí	—	—	—	
Penicilina	22 Abr. 46 ++++	"	23 May. 46 — — + Kahn 40 U.	Sí	—	—	—	
—	No	"	23 Jul. 46 — — —	Sí	—	—	—	
—	2 May. 46 ++++	"	23 May. 46 ++++ Kh. 120 U.	—	—	—	—	Por falta de venas.
—		"	3 Jun. 46 ++++	—	—	—	—	

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLERANCIA
										Suspendido
48	A. V.	19	41	8 Oct. 45	29 Oct. 45	Chancro	1 +	Vulva	Lúes primaria	—
49	M. A. H.	30	51	"	"	Sífilides	2 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
50	P. H.	18	42	11 Oct. 45	1º Nov. 45	"	Neg.	"	"	—
51	C. H.	18	55	"	"	"	1 +	"	"	—
52	A. E.	26	53	15 Oct. 45	5 Nov. 45	Placas mucosas	Neg.	"	"	—
53	S. G.	18	48	8 Ene. 46	29 Ene. 46	Sífilides	1 +	" periné marg. ano	"	—
54	I. C.	21	50	18 Dic. 45	8 Ene. 46	Chancro	1 +	Gran labio, vulva	Lúes primaria	—
55	C. R.	31	48	5 Ene. 46	26 Ene. 46	Sífilides	1 +	Vulva	Lúes Sec. Fl.	—
56	G. G.	23	48	10 Ene. 46	31 Ene. 46	"	1 +	Vulva y labios mayores	"	—
57	V. C.	19	45	14 Ene. 46	4 Feb. 46	"	1 +	"	"	—
58	M. E. L.	17	48	10 Ene. 46	15 Ene. 46	"	1 +	"	"	—
59	E. V.	14	39	"	31 Ene. 46	"	3 +	"	"	—
60	D. C.	23	50	"	"	"	3 +	"	"	—
61	M. de L.	19	60	"	"	"	1 +	"	"	—
62	E. L.	18	48	16 Ene. 46	6 Feb. 46	"	1 +	"	"	—
63	A. H.	18	50	30 Dic. 45	20 Ene. 46	"	1 +	"	"	—
64	I. A.	22	56	4 Ene. 46	25 Ene. 46	"	1 +	"	"	—
65	M. M.	18	55	17 Dic. 45	7 Ene. 46	"	1 +	"	"	—
66	N. G.	24	48	4 Ene. 46	25 Ene. 46	"	1 +	Vulva y perineales	"	—
67	R. C.	22	48	17 Dic. 45	7 Ene. 46	"	1 +	Vulva y labio mayor	"	—
68	C. R.	17	39	4 Ene. 46	25 Ene. 46	"	1 +	" " "	"	—
69	C. L. C.	21	52	15 Ene. 46	5 Feb. 46	"	1 +	" " "	"	—
70	C. G.	28	48	16 Ene. 46	6 Feb. 46	"	1 +	Vulva, cuero cabelludo, surco nasogeniano	"	—
71	A. de C.	18	39	30 Dic. 45	20 Ene. 46	"	1 +	Sífilides—V	"	—
72	M. E.	21	40	4 Ene. 46	25 Ene. 46	"	1 +	"	"	—
73	Z. V.	19	38	10 Ene. 46	17 Ene. 46	"	2 +	"	"	—
74	R. G.	19	40	8 Ene. 46	29 Ene. 46	"	1 +	Vulvares	"	—
75	J. M.	18	48	14 Ene. 46	4 Feb. 46	"	1 +	"	"	—
76	B. M.	—	—	20 Ene. 46	10 Feb. 46	Chancro	1 +	"	Lúes primaria	—
77	A. G. de C.	17	48	16 Ene. 46	9 Feb. 46	Sífilis condilomas	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
78	J. M.	17	46	"	"	"	2 +	"	"	—
79	E. L.	17	49	20 Ene. 46	10 Feb. 46	Chancro	2 +	Labio vulvar	Lúes primaria	—
80	C. H.	19	52	23 Ene. 46	13 Feb. 46	Sífilides	1 +	Periné	Lúes Sec. Fl.	—
81	B. Z.	18	48	"	29 Feb. 46	"	1 +	Periné y perianales	"	—
82	G. R.	22	43	"	13 Feb. 46	"	3 +	Vulvares	"	—
83	P. G.	23	57	"	"	Chancro	2 +	"	Lúes primaria	—
84	E. O.	23	50	"	"	Sífilides	1 +	"	Lúes Sec. Fl.	—
85	S. R.	25	52	"	"	Sífilides y placas mucosas	1 +	"	"	—
86	B. G.	20	62	28 Ene. 46	18 Feb. 46	Sífilides condilomatosos	1 +	"	"	—
87	E. L.	19	55	"	"	"	1 +	"	"	—
88	I. G.	18	56	"	"	"	1 +	"	"	—
89	D. P.	18	48	10 Ene. 46	31 Ene. 46	"	2 +	"	"	—
90	A. R.	22	57	1º Feb. 46	22 Feb. 46	"	1 +	" y perianales	"	—
91	P. T.	30	50	"	"	Sífilides	1 +	Vulva	"	—
92	H. M. A.	23	40	6 Feb. 46	27 Feb. 46	"	1 +	"	"	—
93	A. R.	22	55	"	"	"	1 +	"	"	—
94	E. L. R.	23	50	9 Feb. 46	30 Feb. 46	"	1 +	"	"	—
95	F. C.	24	55	"	"	"	3 +	"	"	—
96	A. A. L.	18	57	18 Feb. 46	28 Feb. 46	"	2 +	"	"	—

Nº de registro	Nombre	Edad (años)	Kilos	Fecha en que inició trat.	Fecha en que terminó	Síntomas	Fondo obscuro	Situación de las lesiones	Diagnóstico	INTOLERANCIA
										Suspendido
1	A. V.	18	58	21 Ago. 45	11 Sep. 45	Sifilides	1 +	Vulva	Lúes Sec. Fl.	
2	R. S.	25	57	"	"	"	3 +	"	"	
3	J. G.	27	60	"	"	"	1 +	Vulva y perianales	"	
4	R. G.	15	33	"	"	"	3 +	"	"	
5	E. L.	20	57	"	27 Ago. 45	"	2 +	"	"	Si
6	G. A.	18	57	"	11 Sep. 45	"	1 +	"	"	
7	Z. M.	21	46	7 Sep. 45	28 Sep. 45	"	1 +	"	"	
8	B. C.	26	55	"	"	"	1 +	"	"	
9	B. de C.	21	50	"	"	Chancro	1 +	"	Accidente 1º	
10	D. A.	29	48	"	"	Sifilides	1 +	Vulva y margen del ano	"	
11	F. P.	18	50	"	"	"	1 +	Vulva	Lúes Sec. Fl.	
12	F. G. T.	25	48	"	"	"	1 +	Vulva y pliegues génito-cru- rales	"	
13	B. F. H.	22	48	"	14 Sep. 45	"	2 +	Vulva	"	Si
14	S. S. A.	17	48	"	28 Sep. 45	"	3 +	"	"	
15	R. A.	32	48	28 Sep. 45	19 Oct. 45	"	1 +	"	"	—
16	B. L. F.	16	45	"	"	"	1 +	"	"	—
17	I. R.	21	49	2 Ago. 45	23 Ago. 45	"	1 +	"	"	—
18	F. M.	19	51	"	"	"	1 +	"	"	—
19	R. E. M.	23	58	"	"	"	1 +	"	"	—
20	U. R.	20	60	"	"	Sifilides condilomatosos	2 +	"	"	
21	H. B.	23	45	14 Nov. 45	4 Dic. 45	"	2 +	"	"	
22	J. S.	27	40	20 Nov. 45	25 Nov. 45	"	1 +	"	"	Si
23	B. A.	18	43	16 Nov. 45	6 Dic. 45	"	3 +	"	"	
24	L. A.	25	40	"	"	"	2 +	"	"	
25	J. A.	28	47	5 Nov. 45	26 Nov. 45	Sifilides y placas mucosas	Neg.	Grandes labios	"	
26	M. L.	17	48	30 Oct. 45	20 Nov. 45	Placas mucosas	3 +	Naso-genianos	"	
27	F. L.	22	50	22 Oct. 45	12 Nov. 45	Sifilides	3 +	Vulvares	"	
28	E. G.	16	43	"	"	Sifilides condilomatosos	1 +	"	"	
29	R. C.	31	54	"	"	Sifilides y placas mucosas	1 +	"	"	
30	R. E.	25	39	24 Oct. 45	4 Nov. 45	"	1 +	"	"	Si
31	D. R.	22	41	22 Dic. 45	12 Ene. 46	Placas mucosas	1 +	"	"	
32	I. C.	19	43	17 Dic. 45	7 Ene. 46	Sifilides	2 +	"	"	
33	M. C. R.	25	48	20 Dic. 45	5 Ene. 46	"	3 +	Vulvar y perineal	"	
34	A. G.	23	49	"	"	Placas mucosas	1 +	"	"	
35	E. V.	23	41	17 Dic. 45	7 Ene. 46	Sifilides	Neg.	"	"	
36	G. D.	29	39	11 Dic. 45	1 Ene. 46	"	3 +	"	"	
37	D. E.	21	50	4 Dic. 45	25 Dic. 45	"	1 +	"	"	
38	M. C.	17	38	"	"	"	2 +	Horquilla vulvar	"	
39	R. C.	19	39	"	"	"	2 +	Vulva	"	
40	M. M.	30	50	"	"	"	No	"	"	
41	A. A.	18	49	"	"	"	1 +	"	"	
42	M. P.	25	39	"	"	"	1 +	"	"	
43	M. H.	18	45	"	"	"	1 +	Vulva y génito cru- rales	"	
44	E. H.	24	51	"	"	"	3 +	"	"	
45	A. B.	17	40	"	"	Chancro	1 +	Grandes labios y vulvar	Lúes primaria	
46	J. T.	25	53	"	"	Sifilides	1 +	Vulva	Lúes Sec. Fl.	
47	A. A.	18	57	18 Feb. 46	23 Feb. 46	"	1 +	"	"	Si

Continuó trat. de	Serología antes del tratamiento	L. C. R. después del trat.	Serología después del tratamiento	SUSPENSIONES			Embarazo	Otras
				Fiebre, vómitos	Toxicodermia	Agranulocitosis		
Idem.	20 Ago. 45 W +	Neg.	Pérdida de vista	—	—	—	—	
"	9 Ago. 45 WK h +	"	7 Sept. 45 WJK+ 1º Oc. 45 WJ — K +	—	—	—	—	
"	5 Abr. 45 — — — 5 Ago. 45 — — d	"	15 Oct. 45 + d d 11 Nov. 45 — — —	—	—	—	—	
"	8 Ago. 45 + + + +	"	17 Sep. 45 + + + + 28 Ene. 45 — — +	—	—	—	—	
Penicilina	20 Ago. 45 + + + +	"	6 Jun. 46 — — d K.—20 U.	—	—	—	—	
—	13 Mar. 45 — — —	No	18 Sep. 45 — — d 12 Dic. 45 — — —	—	—	—	—	
—	17 Ago. 45 — — +	"	Pérdida de vista	Sí	—	—	—	
—	22 Ago. 45 + + + +	Neg.	13 Dic. 45 — + +	—	—	—	—	
—	27 Ago. 45 — — —	"	10 Oct. 45 — + +	—	—	—	—	
—	12 Ago. 45 + + + +	No	11 Oct. 45 + + + +	—	—	—	—	
—	28 Ago. 45 + + + +	"	23 Oct. 45 — — —	—	—	—	—	
—	No	"	10 Dic. 45 — — d	—	—	—	—	
Penicilina	21 Ago. 45 dd +	"	10 Oct. 45 + + d	—	—	—	—	
—	27 Ago. 45 — — d	Neg.	12 Oct. 45 + + d	—	—	—	—	
—	21 Ago. 45 + + + +	"	26 Oct. 45 — — —	Sí	—	—	—	
—	21 Ago. 45 + + + +	No	11 Oct. 45 — — —	—	—	—	—	
—	24 Jul. 45 — — +	Neg.	23 Oct. 45 + + + + 23 Ene. 46 — — —	—	—	—	—	
—	—	"	25 Oct. 45 — — —	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
Penicilina	12 Nov. 45 — d +	"	22 Ene. 46 — d	—	—	—	—	
—	No	"	10 Dic. 45 + + + + 9 Ene. 46 + + + +	Sí	—	—	—	
—	20 Ago. 45 — — — 12 Nov. 45 + + + +	"	No	—	—	—	—	
—	5 Nov. 45 + + + +	"	—	—	—	—	—	
—	22 Oct. 45 + + + +	"	—	—	—	—	—	
—	23 Oct. 45 + + + +	"	—	—	—	—	—	
—	15 Oct. 45 + + + +	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
—	—	"	—	—	—	—	—	
Penicilina	17 Oct. 45 + + + + 27 Ene. 45 — — —	No	7 Jun. 46 — — +	Sí	—	—	—	
—	21 Dic. 45 + + + +	Neg.	29 Jun. 46 + + + +	—	—	—	—	
—	No	"	15 Ene. 46 + d d	—	—	—	—	
—	3 Jul. 45 — — — 20 Dic. 45 + + + +	No	8 Feb. 46 + + + +	—	—	—	—	
—	No	Neg.	No	—	—	—	—	
—	5 Dic. 45 + + + +	"	8 Ene. 46 — + +	—	—	—	—	
—	No	No	19 Mar. 46 + + + +	—	—	—	—	
—	20 Jun. 45 + + + +	"	31 Ene. 46 + + + +	—	—	—	—	
—	—	"	19 Sep. 46 — — — 14 Nov. 46 — + +	—	—	—	—	
—	No	"	25 Nov. 46 + + + + 10 Feb. 47 — — —	—	—	—	—	
—	26 Nov. 45 + + + +	"	7 Ene. 46 + + + +	—	—	—	—	
—	4 Dic. 45 + + + +	"	3 Jun. 46 — — —	—	—	—	—	
—	No	"	No	—	—	—	—	
—	—	"	1 Feb. 46 — — — 28 May. 46 — — —	—	—	—	—	
—	—	"	31 Jul. 46 — — —	—	—	—	—	
—	—	"	28 Ago. 45 — — — 23 Oct. 45 — + +	—	—	—	—	
—	—	"	21 Feb. 46 — — — 7 May. 46 — — —	—	—	—	—	
—	—	"	Hemoliz — Sangre.	—	—	—	—	
—	13 Nov. 45 + + + + 4 Dic. 45 — — —	"	31 Ene. 46 — — —	—	—	—	—	
—	4 Dic. 45 — — —	"	31 Ene. 46 — — —	—	—	—	—	
—	10 Jul. 45 — — — 30 Nov. 45 + + + +	No	14 Ene. 46 — — — 20 Mar. 46 — — —	—	—	—	—	
Penicilina	25 Abr. 45 — + + + 5 Nov. 45 — — +	Neg.	No	Sí	—	—	—	
—	8 Feb. 46 + + + +	"	—	—	—	—	—	

DE SAN CARLO
 FACULTAD DE C
 MEDICAS
 TEMALA, C
 CIONE
 DIRECTIVA
 Univer
 RAUL
 EDIC