

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**Consideraciones Generales sobre la Sífilis
en el Departamento de Izabal durante los
últimos 10 Años**

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por**

ENRIQUE MAZARIEGOS URRUTIA

Ex-interno del Hospital General, ex-interno del Hospital San José,
ex-interno del Hospital Neuropsiquiátrico por oposición, ex-prac-
ticante de la Consulta externa del Hospital General en las clínicas
de: Venereología y Oftalmología y residente del Hospital de Qui-
riguá.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1955.

INTRODUCCION

"El primer paso hacia el conocimiento exacto de la sífilis, es el no considerarla por ningún concepto como una enfermedad necesariamente venérea".

Sir Jonathan Hutchinson (1829-1913).

DEFINICION

La Sífilis puede ser definida como una enfermedad del hombre universalmente distribuida, aguda y crónica, conocida desde hace miles de años (a la cual se le han dado distintos nombres en varios tiempos y lugares) siendo conocida actualmente como causada por un frágil parásito espiral del género *Treponema*. Propagada tanto por la vía venérea como extra-genital, se caracteriza por períodos tempranos y tardíos separados por estadíos de latencia; provoca en los tejidos humanos respuestas patológicas características; se diagnostica por exámenes complementarios de laboratorio y es susceptible de tratamiento con metales pesados, penicilina y piroterapia.

SINONIMIA

Llama grandemente la atención, que contrario a lo que acontece con muchas otras enfermedades, se ha dado a la sífilis multitud de nombres diferentes. Este hecho es testigo de su universalidad, y hay quienes la han denominado enfermedad de los mil nombres. (Algunos autores han hecho aún colecciones de las distintas denominaciones, pudiendo muchos de ellos dar varios cientos).

Las sinonimias de la trepanematosi, tienden hacia lo descriptivo, como: Pústulis, Bubas, Pinta; otros nombres son nativos y han sido traducidos literalmente como Pian (actualmente entidad diferente) Africa; Irkintja (Australia); Bajel (Siria). Otros tienen su origen en la fantasía, como Sífilis y Enfermedad de Job. En otras oportunidades ha sido confundida con otros estados patológicos, llamándole: Botón de Escorbuto, Sarna Gigante, Viruela Gigante y Lepra Venérea; ha sido llamada "Mal Extranjero" y dándosele la denominación de innumerables pueblos y países, tal como: Morbus Gálicos, Enfermedad Napolitana, Amboina Pox, Mal di Fiume, y Enfermedad de Crimea; también se llamó: Skerljevo en Dalmacia, Radesuge en Dinamarca, Spyrokelon en Grecia. Es difícil encontrar una parte del mundo donde esta dolencia no haya tenido una designación nativa, algunas veces han existido hasta dos apelativos en el mismo lugar, uno para denominar la enfermedad adquirida y otro para la congénita; así en los Balcanes se llamaba a la primera: Sífilis y a la segunda: Skerljevo; en Australia: Kirkni y Errikincha; y entre los Arabes: Panghi y Bojel. Manifestaciones clínicas especiales, han dado otras veces la denominación, así como Gangosa en Guam.

EL PARASITO

Del Treponema, como le designara su descubridor (Shaudin, 1906), ha hecho Bergely la clasificación siguiente:

- a) Orden: Spirochaetales;
- b) Familia: Spirochaetaceae;
- c) Género Primero: Spirochaeta, Ehremberg;
- d) Género Tercero: Cristospira, Gross;
- e) Género Cuarto: Borrelia, Swellengrebel;
- f) Género Quinto: Treponema, Shaudin; y
- g) Género Sexto: Leptospira, Noguehi.

Los biólogos, en el pasado han dudado sobre si los miembros de este orden pertenecen al reino animal o vegetal, pero tendencias modernas están en favor de lo último. En vista de lo anterior, se debe dar la terminación OSIS (Treponematosi) y no IASIS, que denota generalmente infestación por un parásito animal.

Shaudin al descubrir el parásito, usó indistintamente los nombres de Spirochetas y Treponema. De acuerdo con la taxonomía, posteriormente se dio cuenta que el nombre de Spiroqueta era inadecuado, pero el revuelo que el descubrimiento produjo en el mundo científico fue tan grande, que fueron luego impresos todos sus trabajos y la nominación Spirochaeta fue y aún es usada erróneamente.

Pusey ha defendido por sentimentalismo este error, basado en el uso general que del nombre se hace, pero científicamente debe llamarse Treponema al parásito y Treponematosi a la dolencia por él producida.

El Treponema mide de 4 a 10 micras, con un promedio de 7, tiene la forma de un resorte, con 3 a 12 vueltas de espira, en casos raros puede tener hasta 20. El espesor del filamento es de 0.25 micrones. Su reproducción la hace por escisión transversal y su motilidad es característica, siguiendo tres movimientos distintos: a) traslación sobre su mayor eje; b) rotación alrededor de éste eje; y c) angulación. Desde el punto de vista de su resistencia, el Treponema es una criatura sumamente frágil, a 45° C. muere en 10 minutos, así como también en un medio seco; el antiséptico más débil y aún una solución de jabón, lo destruye en 10 a 30 minutos.

VIAS DE INFECCION

La Sífilis puede presentarse en las siguientes formas:

- I) Congénita; y
- II) Adquirida. La cual puede ser:

- a) Precoz: 1.—Primaria; y 2.—Secundaria;
- b) Latente; y
- c) Tardía.

En la Sífilis congénita, es infectado el Feto en el útero en una madre sífilítica por vía transplacentaria. Esta forma congénita de la enfermedad cada día es más rara, porque cada día es mayor el número de madres sífilíticas tratadas durante el embarazo y el hallazgo de infección en el niño, es más bien un problema de diagnóstico de laboratorio que clínico. El diagnóstico temprano, es básico para la "cura" del niño.

Las manifestaciones clínicas más comunes de la Sífilis Congénita Tardía, son:

- a) Queratitis intersticial;
- b) Sordera;
- c) Ostiomielitis;
- d) Hidrartrosis de la rodilla; y
- e) Dientes permanentes defectuosos.

Hay que controlar la sospecha por un examen serológico. Hecho un diagnóstico de lúes, ya sea en hombre, mujer o niño, no hay que olvidar que se debe ordenar examen serológico a cada uno de los miembros de la familia.

Hay que sospechar la infección en:

- 1º—Todo recién nacido hijo de madre sífilítica conocida, ya sea que haya sido tratada o no, antes o durante el embarazo;
- 2º—Niños pequeños (peso sub-normal) mal nutridos y marchitos y que no aumenten de peso normalmente;
- 3º—Cuando presentan erosiones cutáneas más o menos generalizadas y sin causa explicable;
- 4º—Niños con catarro nasal persistente o gangoso; y
- 5º—Con pseudo-parálisis.

Además de la transmisión de la Sífilis por vía transplacentaria, como acontece en la Sífilis Congénita, en la Adquirida, puede hacerse por contagio directo: a través del coito, el beso, etc., así como por contagio indirecto: el llevarse a la boca objetos infectados, boquillas, vasos, etc.

Cualquier exulceración favorece la entrada del *Trepone* al organismo. Las mucosas húmedas y calientes (conjuntiva, vagina, pliegue prepucial) constituyen un medio apropiado para que viva el microorganismo y de ellas rápidamente es transportado a la circulación general, por medio de los linfáticos, pasando por los ganglios regionales. En el lugar donde se ha verificado la inoculación casi siempre aparece una pápula o úlcera a los diez o doce días después del contagio, es la lesión primaria, ya que es indolora y muy pequeña, como por encontrarse muy escondida en la vagina. "Toda ulceración en los genitales es de origen sífilítico, mientras no se demuestre lo contrario", en un tres por ciento de los casos, aparece el chancro intra-uretral, ocasionando una secreción serosa opalina. Un veinticinco por ciento de pacientes no presentan clínicamente chancro primario "Sífilis decapitada" y un cinco por ciento tienen chancro extra-genital, en la boca, labios, dedos de la mano, etc.; en la mujer: pezones, región anal, párpados, etc. Esta lesión primaria, cuando existe, desaparece y el enfermo cree estar curado, no siendo más que una curación falsa y aparente.

A los cuarenta o setenta días de la infección primaria, aparecen las lesiones secundarias llamadas sífilides, que puede ser de tipo maculosa, pigmentada, papulosa o pustulosa; las maculosas generalmente se localizan en el tórax y el abdomen; las sífilides mucosas, se llaman condilomas y son pápulas planas, húmedas que se localizan en la región anal o genital. Estas sífilides son más frecuentes en los jóvenes que en los ancianos y en el sexo masculino que en el femenino. Después de este período, generalmente existe otra etapa latente, sin manifestaciones clínicas aparentes.

tes, que puede durar varios años hasta todo el resto de la vida.

La lesión típica de la sífilis tardía se ha llamado: Goma, que tiene predilección de localización en las partes blandas del organismo: nariz, región external, muslos, partes blandas de la pierna, etc., pudiéndose localizar naturalmente en cualquier parte del organismo. Estos Gomas son lesiones indoloras, salvo que invadan algún tronco nervioso. El Goma es una producción morbosa de volumen variable, que se presenta en el período terciario de la sífilis, capaz de desarrollarse en cualquiera de los tejidos del organismo y caracterizado por la destrucción y reblandecimiento de sus partes centrales, seguida de la inmediata eliminación es por lo general, esta lesión blanda y no produce en el transcurso de su desarrollo dolor, salvo por compresión.

La sífilis del sistema nervioso central, se manifiesta por lo general de los doce a los catorce años de la infección primaria y la cardiovascular entre los diez y veinticinco años, después del chancro. Un cuarenta por ciento de enfermos no tratados viven sin complicaciones o síntomas de sífilis, presentando sí, lesiones mínimas de sus órganos.

Hay un hecho de observación: El embarazo aumenta la resistencia a la sífilis cardiovascular y nerviosa, en cambio los de raza negra tienen tendencia a la sífilis cardiovascular; los enfermos que presenten lesiones graves de sífilis secundaria precoces, son menos probables a presentar cuadros de sífilis tardía nerviosa y cardiovascular.

SINTOMATOLOGIA

De la precoz, el chancro; cuando existe. El chancro está caracterizado por linfagitis perivascular, endoarteritis obliterante-proliferación fibroplástica de curso lento. Un hecho fundamental de este período sifilítico está representado por la inflamación de los ganglios linfáticos de la

región corporal atacada; el chancro es de mediano tamaño generalmente único, pero pueden existir varios separados o contiguos, son indoloros, lisos, con exudado o sin él, de forma redonda u oval, es imprescindible hacer campo obscuro y reacciones serológicas para diferenciarlo de otras lesiones parecidas y no sifilíticas.

Sífilis Latente: Sífilis latente quiere decir sífilis escondida. Esta forma principia con la desaparición (espontánea o a consecuencia de un tratamiento específico inadecuado) de la sífilis precoz y dura un período de tiempo que varía de unos meses a toda una vida. Clínicamente nunca puede reconocerse la Sífilis Latente, pues no presenta síntoma alguno que haga sospechar la afección, haciéndose el diagnóstico por casualidad al efectuarse un examen serológico obligatorio: para ingresar al ejército, pre-nupcial, etc.

Por lo menos una tercera parte de todos los enfermos sifilíticos, se encuentran en este período de latencia.

Al descubrirse una Sífilis Latente, es conveniente practicar rutinariamente un examen de líquido céfalo-raquídeo para eliminar la posibilidad de una sífilis nerviosa asintomática.

Sífilis precoz activa: Generalmente se afirma que después de ocho semanas de la aparición del chancro, hacen su presencia lesiones típicas de la piel, mucosa y órganos. Las manifestaciones cutáneas pueden clasificarse en tres grupos: 1º) erupciones maculosas; 2º) papulosas; y 3º) pustulosas. Pueden presentarse lesiones combinadas de los tres grupos. Las lesiones mucosas típicas se observan más frecuentemente en la mucosa bucal, o en los labios, cerca de las comisuras, en la lengua y amígdalas o en la vulva y vagina; generalmente indoloras, muy contagiosas. No puede establecerse un límite fijo, en lo que respecta al principio de este período, pues es bastante variable; hay sífilis en este período que tardan meses en aparecer sus

manifestaciones, después de la curación del chancro, y otras veces aparecen, aún en presencia del chancro.

Los síntomas más generales son:

| | |
|--|------|
| Adenitis generalizada | 70% |
| Lesiones cutáneas | 80% |
| Fiebre, malestar, dolor de huesos y articulaciones | 50% |
| Lesiones de boca y garganta | 30% |
| Lesiones genitales | 20% |
| Lesiones del sistema nervioso central | 10% |
| Alopecia | 7% |
| Lesiones oculares | 4% |
| Lesiones viscerales | 0.2% |

Como se ve, las lesiones viscerales en este período, son las menos manifiestas y cuando existen, es generalmente en los siguientes órganos:

HIGADO:

En la bibliografía se encuentran únicamente 9 casos de sífilis aguda del hígado, la cual se diagnostica, cuando se presenta ictericia y lesiones secundarias. Se sospecha que las alteraciones patológicas se producen a consecuencia de una reacción flogística difusa, de localización en los canales biliares. Puede hallarse un hígado palpable o sensible y una linfadenopatía generalizada.

La atrofia amarilla del hígado, cuando existe, generalmente no se produce por la infección propiamente, sino que por los arsenicales que se administraron para el tratamiento. La Sífilis hepática tardía es menos frecuente de lo que se ha supuesto. En el Hospital "Johns Hopkins", durante un período de 32 años, se descubrieron 33 casos en 8,500 autopsias efectuadas en adultos; y de 6,420 pa-

cientes de sífilis tardía, el diagnóstico clínico, se estableció únicamente en 34 casos.

RIÑON:

Aparece nefrosis, encontrándose las Espiroquetas en los riñones, pudiendo encontrarse en la orina, albuminuria y eritrocitos; la Sífilis precoz del riñón es de muy difícil diagnóstico y puede aparecer bajo las siguientes formas: Nefritis intersticial crónica. La Nefritis no se debe a la sífilis "perse" sino más bien a las lesiones bucales (amígdalas, faringe) infectadas secundariamente.

OJOS:

En un 0.4% se presenta queratitis intersticial. Las lesiones más corrientes cuando existen son: neuroretinitis e iritis, la primera es menos frecuente que la iritis, puede presentarse edema de la papila y manchas de exudado retiniano. La neurítis óptica y retrobulvar van generalmente acompañados de meningítis sífilítica.

En la iritis hay fotofobia, disminución de la agudeza visual, epífora, oftalmialgia, los síntomas se confunden con cualquier otra infección del iris.

ESTOMAGO E INTESTINO:

La sífilis del estómago es muy rara, pues casi nunca se ve atacado este órgano. La del intestino es relativamente poco más corriente cuando existe se presenta sobre todo en el recto, dando síntomas de obstrucción intestinal, náuseas, vómitos y malestar general.

BAZO:

En el período de la sífilis precoz, se pueden formar en el bazo, lesiones gomosas y pueden abrirse al exterior, lo

mismo que en los testículos (muy raro), cuando no hay goma se presenta en forma de una lesión intersticial difusa. En la vejiga las lesiones son semejantes a las que aparecen en la mucosa bucal, dando sensación de ligero ardor.

APARATO RESPIRATORIO:

Cuando la sífilis llega a localizarse en el pulmón, que es muy raro, se presentan lesiones, como fibrósis difusas y micro-gomas, dando síntomas leves, que al estar muy avanzado el proceso, puede confundirse, clínicamente, con tuberculosis pulmonar.

HUESOS Y ARTICULACIONES:

En la sífilis ósea, los huesos más afectados, son generalmente: la tibia y el cráneo; produciendo nudosidades óseas y engrosamientos, que son producto de una periostitis. Hay una forma hiperplástica, semejante a la enfermedad de Paget. Las lesiones en el extremo esternal de la clavícula y propio esternón, pueden dar a los Rayos X impresión de T.B.C.

Cuando hay artralgias, estas son generalmente sin derrame y se ponen de manifiesto a la marcha, la articulación se encuentra inflamada. Cuando existe derrame, en la punción puede encontrarse el *Treponema Pallidum*.

No es frecuente una artralgia sintomática sin grandes manifestaciones de la enfermedad y el dolor puede acusarse, en una ó varias articulaciones, manifestándose a causa del movimiento; la articulación está inflamada y eventualmente hay derrame. Otras veces existe una artritis aguda, con valor y tumefacción articular, fiebre de 39° C. El aspecto de la articulación no difiere del que se presenta en la artritis gonococcica. Las reacciones serológicas confirmarán el diagnóstico.

DIAGNOSTICO

Cuando el médico sospecha lesión luética, en una persona enferma, no se dificulta mucho el diagnóstico, pero el problema estriba en que ¿cuándo es, cuando el médico va a investigar la sífilis en su paciente?, pues como sabemos, muchas veces no presentan los enfermos ningún síntoma que nos haga sospechar en tal afección y esto, asociado al prejuicio de médicos que creen que sólo las prostitutas, los criminales y los negros son los únicos que se ven azotados por dicho mal y consideran que su enfermo privado, no pertenecen a ninguna de estas tres clases, pues son gente "muy decentes" para poder adquirir la sífilis, creyendo muchos médicos herir sus sentimientos, al investigar en ellos tal enfermedad como cualquier otra a la sífilis, cuantos enfermos luéticos pasan inadvertidos por las clínicas particulares, por no presentar síntomas típicos de sífilis; es increíble la cantidad de pacientes que ambulan con su enfermedad, sin siquiera tener la más mínima sospecha que están invadidos por el *Treponema*. Es así como accidentalmente hemos descubierto la enfermedad muchas veces, ya nos podemos imaginar, si rutinariamente se investigara la sífilis en todos nuestros pacientes, en qué porcentaje aumentaría.

El diagnóstico clínico de la sífilis: Dada la multivariación de formas, síntomas y signos, así como las distintas lesiones de diferentes partes del cuerpo: ojos, meninges, piel, faringe, sistema nervioso, órganos genitales, cardiovascular, etc., por lo que es el Sifilólogo el llamado a hacer tal diagnóstico, como el control sucesivo del paciente, ya que el Especialista puede averiguar qué clase de sífilis afecta a cada paciente, qué órganos o tejidos han sido dañados, su grado de destrucción y hasta donde están invadidos y así dará un tratamiento adecuado a cada tipo evolutivo de la enfermedad.

Para el diagnóstico hay que tener en cuenta tres principios fundamentales:

1º) Convencerse que de todas las enfermedades serias, es la más prevalente entre los pacientes y por lo tanto, aumentar el índice de sospecha entre los mismos.

2º) Tomar en cuenta siempre que el diagnóstico clínico es muy difícil aún para el experto.

3º) Que luego de sospecharla es muy fácil de confirmar el diagnóstico por medio de exámenes serológicos (ya que es eficaz en un 95%) y campo obscuro (prueba de Nelson, inmovilidad del *Treponema*), según el caso. Hay que tener presente también, para el diagnóstico de la sífilis: a) cualquier lesión o úlcera genital es sifilítica, mientras no se demuestre lo contrario; b) Toda úlcera o lesión de cualquier parte del cuerpo, que no haya curado en dos semanas, puede ser lesión sifilítica; y c) Nunca debe hacerse tratamiento local de una lesión sospechosa de sífilis, antes de haber practicado exámenes de fondo obscuro y serológicos. El diagnóstico debe de ser lo más rápido posible, como su tratamiento y nunca debe darse tratamiento antiluéutico antes de confirmar la enfermedad.

El diagnóstico de la sífilis primaria se basa en: 1º) campo obscuro, repetirlo varias veces si sale negativo antes del tratamiento local de la lesión; 2º) Si sale el primer examen negativo de fondo obscuro, repetirlo tres veces, luego tomar serosidad de la base de la lesión, en los sucesivos exámenes, o bien tomar material de ganglios linfáticos regionales por aspiración; 3º) Practicar exámenes serológicos, lo antes posible; y 4º) Si son negativos los primeros exámenes, pero clínicamente se sigue sospechando la afección, controlar al enfermo con exámenes serológicos durante cuatro meses consecutivos, una vez por semana.

En el Período Secundario: El diagnóstico clínico es difícil, aún para el especializado, por lo que se aconseja seguir un método de diagnóstico.

1º) El control serológico, el cual es siempre positivo antes de la aparición de las lesiones clínicas que en otros casos no se presentan, o son tan simples, que pueden pasar desapercibidos; debe hacerse rutinariamente examen serológico en lesiones cutáneas, úlceras bucofaríngeas que no curen en 10 días, pérdida del cabello sin causa justificable, en cualquier iritis (de 10% a 30% son sifilíticas), o neuroretinitis (un 20% son sifilíticas), en dolores óseos vagos y artralgias crónicas. Hay otras manifestaciones clínicas, pero éstas son las más corrientes. En este período el examen serológico es 100% positivo, si después de 4 ó 5 exámenes serológicos diferentes, de una persona que se sospecha lúes, sale negativo, es seguro que las lesiones presuntas sifilíticas no lo son. El Médico debe tomar como norma, que en toda lesión cutánea, no importando su duración, forma ni apariencia, debe hacerse examen serológico. Muchas veces la única lesión sifilítica existente, de lúes secundaria, puede aparecer en las membranas mucosas, estando la piel completamente limpia. Hay que tener muy en cuenta que las lesiones sifilíticas de las mucosas bucofaringea, son fácilmente confundidas con amigdalitis crónica, faringitis infecciosa, queilitis, estomatitis aftosa, erosiones del bermillón del labio (hábito de morderse), lo mismo se sospechará y se practicarán exámenes serológicos en: lesiones óseas, articulares, genitales, oculares y alopecia. Al encontrar casualmente una pequeña lesión en cualquiera de estos órganos, hay que continuar haciendo una búsqueda minuciosa en todo el resto del cuerpo de alguna otra erosión. Quiero recalcar que la sífilis primaria, generalmente produce lesiones genitales y extra-genitales y la secundaria, lesiones cutáneas, más o menos generalizadas, así como pérdida del cabello, iritis, síntomas óseos o articulares, como lesiones de las mucosas; estas lesiones sifilíticas pueden ser confundidas por el médico general, con lesiones similares, producidas por otros microorganismos. En cualquiera de estas lesiones debe sospecharse sífilis y mandar

hacer exámenes serológicos y campo oscuro, varias veces, hasta estar plenamente seguro de su negatividad.

No olvidar que para que nuestra labor sea eficaz, hay que *buscar* a los enfermos que ignoran su mal y así hay que preguntar a todo enfermo: ¿quién cree que lo contagió? ¿a quiénes cree él haber contagiado a su vez? y acudir luego a estas personas, para descartar la enfermedad.

En la *Sífilis Tardía*, que puede invadir cualquier parte de nuestro organismo, resultaría muy complejo extenderme y analizar cada uno de sus múltiples aspectos, por lo que me limito a hacer un ligero esbozo de ella y únicamente citaré las formas más corrientes.

La sífilis en este período invade cualquier órgano, con más regularidad: mucosa y piel, sistema óseo, sistema cardiovascular, sistema nervioso y sistema ocular.

Sífilis Cutánea Tardía: Unas de las características de la sífilis cutánea tardía son:

- a) Lesión única solitaria, o varias, pero escasas;
- b) Induración con infiltración profunda;
- c) Proceso inflamatorio escaso e indoloro;
- d) Bordes arciformes, formando segmentos de círculo;
- e) Bordes netos y úlcera en "sacabocado";
- f) Tejido destruido o repuesto sin ulceración o con ella;
- g) Cicatrización superficial atrófica, sin elasticidad; y
- h) Hiperpigmentación periférica persistente.

Estas características sin embargo son inadecuadas para ser usadas como base de diagnóstico, por el Médico general, que no posee experiencia en dermatología y esta dificultad estriba en que no hay no menos de 25 enfermedades de la piel, que tengan una u otra característica, de las arriba apuntadas, por lo que para estar seguros que lo que diagnosticamos es sífilis, siempre hay que recurrir al examen serológico o biopsia, pues el examen de campo

oscuro, pocas veces es positivo en este período de la enfermedad.

Sífilis Osea Tardía: La sífilis ósea, es también una de las afecciones, que cuando existe, el Médico difícilmente la sospecha, por la sintomatología tan heterogénea y atípica que presenta y que son tan corrientes en otras afecciones óseas y articulares. Para su diagnóstico hay que tener presente:

1º) Exámenes serológicos de rutina, cuando existan lesiones óseas de cualquier índole, sospechoso de lúes.

2º) Buscar siempre otras lesiones asociadas a la lesión primitiva ósea, en diferentes partes del cuerpo.

3º) Sobre todo sospecharlas, cuando son lesiones de la tibia, cráneo y hombro.

4º) En los dolores óseos nocturnos, sospecharla siempre.

5º) El examen radiológico es indispensable en cualquier sospecha, aunque su negatividad, no descarta la posibilidad de que sea sífilis.

6º) Nunca debe operarse una lesión ósea sífilítica o sospechosa, para hacer diagnóstico, hasta que no se tenga examen serológico presente.

7º) Sospechar lúes en síndromes óseos que no curen.

8º) En cefaleas nocturnas severas, sospechar osteítis del cráneo.

9º) En las hidrartrosis bilateral de la rodilla y codos siempre sospecharla, adquirida precoz o congénita tardía.

Sífilis Cardiovascular: En la sífilis cardiovascular mientras más temprano se descubra la lesión, cuanto mejor, pues el éxito de la terapéutica, depende del tiempo transcurrido, desde el momento en aparecer la lesión, hasta el de iniciar el tratamiento, el éxito es inversamente proporcional al tiempo; a más tiempo transcurrido menos éxito y a menos tiempo transcurrido más éxito. Pues el

peligro estriba en que se desarrolle una lesión cardiovascular de carácter irreversible, como por ejemplo un aneurisma o una insuficiencia aórtica, por aortitis sífilítica. Estas afecciones, cuando son de origen luético, fácilmente se confunden en su etiología, por lo que su diagnóstico clínico, presenta ciertas dificultad, salvo los casos en que el paciente da una historia clara del origen y curso de su enfermedad y en ella nos refiere una sintomatología típica. De manera que el camino más seguro para llegar a diagnosticar una sífilis cardiovascular es:

1º) Sospecharla siempre en cualquier afección de este sistema.

2º) Controlar esta sospecha, con la ayuda de exámenes serológicos, electrocardiogramas, radiografías, etc.

Sífilis Ocular: Las lesiones oculares sífilíticas en sí, tampoco pueden diferenciarse clínicamente de otras lesiones similares oculares producidas por otras causas. Las lesiones más corrientes de la sífilis tardía del aparato de la visión son: Neuroretinitis, corioretinitis, iritis, atrofia óptica y uveítis; en cualquiera de todos estos casos que se presenten al Oftalmólogo, debe siempre sospechar lúes, un diagnóstico a tiempo puede salvar de la ceguera a su paciente. Nunca dejar de hacer examen serológico, y si la lesión persiste y el primer examen es negativo, repetirlo.

Sífilis Nerviosa: Se confunden fácilmente las lesiones nerviosas de origen sífilítico con las de otro origen, clínicamente, y así muchas veces se ha tratado la sífilis nerviosa, por neuritis corrientes: reumatismo, neurastenia, psico-neurosis, etc., por lo que siempre hay que sospechar sífilis en cualquiera de estos casos y otros semejantes. Controlar la afección sospechosa y efectuar exámenes serológicos. Y cuando este examen serológico sale negativo, practicar después de rutina un examen completo de líquido cefalorraquídeo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA SIFILIS PRECOZ

Genital con:

Papiloma venéreo.
Chancro blando.
Granuloma inguinal.
Lesiones piógenas.
Gonorrea.
Balanitis.
Intertrigo.
Alergia (eritema).
Traumatismos infecciosos.
Hérpex simple.

Extra-Genital con:

Amigdalitis crónica.
Carcinoma, labios.
Tuberculosis, labios.
Injurias traumáticas.
Angina de Vincent.
Enfermedades de los dedos.
Uñas infectadas.
Onichia.
Panadizo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DIFERENTES CLASES DE SIFILIS TARDIA

En la SIFILIS NERVIOSA con:

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Encefalitis epidémica. | Esclerosis en placas. |
| Poliomielitis. | Arterioesclerosis cerebral. |
| Neuritis periférica. | Alcoholismo crónico. |
| Epilepsia. | Neurastenia. |
| Parálisis Agitante. | Histeria. |
| Tumores de la Médula. | Psiconeurosis. |
| Tumores cerebrales. | Simple depresión. |
| Jaquecas. | Esquizofrenia. |
| Parálisis de Bell. | Ataxia vestibular. |
| Meningitis Tuberculosa. | Ataxia hereditaria. |
| Siringomielia. | Pseudo Tabes Diabética. |

En la SIFILIS CARDIOVASCULAR con:

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| Enf. reumát. del corazón. | Angor Péctoris. |
| Aneurismo disecante. | Enfermedad de Hodgkin. |
| Linfosarcoma. | Arterioesclerosis. |
| Hipertensión esencial. | Cardiopatías congénitas. |

En la SIFILIS OCULAR con:

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Retinitis pigmentosa. | Blenorragia. |
| Tumores de la órbita. | Ambliopía tóxica. |
| Glaucoma. | Iritis infecciosa. |
| Oftalmía Purulenta. | Focos sépticos. |

En la SIFILIS OSEA con:

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Periostitis. | Tuberculosis ósea. |
| Artritis no específicas. | Gota. |
| Osteomielitis piógena. | Artritis gonorreica. |
| Enfermedad de Paget. | Artritis hipertrófica. |
| Sarcoma. | Mieloma múltiple. |

En la SIFILIS CUTANEA con:

| | |
|--------------------|------------------------|
| Lupus Eritematoso. | Acné Rosáceo. |
| Piodermitis. | Forunculosis. |
| Pian. | Epitelioma Cutáneo. |
| Úlcera varicosa. | Dermatitis Seborreica. |
| Actinomicosis. | Granuloma anulari. |
| Lepra. | Tuberculosis cutánea. |
| Eczemas. | Eritema indurado. |
| Psoriasis. | |

TRATAMIENTO

En el tratamiento de la Sífilis se han ensayado varios métodos y técnicas, y se han hecho comparaciones de sus resultados, controlando a los enfermos sometidos ha dichas pruebas.

En nuestro medio se han preocupado los Sifilólogos por llegar ha sentar una terapéutica conveniente y eficaz, estudiando los resultados que se han obtenido con diferentes clases de elementos y manera de emplearlos; cuyos re-

sultados finales parecen estar de acuerdo con otros sistemas, que en diferentes países se han experimentado también.

Los estudios llevados a cabo y sus conclusiones, en los principales hospitales de Guatemala, los expondré a continuación:

Se han ensayado en Guatemala varias clases de tratamientos intensivos (Dr. Fernando A. Cordero, Año 1946-1950), en determinado número de pacientes; habiendo estado éstos, bajo estricto control, durante el tiempo que fueron sometidos a la terapéutica indicada. Los diferentes tratamientos a que se sometió a los enfermos en observación fueron:

- a) Tratamiento con Metales Pesados;
- b) Tratamiento Mixto, (Metales Pesados y Penicilina); y
- c) Tratamiento de Penicilina sola.

Se ensayó un *Tratamiento en 20 días*:

Poniendo Mafarside, hasta un total de 1,000 a 1,200 Mg. Bismuto hasta 8/10 de c.c. en total.

En esta forma fueron tratados un total de 442 enfermos.

Se ensayó un *Tratamiento de 12 Semanas*:

Administrando Mafarside 1 Mg. por K, 3 veces por semana. Subsalicilato de Bismuto, 2 c.c. una vez por semana.

En esta forma fueron tratados 154 enfermos.

Se ensayó un *Tratamiento Mixto*:

Mafarside 0.03/0.04 Mg. por K. I. V. por 10 días. Bismuto 1 c.c. cada tercer día por 10 días, al final de los cuales se puso Penicilina G. Procaínica, 2,400,000 U. du-

rante 5 días al final de los cuales, se repite el Mafarside-Bismuto (10 días).

En esta forma fueron tratados 410 enfermos.

Y por último, se ensayó un *Tratamiento de Penicilina Sola*:

Se usó Penicilina Cristalina 60,000 U. c/3h. (En la actualidad ya no la usan) por 8 días. Suplantado por Penicilina G. Procaínica, 600,000 U. cada 48 h., por 20 días, un total de 6 millones.

En esta forma fueron tratados 160 enfermos.

* * *

En los diferentes estudios que se hicieron a este respecto se sacaron las conclusiones siguientes: Haciendo la salvedad que en la actualidad, esta terapéutica está abandonada (metales pesados) y la Penicilina se usa únicamente en su forma de absorción lenta.

En total se trataron 1,162 enfermos y los resultados fueron los que a continuación expongo:

TRATAMIENTO DE 20 DIAS:

De los 442 enfermos observados durante 3 años, cuya edad varió entre los 16 y 42 años, un 20% tenían asociado a la lesión sífilítica otras venereopatías. El 80% de los casos restantes, no tenían ninguna otra complicación; un 75% presentaban lesiones genitales simples (Chancro). Un 10% con lesiones de tipo Condilomatoso; un 10% con lesiones agudas generalizadas de tipo pápulo-pustuloso, maculoso (roseola sif.) y psoriasiforme; un 2% con Chancro extra-genital. Y un 2% con lesiones exclusivamente perianales.

De los 545 que iniciaron la terapéutica, 103 no terminaron el tratamiento y los 442 restantes, tuvieron una cu-

ración clínica total, con desaparición del *Treponema Pallidum*. El 80% se controlaron clínica y serológicamente durante 18 meses, comprobándose un descenso progresivo de la curva serológica. Una negatividad más o menos definitiva en el 50% después de un año y no se observó recidiva clínica o serológica durante el tiempo que estuvieron en observación. A medida que el tiempo transcurría por diferentes razones, fué disminuyendo el número de enfermos que se tenían en control, sin embargo se controló un pequeño grupo de diez pacientes durante cuatro años consecutivos, y ninguno presentó recidiva serológica o clínica. El 20% restantes fue observado por el corto lapso de uno a cuatro meses y luego fueron perdidos completamente.

De esta primera experiencia se sacó en conclusión las siguientes desventajas:

- 1) Porcentaje elevado de reacciones tóxicas, un 45% las presentaron;
- 2) No puede ser administrado en dispensarios, pues se necesita que el paciente esté continuamente bajo control hospitalario.
- 3) En nuestro medio es difícil encontrar pacientes en buenas condiciones físicas, que puedan someterse a dicha terapéutica.
- 4) El peligro de dañar otros órganos.

TRATAMIENTO EN 12 SEMANAS:

Se estableció en enfermos de Sífilis precoz activa, entre los 23 a 64 años de edad, fueron tratados 154 enfermos, un 12% con venereopatías asociadas, habiendo recibido el tratamiento adecuado para dichas enfermedades concomitantes.

Un 80% de estos enfermos presentaban chancro genital simple; un 13% con lesiones condilomatosas genitales; y un 5% con lesiones activas generalizadas (tipo univer-

sal) y 2% con lesiones genitales activas y embarazo de los tres primeros meses. De los 1,162 casos tratados, 154 fueron sometidos a este tratamiento y de éstos, 55 no terminaron el tratamiento (se fugaron del servicio, reacciones tóxicas, rehusaron continuar). Los 99 restantes terminaron a satisfacción y presentaron pronta mejoría a la primera semana y cicatrización de la lesión a la 8ª ó 9ª semana de iniciado el tratamiento. De estos enfermos 92% se controlaron clínica y serológicamente durante 32 a 41 meses, comprobándose que los exámenes serológicos cuantitativos, empezaron a negativizarse progresivamente, hasta llegar a ser completamente negativos. Durante el tiempo de control no se observó ninguna recidiva clínica ni serológica. Se tuvo oportunidad de controlar a las embarazadas, habiendo terminado éstas su tratamiento durante el 6º y 8º mes de embarazo, habiendo tenido todas embarazo y parto normal, un 75% de estas eran primigestas y en el recién nacido no se encontró signos sifilíticos activo-congénito. En 10% de ellas tuvieron una reacción serológica positiva débil.

En conclusión, esta terapéutica es más adaptable al enfermo ambulatorio, es más fácil y menos oneroso que el anterior, menos tóxico, por lo que no se necesita mayor exigencia en las condiciones físicas del paciente. Su desventaja estriba en que: es largo y el enfermo difícilmente tiene constancia para terminarlo; de este grupo un 5.5% no lo terminaron; en 21% dio síntomas de intoxicación por tales razones se le sustituye por otros menos tóxicos y más eficaces.

TRATAMIENTO MIXTO:

En los servicios de Dermatología y Sifilología del Hospital General de Guatemala, se inició hace 6 u 8 años, un ensayo del método combinado, para el tratamiento de la Sífilis, es decir Metales Pesados y Penicilina (1946-47-48), con el objeto de hacer más corta y menos tóxica la tera-

péutica, como más eficaz y poderla adaptar al medio económico de las circunstancias, y así fueron sometidos a este tratamiento 406 enfermos que fluctuaban entre los 16 y 58 años. De éstos, 385 terminaron el tratamiento y en ellos desapareció el Treponema Pallidum de las lesiones que presentaban, a las 48 horas de iniciado el tratamiento, habiendo cicatrizado totalmente después de terminada la terapéutica. Fueron controlados durante 34 meses: 182 enfermos y no presentaron en ese lapso recidiva clínica ni serológica. En 10 casos únicamente se notó recidiva serológica entre el 9º y 16º mes de control, a éstos se les aumentó la dosis de Penicilina a 6.000,000 de U. y la curva de seropositividad fue declinando progresivamente, hasta descender por completo al 9º mes, a partir del cual, no volvieron más. Un 8% de este grupo continuaron con reacciones serológicas positivas débiles.

Este es un tratamiento de relativa corta duración, al alcance de nuestros sectores sociales y hospitalarios, pero tiene el inconveniente que el enfermo debe permanecer hospitalizado, bajo la continua vigilancia del Médico por los trastornos de intoxicación e intolerancia que producen el uso intensivo del arsénico. (Mafarside).

TRATAMIENTO CON PENICILINA SOLA:

Cuando se ensayó el método de la Penicilinoterapia sola, de 160 enfermos que se trataron, 21 casos recibieron el tratamiento con Penicilina Acuosa (actualmente ya no usan esta clase de Penicilina), entre las edades de 14 y 39 años, con lúes precoz. Se les administró 60,000 U. cada 3 horas, durante 8 días, habiendo respondido satisfactoriamente al tratamiento, las lesiones cicatrizaron entre el 6º y 12º día. De éstos presentaron reacciones de tipo alérgico, un 8%, que por ser leves no merecieron suspender el tratamiento. Se controlaron durante 3 años un 19% de estos enfermos, durante 2 años a un 33%, y durante 6 a 9 meses

gularmente entre 2 y 7 meses y 53 fueron controlados entre 2 y 36 meses, con resultados muy satisfactorios. Tres enfermos regresaron con historia clásica de reinfección con fondo obscuro positivo, por lo que se les sometió a nuevo tratamiento. En 8 casos 95.6% se observó entre el 8º y 10º mes de control, un franco ascenso de la curva serológica sin signos clínicos de infección ni alteración del líquido cefalorraquídeo, que fueron considerados como recidivas serológicas, fueron tratados de nuevo aumentando la dosis de Penicilina a 9.000,000 de U.

Las reacciones de intolerancia de este tratamiento son insignificantes, no se observó reacciones de intoxicación, ni se suspendió ningún tratamiento por estas causas.

En conclusión: en la actualidad es la droga de elección para combatir la Sífilis en cualquiera de su evolución clínica. Se considera superior al tratamiento Mixto, pues no da reacciones de intoxicación y es de una eficacia indudable. Los resultados terapéuticos son superiores a cualquiera de los otros métodos. El uso de la Penicilina de absorción lenta facilita el tratamiento ambulatorio. Se trata de una terapéutica cómoda, rápida y barata no necesitando que el enfermo esté en buenas condiciones físicas para tratarlo.

Por lo tanto es el tratamiento que a la fecha se aconseja para la Sifiloterapia.

En los Estados Unidos se han hecho experimentos similares, para probar la eficacia de la Penicilinoterapia, con respecto a las demás drogas y cuyo resultado ha sido satisfactorio en favor de la terapéutica con Penicilina sola.

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, recomienda un mínimo de 4.800,000 U. de Penicilina para el tratamiento de la Sífilis infecciosa temprana. Esta dosis resultó más eficaz que la de cantidades menores, por lo que se refiere al cambio de reacción positiva a negativa,

a la prevención de recaídas infecciosas y serológicas, como a la prevención de la Neurosífilis.

El plan generalmente usado en los Estados Unidos, consiste en: Una inyección inicial de 2.400,000 U. seguida a intervalos de 3 a 4 días de 2 inyecciones más de 1.200,000 U. cada una. La fuerte dosis inicial es una garantía para los pacientes que no regresan a terminar el tratamiento.

En 1945, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y los centros de tratamiento que cooperaron con él, dieron comienzo a un estudio de los resultados obtenidos con la Penicilinoterapia, a un grupo de pacientes de sífilis seleccionados, para observación intensiva después del tratamiento. Uno de los objetivos era el de probar hipótesis de que los pacientes que dejaban de estar en observación consecutiva, corrían la misma suerte que los que permanecían en observación y en el presente estudio se dan pruebas de la veracidad de este supuesto.

El objetivo principal era el de evaluar los resultados a largo plazo, de la penicilinoterapia con respecto a la sífilis temprana. En el 6º año a contar del tratamiento de penicilina, se observaron resultados satisfactorios en el 98%-99% de los pacientes de sífilis primaria y secundaria (inclusive los que habían recibido nuevo tratamiento). No hay pruebas de que la adición de Arsénico y Bismuto, favorezca la curación de la Sífilis. Las proporciones de reacción negativa 6 años después del tratamiento, fueron del 81.0% en relación con los pacientes que habían recibido la terapéutica combinada de Penicilina, Arsénico y Bismuto y del 80.7% respecto a los que habían sido tratados con Penicilina sola, mientras que las proporciones de tratamiento repetido eran del 17.4% y 16.3% respectivamente. Si se analizan los casos tratados con una dosificación "apropiada" de Arsénico y Bismuto, por el mismo método estadístico seguido para evaluar los efectos de la Penicilinoterapia, la superioridad de la Penicilina es bien clara.

PROFILAXIA

A pesar de tratarse de una enfermedad muy temida por la humanidad, es un problema la profilaxia de la misma, no solo porque resulta un poco molesto, publicar y hablar al pueblo de una forma cruda de la enfermedad, su forma de contagio, los primeros síntomas, lo que hay que hacer para evitarlo, etc. Esto nada tendría que ver con un público escogido, en el sentido de edad y sexo, por ejemplo en una sala pública, pero estas enseñanzas de profilaxia, deben de usarse no para grupos determinados, porque sería la de no terminar, debe hacerse en público, en la calle, así como se hace con la malaria, el parasitismo, la tuberculosis, pero he ahí el problema ya que no podría pegarse en una pared gráficas enseñando los caracteres de la lesión primaria genital o en qué forma se puede evitar el contagio. De ahí que sólo un determinado número de personas tengan el privilegio de saber cómo librarse del terrible mal y la gran mayoría no tienen ni noción de que puedan estar infectados, por este o aquel síntoma y esto se ve más en la gente pobre, del campo, aunque no es raro también ver esta ignorancia en personas de las ciudades con una grado de instrucción mediano.

Una de las formas más seguras para evitar el contagio es el uso de preservativo sistemáticamente y luego examinarlo y ver si no se ha roto; en caso sucediera esto, o que no se haya usado, se aconseja después del coito, inmediatamente administrar por medio de una inyección uretral, 4 c.c. de solución fresca de Protargol al 2%, mantener cerrado el meato durante 5 minutos entre el pulgar y el índice, luego se deja salir la solución sin hacer fuerza de manera que queden unas gotas dentro, después frotarse por 5 minutos, todas las partes del pene con 2 a 4 grs. de una pomada de calomelano al 33%, untando cuidadosamente el frenillo y el glande, así como el escroto. Si este método de profilaxia se practica antes de 90 minutos del contacto, suele ser

eficaz siempre. Puede usarse como profiláctico también después de este tratamiento una solución de Penicilina de 600,000 Unidades. El tipo individual de profilaxia consiste en el empleo de un tubo que contiene vaselina, benzoato de oxiquinolina, d-sorbitol y calomelanos. La experimentación moderna ha demostrado que dicha mezcla es tan eficaz como cualquier otro método de untura si se aplica inmediatamente después del contacto.

Hay que tener un estricto control de los enfermos que se han descubierto, pues si éstos se pierden de vista, no es raro que experimenten después, aunque hayan tenido un tratamiento adecuado para su mal, una recidiva, y por ignorarlo, pone en peligro a su compañera de vida y hasta sus propios hijos por contacto extragenital, de donde se deduce que para luchar verdaderamente contra esta temida enfermedad, debe también hacerse exámenes serológicos a los descendientes del propio enfermo, aunque éstos clínicamente no presenten ningún síntoma de sífilis.

SEGUNDA PARTE

EL FLAGELO EN IZABAL

El Departamento de Izabal, cuya cabecera es Puerto Barrios se encuentra ubicada al Noroeste de la República de Guatemala, teniendo actualmente una población de noventa y seis mil (96,000) habitantes y un área de 8,975 kilómetros cuadrados; su clima es cálido todo el tiempo, no así en el mes de diciembre cuya temperatura es bastante fría. Las estaciones de invierno y verano, no están bien marcadas y llueve continuamente.

Las condiciones higiénicas de todo el departamento son pésimas, tanto en la cabecera departamental como en los municipios, no hay agua potable, tomando ésta de los riachuelos aledaños, que arrastran infinidad de inmundicias, estando además toda la zona invadida de eternos pantanos, aún en la propia cabecera, que como consecuencia encontramos a sus habitantes, asténicos, abúlicos, enfermizos, faltos de vigor, desnutridos y anémicos en su mayoría por las precarias condiciones de alimentación, que muchas veces "sólo por obra de la Naturaleza llegan estas personas a adultos".

La Treponematosis en este ambiente que describo, es otro grave problema social, sumándose a los muchos que existen ya, y como nadie se preocupa de la misma, por ser quizá una enfermedad hasta cierto punto poco escandalosa, es que no se le pone ninguna atención y hasta la fecha aún no han tratado las autoridades sanitarias de controlar la sífilis como es debido y como he dicho, por su desarrollo solapado, es que no se le da la importancia que en realidad merece y agregando a esto que aún los mismos enfermos, muchos de ellos ignoran su mal y ambulan por doquier,

sembrando por ignorancia el *Treponema Pallidum* a organismos que hasta ese entonces se encontraban sanos.

Expondré a continuación, qué es lo que se hace en este importante Departamento para detener la sífilis, que creo existe en mayor escala, con respecto a los otros lugares de la República, y daré la incidencia de la misma durante los últimos 10 años, no hago en este trabajo un minucioso estudio de la enfermedad en sí, ya que como en breve expondré, su estudio para controlarla o actividades para detenerla son muy raquíticas, por lo que me limitaré a describir el panorama en general de semejante problema, para dar a conocer qué proyectos podrían hacerse al respecto y un día no lejano poner en actividad la lucha contra la lúes para mejorar las condiciones lamentables en que se encuentran sus víctimas.

¿Qué hace la United Fruit Company contra la Sífilis?

¿Qué hace Sanidad Pública contra la Sífilis?

Me parece de interés hacer un recuento de qué medios se vale la Compañía, referente a asistencia social médica, ya que podrían servir de base para futuros proyectos de lucha al *Treponema*, poniéndose de acuerdo Sanidad Pública y la Compañía para ese fin.

En la actualidad la United Fruit Company mantiene en la principal zona del Departamento de Izabal, los siguientes centros de asistencia médica:

1º) Un hospital en el lugar de Quiriguá, con capacidad para 181 personas, pudiéndose en caso necesario alojar hasta 300 enfermos. Dicho centro tiene: Sala de maternidad, sala de hombres, sala de mujeres, sala cuna, sala de seguridad social, sala para post-operados.

2º) Un dispensario en Puerto Barrios, que lo atienden dos médicos, un farmacéutico, tres enfermeros y un laboratorista que hace exámenes de: orina, gota, gruesa y heces, enviándose al Hospital de Quiriguá los exámenes serológicos.

3º) Un dispensario en el lugar de "Los Andes", a pocas millas de la Estación ferroviaria "Entre Ríos". Dicho centro está atendido por: un médico, un farmacéutico, dos enfermeros; habiendo camas para alojar a 10 enfermos de emergencia.

4º) Un dispensario en Bananera, atendido por: un médico, un farmacéutico, una enfermera graduada y cuatro enfermeras prácticas, con capacidad para alojar 25 enfermos de emergencia. Los exámenes de sangre para investigar lúes, también los mandan al laboratorio del Hospital de Quiriguá.

Además de estos centros de emergencia que están atendidos por médicos, se encuentran varios dispensarios, distribuidos por las zonas de mayor actividad laboral; estando atendidos por enfermeros prácticos, previamente entrenados en los principios elementales de orden médico-sanitario más corrientes. Estos dispensarios atienden a toda clase de personas que soliciten sus servicios, dándoles allí mismo el medicamento indicado o aplicándoles inyecciones que por indicación del médico del hospital, previa consulta, se les receta.

Dichos centros se encuentran ubicados en los lugares siguientes:

- a) Uno en el lugar de "Kreek";
- b) En la Finca de "Aztec";
- c) En la Finca "Ptxun";
- d) En la "Inca"; y
- e) En el "Pilar".

Cada uno de estos dispensarios dispone de una ambulancia para el traslado de enfermos y lo mismo que los otros, únicamente extraen la sangre de enfermos o a quienes se les va hacer examen serológico de rutina, y la envían al hospital.

Por parte de la United Fruit Co. colabora en una forma efectiva al control y tratamiento de la Sífilis, no

solamente en los enfermos que trabajan con la Compañía sino que también en personas enfermas particulares, es decir no empleados de la Frutera, los cuales no tienen ningún derecho a solicitar los servicios médicos, no así los familiares cercanos de los empleados, que si tienen tal derecho como si fueran empleados.

A los que se les atiende de "caridad" en un caso de sífilis, por ejemplo, no solamente se les da la medicación sin desembolso alguno, sino que quedan en lo sucesivo sujetos a control en el hospital, hasta que la sero-reacción salga negativa, habiendo naturalmente enfermos que por falta de voluntad ya no se presentan a la citación de control que se les hace, no obstante de serles completamente gratuito. A esta clase de pacientes se les aplica tratamiento ambulatorio, cuando las condiciones del enfermo le permiten asistir a las sesiones que se les indiquen para inyectarlos, es decir, que vivan cerca de un centro médico o dispensario y que sus condiciones físicas lo permitan. De lo contrario, si el enfermo no puede recibir tratamiento ambulatorio, ya sea porque su residencia quede demasiado retirada de un dispensario o que su estado físico no lo permita, se admite al hospital o centros de emergencia de la Compañía y se le da alta, hasta que haya recibido la terapéutica completa, citándosele, como antes dije, para que regrese dentro de 2 a 3 meses generalmente, para hacerles nuevo control.

Todos los empleados de la Compañía sin excepción, cada año son sometidos a un examen de orden médico general, dándole mayor importancia a las reacciones serológicas de rutina. El primer examen se practica al ingreso de la persona como trabajador de la Compañía, tanto a un empleado de categoría, como al más humilde peón y en caso uno de ellos resultara con reacción Cardiolipina positiva, se rechaza y se le practica el tratamiento gratuito, y hasta que el otro examen de control salga negativo, se le da la plaza a que había sido designado, indicándosele,

que se debe hacer nuevo control dentro de cierto tiempo, hasta tener plena seguridad que la lesión sifilítica no recidivará, sin embargo siempre sigue controlándosele cada año.

En esta forma la Compañía contribuye a detener en parte la enfermedad, impidiendo que cada día se disemine más, haciendo alto a cada corriente de Treponemas que se descubre.

La Terapéutica usada en este Centro para el tratamiento de la sífilis desde hace 10 años consiste en lo siguiente: se practicó una forma combinada de tratamiento, consistente en inyectar el primer día 400,000 unidades de Penicilina de absorción lenta por 8 días consecutivos, al mismo tiempo se ponía una ampolla de neosalvarsán cada 3 días en dosis progresivas, hasta llegar a una dosis máxima de 0.60 grs. Otras veces se usó Mafarside, una ampolla dos veces por semana, durante 4 semanas, siempre acompañada a la penicilina en la misma forma indicada.

El resultado con esta terapéutica, no se pudo comprobar a satisfacción, pues muchos de estos enfermos, la gran mayoría, no volvían al control a que se les había citado, por ignorancia o bien porque buscaba otro centro asistencial o a un médico particular y otros por "dejadez" creyéndose ya curados. Unicamente al cabo del tiempo aparecieron casos esporádicos, uno o dos años después del tratamiento, de recidivas, salvo pocos casos que se presentaron antes de los 3 meses (un promedio de 10 por año) y de los cuales el 10% resultaron con sero-reacción positiva débil por el método cuantitativo.

Como he subrayado en otro párrafo de este trabajo, aquí se atienden casos de enfermos sifilíticos que por no pertenecer a la Compañía se les trata de caridad y por consiguiente no tienen ningún "record" (tarjeta hospitalaria) donde se les anote, si han estado antes aquí en tratamiento y qué clase de terapéutica se les hizo, si la terminaron o la dejaron a medias, etc. A esta clase de

enfermos únicamente se les instruye sobre la clase de enfermedad que padecen y el peligro de no tratársela como es debido, dándoseles únicamente una "orden" simple para que se les practique el tratamiento y otro "papelito" para que lo presenten, como recordatorio al médico, al cabo de los 2 ó 3 meses que deben de volver a control, pero muchos de éstos ni terminan el tratamiento. Tales motivos me impiden exponer en esta Tesis, los resultados exactos de las diferentes modalidades evolutivas de la enfermedad en sí, durante los últimos 10 años, pues, no se ajustaría a la rigurosa realidad y mayormente si se toma en cuenta que en Sanidad Pública de Puerto Barrios no se encuentra ningún dato sobre las actividades contra el Treponema que se han llevado a cabo.

No así el número de casos, de sífilis habidos en determinado tiempo, ya que no se considera jamás una sífilis únicamente por el diagnóstico clínico, y rutinariamente se practica examen serológico, quedando siempre anotado en un libro de estricto control el número de personas examinadas y el de resultados positivos.

De hace 5 años a la fecha, se usa una terapéutica para la sífilis, únicamente con penicilina.

Se practica en dos formas: a) Cuando se va a tratar a un enfermo, que se encuentra hospitalizado, ya sea por que presenta lesión secundaria o bien porque estando hospitalizado por otra causa, se le encontró la afección accidentalmente. A esta clase de enfermos se les inyecta intramuscularmente 600,000 unidades de penicilina-procaína, de absorción lenta, por el término de 10 días, diariamente, llegando a un total de 6 millones de unidades; y b) cuando se trata de un enfermo que no presenta ninguna lesión secundaria ni síntomas muy molestos que pueden ser tratados en una forma ambulatoria, en tales casos se usa: 2,400,000 (dos millones cuatrocientas mil) unidades de penicilina procaína, de absorción lenta, en la primera se-

sión; a los 6 días se pone otra inyección en la misma forma y cantidad; repitiéndola una tercera vez a los siguientes 6 días. Lo que últimamente se ha usado es "Bencetacil".

Sin poder especificar cuántas personas han sido tratadas en esta forma, por lo antes anotado, diré que hemos tenido por término medio, un número de 6 recidivas por año.

Los síntomas que nos han guiado más para llegar a un diagnóstico de lúes, salvo lesiones secundarias visibles, que dicho sea de paso, hemos tenido poquísimos casos (8 por año, promedio), han sido: dolores articulares y musculares, angustia y malestar general, parestesias, temblor de los miembros, astenia con anorexia y cefalea, atarantamientos con trastornos visuales, la mayoría visita al médico por uno de estos síntomas. Sin tener ninguna alteración patológica, que justifique, aparentemente su dolencia ni historia de haber tenido chancre, que una gran mayoría lo ocultan al médico, por una vergüenza mal interpretada. Para las reacciones serológicas investigando sífilis, actualmente se practica la reacción de la Cardiolipina, en este centro del hospital de Quiriguá. Habiéndose usado anteriormente hasta hace 4 años, la reacción de Kahn.

Se abandonó el método de Kahn, por haberse comprobado mayor número de falsas reacciones positivas.

Únicamente cuando se trata de hacer un control, de un enfermo sifilítico, tratado con anterioridad, se ordena el método cuantitativo, pero generalmente se practica la reacción cualitativa de Cardiolipina.

Una reacción positiva de Cardiolipina, acompañada de un proceso palúdico, que por lo general sale falsa positividad, nunca se toma en cuenta, hasta dos meses más tarde de haber curado la afección palúdica.

En la página que sigue expongo un cuadro del total de enfermos luéticos habidos durante los últimos 10 años, separados por cada año.

Pacientes hospitalizados por otras causas, pero que se les hizo examen serológico por sospecha:

| Año | Nº de casos | Positivos |
|--------------|-------------|------------|
| Reacción | Casos | % |
| 1954 VDRL | 146 | 31 21.3 |
| 1953 „ | 147 | 30 20.4 |
| 1952 „ | 232 | 38 16.4 |
| 1951 „ | 505 | 104 20.6 |
| 1950 KAHN | 675 | 144 21.3 |
| 1949 „ | 500 | 153 30.6 |
| 1948 „ | 391 | 90 23.0 |
| 1947 „ | 398 | 131 32.9 |
| 1946 „ | 386 | 128 33.1 |
| 1945 „ | 391 | 172 43.9 |
| Totales | 3,770 | 1,201 26.5 |

Como puede apreciarse, la cantidad de personas en quienes se sospechó la sífilis, durante el término de los diez últimos años y se les mandó hacer examen serológico fue de *tres mil setecientos setenta*, habiendo resultado positivos un total de *Mil veintiuno*, que equivale a un *veintiséis, cinco* por ciento de personas sífilíticas.

Ahora, en el otro grupo que sin sospecha alguna de lúes se practicó examen serológico investigando sífilis, resultaron de *diez y nueve mil cuatrocientos setenta y siete* examinados rutinariamente, positivos a *tres mil setecientos cuarenta y cuatro*, equivalente a un porcentaje de *veinte, cinco* por ciento (20.5%). Estos porcentajes son apro-

ximados tomando en cuenta las falsas reacciones positivas, que pudieron existir.

Como puede apreciarse, el porcentaje es mayor en los que se sospechó la enfermedad que en los otros a quienes se les hizo el examen rutinariamente, pero, sin embargo puede notarse que la cantidad de sero-reacciones positivas en las personas insospechadas es bastante, relativamente grande; pues estos enfermos no presentaban lesión visible, ni ellos mismos sentían malestar alguno que les hiciera sospechar estar afectados.

Ya puede imaginarse el lector la cantidad de enfermos que ambulan ignorando su mal y a la vez la cantidad de personas sanas que irán contagiando.

En resumidas cuentas tenemos que en los últimos 10 años, fueron diagnosticadas solamente por parte del servicio médico de la United Fruit Co. en la zona de Izabal, un total de 4,765 enfermos y si hacemos un ligero cálculo, que de un total de 23,247 exámenes serológicos entre sospechosos y no sospechosos, resultaron 4,765 positivos de 96,000 que es la población de Izabal, resultarían más o menos 19,677.37 infectados de lúes y eso tratándose únicamente de trabajadores de la Compañía, con muy pocos casos de gente ajena a la Frutera y no tomando en cuenta los casos investigados en los centros médicos oficiales, a los que en breve me referiré.

Hay que tener muy en cuenta también que no se busca aquí al enfermo, ni se está haciendo campaña alguna contra la sífilis. De lo que resulta muy natural, que estos porcentajes aumentarían de una manera considerable si se investigara "Exprofeso" la lúes, buscando al enfermo.

Dado las condiciones cimatéricas, aquí existe Paludismo endémico y algunos pacientes sufren ataques agudos de paludismo sin ser tratados y pueden muy bien curar aparentemente una infección sífilítica reciente, dado la

Personas que, sin sospechar la infección fueron examinadas rutinariamente en dispensarios u hospitales.

| Año | Nº de casos | Positivos |
|-------------|-------------|------------|
| Reacción | Casos | % |
| 1954 VDRL | 2,251 | 482 21.4 |
| 1953 „ | 3,589 | 696 19.3 |
| 1952 „ | 2,894 | 510 17.5 |
| 1951 „ | 1,012 | 199 19.6 |
| 1950 KAHN | 1,617 | 266 16.3 |
| 1949 „ | 1,841 | 335 18.7 |
| 1948 „ | 2,179 | 328 15.0 |
| 1947 „ | 2,161 | 520 20.2 |
| 1946 „ | 1,247 | 300 14.2 |
| 1945 „ | 286 | 108 38.4 |
| Totales ... | 19,477 | 3,744 20.5 |

fragilidad del *Treponema Pallidum* aún a bajas temperaturas.

De todo esto, podemos deducir que es de imperiosa necesidad poner un poco de atención en esta enfermedad, de lo contrario jamás desaparecerá la sífilis de los asténicos y desnutridos organismos de nuestros ciudadanos y por el contrario, cada día irá aumentando y diseminándose más por toda la República.

Como anteriormente dije: que en el Departamento de Izabal, los únicos centros de asistencia médica del Estado son: en Puerto Barrios, un Hospital General, un Hospital Infantil, y una Unidad Sanitaria; en Livingston, solamente un Centro Hospitalario; son estos los únicos centros asistenciales oficiales de todo el Departamento. No puedo en este corto trabajo exponer las estadísticas de los enfermos sífilíticos que ha habido en los últimos diez años a la fecha, si ha aumentado o disminuido la incidencia de enfermos en dichos lugares porque no se lleva ningún control de los casos investigados por ellos, de manera que se imposibilita darse cuenta, si la sífilis tiende a disminuir o por el contrario su existencia cada día es mayor.

En ninguno de los Centros Médicos citados, existe laboratorio ni técnico laboratorista para efectuar exámenes serológicos, investigando lúes, pues, es de lamentar que en un lugar como Puerto Barrios que es el emporio de la prostitución y por lo tanto del *Treponema*, no exista un medio seguro para investigar y luchar contra tal flagelo, que seguramente ha de ser entre otras, una enfermedad muy corriente, ya que no se hace ningún esfuerzo para evitar su propagación.

SANIDAD EN PUERTO BARRIOS

En este lugar se examina periódicamente a las meretrices, haciéndoseles únicamente un examen clínico y si en

éste hubiera sospecha de sífilis en una de ellas, se le extrae la sangre y se remite a la cabecera departamento de Zacapa, donde efectúan los exámenes de laboratorio (Cardiolipina), una vez efectuados éstos envían los resultados al lugar de origen.

Como se ve, esto crea una serie de dificultades e incomodidades para estar remitiendo cada día exámenes a Zacapa y como consecuencia pérdida de tiempo para establecer un tratamiento debido y oportuno.

Por lo expuesto nos podemos dar cuenta que la sífilis en dicha región sigue adelante, ya que no puede detenerse por su propia voluntad si no se trata de obstaculizar su camino y si a todo esto agregamos que en dicha región la cantidad de hetairas que ejercen la "profesión" clandestinamente son cinco o más veces mayor que las registradas, mujeres éstas a quienes jamás se les examina y que por falta de escrúpulos son incapaces de evitar el contagio a sus semejantes, aunque ellas mismas por sintomatología típica, se den cuenta que están afectadas y que esa enfermedad se "contagia".

En resumidas cuentas podemos decir que el problema de la sífilis en el Departamento de Izabal, aunque las autoridades sanitarias no le han dado tal carácter, es de muy graves consecuencias; no se le ha tomado ningún cuidado ni mucho menos efectuar una campaña directa contra tal enfermedad para evitar que se continúe extendiendo por las diferentes regiones de la República.

En el Municipio de Livingston, que es otro lugar donde existe asistencia médica y la prostitución clandestina es o mejor dicho lo ven, por esos lugares, como la cosa más natural, ya que no se preocupan las autoridades por controlar tan funesto vicio y como es natural estas "rameras" nunca son examinadas por el Médico y por tal motivo significan una amenaza para la salud de los habitantes.

En el Centro Asistencial de Livingston, tampoco se trata de luchar contra la lúes, no hay ninguna actividad dirigida a investigarla entre los habitantes posibles sífilíticos y tampoco existe allí laboratorio para efectuar exámenes de sangre buscando el Treponema.

No llevan un libro de control donde se anote la incidencia de la enfermedad, de los casos que tienen por año, que si así fuera, tampoco serían de gran valor para una estadística de la incidencia de lúes, pues no se ajustaría a la realidad, ya que no comprendería a todos los que realmente están enfermos y que quizás mueren ignorando su mal.

Cuando se descubre un caso positivo de sífilis una vez efectuado el tratamiento, ya no vuelve más el enfermo a futuros controles, quedándose en la incertidumbre si curó definitivamente o por el contrario resistió al tratamiento, quedando igual.

CONCLUSIONES

- 1ª—Se trata de una enfermedad contagiosa que tiende a diseminarse en una forma hasta cierto punto solapada, por lo que *hay que buscarla*.
- 2ª—Por el uso desmedido de la penicilina en la gente del pueblo, sin prescripción médica, muchos exámenes serológicos se negativizan momentáneamente, dando como resultado *una falsa curación*.
- 3ª—Izabal y sobre todo Puerto Barrios es uno de los lugares donde más se practica la prostitución legal e ilegalmente, por lo que es uno de los Departamentos donde más generalizada es esta enfermedad.
- 4ª—Mientras más tiempo se deje pasar en efectuar una campaña de interés contra la Sífilis en estas regiones, *más difícil sera su control posterior*.
- 5ª—El tratamiento más eficaz hasta la fecha contra tal enfermedad, es la penicilina, sin combinarla a otras drogas que antes se usaron. Su administración debe ser en la forma de absorción lenta y como mínimo una dosis total de 6.000,000 (*seis millones*) de unidades.
- 6ª—No toda reacción serológica positiva significa inminentemente Sífilis, hay *falsos tests positivos*.
- 7ª—Un enfermo tratado *no debe darse por curado biológicamente*.
- 8ª—Debe practicarse examen serológico en todo enfermo sospechoso, *aunque no presente síntomas típicos de Sífilis*.

Es de urgencia y un deber nacional, *poner atención en el problema de la Sífilis en Guatemala*, por lo que hago las siguientes

RECOMENDACIONES:

a) Debe instalarse *sin pérdida de tiempo*, un laboratorio en Puerto Barrios y otro en Livingston, para efectuar exámenes serológicos, ya que estos lugares son el centro de la prostitución en la República y por consiguiente, donde lógicamente predominan las enfermedades venéreas y se diseminan a otros lugares relativamente sanos.

b) Debe trazarse un plan de control de la Sífilis, que sugiero en la siguiente forma:

- 1º) Practicar examen serológico (V/D.R.L.) a cada empleado nuevo en cualquier ramo del Estado, desde el de mayor categoría al más humilde peón, tanto del sexo masculino como del femenino.
- 2º) Repetir este examen por lo menos una vez al año rutinariamente.
- 3º) Los que salieren positivos, practicar la terapéutica indicada y hacer controles en lo sucesivo, no sólo del empleado enfermo sino que de su esposa e hijos.
- 4º) Practicar examen serológico obligatoriamente a toda empleada de restaurantes, comedores y negocios similares, cada año, no permitiéndose trabajar a aquellas personas que rehusaren ser examinadas.
- 5º) Efectuar estricto control de la prostitución ilegal que pulula en estos lugares.
- 6º) Divulgar por diferentes medios, los principales síntomas de la enfermedad y sus consecuencias si no se tratan como es debido por un Médico.
- 7º) Divulgar las diferentes formas de contagio y qué pueden hacer para evitarlo.

Esto se puede llevar a cabo por medio de conferencias a menudo a agrupaciones obreras o por medio del cine,

también por medio de cartelones discretamente diseñados, lo mismo en las escuelas nocturnas o diurnas a mayores de 16 años.

Sugiero también la idea, si algún día se piensa erradicar la enfermedad a que me he referido, de este Departamento de Izabal, por bien de la humanidad y de Guatemala propia, tratar o formar un plan de "ataque" de parte del Estado y la United Fruit Co. en ayuda mutua, poniéndose de acuerdo ambas partes.

Como punto final diré que: lo que se trata es que toda persona, de cualquier esfera social, se dé cuenta y conozca que la Sífilis, es una enfermedad peligrosa y muy fácil de adquirir por medio del coito y que si acuden a tiempo con el médico, se curan; y para ésto se hace necesario divulgar más la sintomatología típica de la enfermedad, de tal manera que al menor síntoma acudan a un centro asistencial.

Y repito: *mientras más tarde se empiece a poner atención a la Sífilis, mucho más difícil será su control*, pues lógicamente cada día tiene que ir aumentando su incidencia.

ENRIQUE MAZARIEGOS URRUTIA.

Bº Vº,

Dr. Fernando A. Cordero.

Imprimase,

Dr. José Fajardo,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Crozer Knoells M.D., Franck.—Diseases of the Skin.

Campbell M., Jonathan.—Tre Practice of Medicine.

Schamberg, Jay Franck.—Diseases of the Skin and the Eruptive Fevers.

Cordero, Dr. Fernando A.—Sífilis y Tratamientos Intensivos.

Earle Moore M.D., Joseph.—El Diagnóstico de la Sífilis para el Médico General. Traducción por el Dr. Fernando A. Cordero.

Albreght, F. K.—Medicina Interna.

Stokes, J.H; Usilton, L. J.; Moore, J. E.; O'Leary, P. A.; Wuile, U. J.; Parran, T. Jr.—Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica.