

¿CUAL ES EL MEJOR TRATAMIENTO DE LA SIFILIS?

(Memoria leída por el Dr. Angel Brioso Vasconcelos en el seno del VI Congreso Médico Nacional.)

TAL es la interrogación que la Junta Organizadora de este Congreso, penetrada sin duda de la alta importancia práctica de la cuestión, ha formulado y ha pedido a nuestra reducida experiencia el resolverla.

Los no muy largos años de nuestra carrera profesional en los que hemos dedicado preferente atención a la sifiloterapia, servirán de fundamento a nuestras opiniones y confrontaremos estas con las conclusiones de sifilólogos extranjeros cuya larga experiencia en las grandes clínicas y cuya erudición presta valor a sus juicios, documentándonos de preferencia, (aunque no exclusivamente) en escritos de autores norteamericanos por ser estos los más adelantados en la materia. En alguna ocasión se nos ha censurado—aunque con benévola suavidad—nuestra preferencia por la escuela estadounidense: debo confesar que esta raya a gran altura y que sin despreciar ni mucho menos, a los investigadores europeos, creemos que nuestros amigos del Norte marchan en esto - como en otras muchas cosas—a la vanguardia del progreso; y de ahí nuestra predilección por ellos.

La sífilis, enfermedad la más mortífera de cuantas afligen a nuestra especie, azote universal, pero principalmente del mundo civilizado, adquiere cada día mayor importancia en la medicina, al grado que uno de los maestros de mayor renombre en nuestros tiempos y no especializado en venereología, Osler, ha podido estampar esta frase, parodiando la Escritura: "Conoced la sífilis en todas sus manifestaciones y relaciones, y todos los otros asuntos de la clínica se os darán por añadidura."

La terapéutica de la sífilis ha atraído poderosamente la atención de los investigadores y se han conseguido notables progresos; no puede decirse que hallamos llegado a la meta y que se haya logrado descubrir un tratamiento que nos permita alcanzar el ciento por ciento de éxitos (cosa que no se ha logrado, dicho sea de paso, ni para la difteria, el tipo clásico de la dolencia dócil a la acción del terapeuta); empero, podemos asegurar que es la sífilis la más curable de las enfermedades crónicas, si se la trata científicamente, así como es de aquellas que con una certidumbre casi absoluta puede prevenirse. La desaparición de la "verole" será en no remoto porvenir una de las conquistas más valiosas de la ciencia del mañana, cual lo ha sido la desaparición de la podredumbre de hospital, la reducción de la peste

y del cólera y la de la fiebre amarilla, que en épocas pretéritas sembraron el espanto y enriquecieron a Carón.

Al presente es en el dominio de la quimioterapia (obra en gran parte del inolvidable maestro Ehrlich) en donde encontramos nuestras mejores armas para el combate contra la sífilis; y es el laboratorio (simple prolongación del estudio a la cabecera de los enfermos, conjunto de procedimientos de exploración armada) el que nos resuelve los problemas más complicados y el que nos da la clave diagnóstica que permite instituir un tratamiento oportuno, establecer un diagnóstico temprano, o comprobar una supuesta curación.

La arsfenamina (salvarsán, arsenobenzol, 606, o como quiera que se la llame) es el medicamento que primeramente ocupará nuestra atención: Es este el treponemicida más eficaz que conocemos: *in vitro*, mata el germen de Fritz Schaudinn y Eric Hoffmann en dilución al 1 x 7.500, en tanto que el sublimado lo hace en la de 1 x 5.000 y el neosalvarsán en la de 1 x 2.5000; (1) a la dosis de 1 centígramo por kilo de peso del animal cura, en una sola vez, la sífilis experimental del conejo, como es bien sabido; borra, con asombrosa rapidez las lesiones cutáneas y mucosas de la "lues", como todos lo hemos visto; vuelve negativa la prueba de Wassermann en gran número de los casos y cuya proporción varía del 47% (promedio obtenido por Fox (2) en 1912 sobre 1200 inyecciones aplicadas por 20 distintos médicos) al 100%, cifra esta última obtenida por Emery en 53 casos de infección reciente, y mediante inyecciones múltiples de arsenobenzol, a veces, suplementadas con algunas de neo (3) y, por último, ha permitido observar numerosos casos de reinfección, (4)—la prueba más valiosa de la curación de la enfermedad con la que podemos contar antes de que transcurran 40 ó 50 años—los que antes eran rarísimos. En tiempos anteriores a la salvarsanoterapia se necesitó de la autoridad de Fournier para que la reinfección fuera considerada como un hecho cierto; en nuestros días este hecho es frecuente, relativamente, y yo en mi práctica he tenido la ocasión de observar un caso probable que he relatado a la Academia de Medicina.

El mercurio, medicamento heroico, no ocupará nuestra atención si no es para decir que si bien la arsfenamina le ha quitado el primer lugar que antaño le correspondiera en el tratamiento de la treponemosis en que nos estamos ocupando, no por ello debe desaparecer del arsenal terapéutico; unas veces, las menos, será el medicamento de elección; otras, las más, será el adyuvante poderoso del arsenobenzol; será su aliado y complemento, y en otras (muy contadas) deberá ser excluído.

El empleo simultáneo o sucesivo del mercurio y la arsfenamina se funda en diversas consideraciones de orden clínico y suerológico: parécenos que los éxitos brillantes que se observaron hará diez años, cuando se aplicaron las primeras inyecciones del preparado de Ehrlich, se debieron, en parte, a que fueron administradas a pacientes que habían sido largamente mercurializados. Casi todos los sifilógra-

fos alemanes (5) han adoptado el tratamiento combinado: salvarsán y mercurio, y Ehrlich, fundándose en su fecunda hipótesis de los quimiorreceptores, lo aconsejaba (6). Morton dice ser opinión general (7) que los mejores resultados, por su rapidez y para la destrucción completa de los espiroquetos, se obtienen por medio del tratamiento combinado. Hazen y Fordyce y Pollitzer, citados por el primero (8) son partidarios de la medicación arseno-mercurial, y con ellos la generalidad de los venereólogos del Norte. Entre los franceses, Emery, Lacapere y Leredde dan la preferencia a los arsenicales sobre el tratamiento combinado; los dos primeros por otras razones y el último por adherirse a la opinión de Wechselsmann, quien considera peligrosa la administración de los dos medicamentos, por la sobrecarga impuesta al riñón.

Nuestra modesta opinión, fundada en casos que creemos ser de curación por el largo tiempo que han permanecido silenciosos, fundada en el estudio de otros en los que no ha podido descubrirse huella de la infección, indudablemente adquirida, ni por el examen minucioso del suero sanguíneo y del líquido céfalorraquídeo, o de aquel mencionado en que creemos haber observado la reinfección, está del todo en acuerdo con la que se profesa en Alemania y los Estados Unidos, y en cuanto a los riesgos que puntualiza Wechselsmann, creemos que su temor es exagerado, no hemos observado en 5 años ningún caso de nefritis que pueda atribuirse a la terapéutica combinada, y pensamos, también, que la mejor garantía contra el peligro señalado consiste en el examen químico y microscópico de las orinas y en abstenerse de la administración de los dos medicamentos de modo simultáneo, si se llega a descubrir una depuración renal insuficiente.

Los resultados de los exámenes suerológicos son, también, favorables al empleo del tratamiento mercurio-salvarsánico y para no cansaros con citas reproduciré sólo la opinión tan autorizada del Coronel Craig, quien dice: "Se obtuvo una proporción mayor de reacciones negativas en los enfermos previamente tratados por el mercurio (*) que en los que no lo fueron . . ." (9)

La neoarsfenamina, (Neosalvarsán, 914, neoarsaminol, novarsenobenzol, etc) que como es sabido no es más que un derivado de la arsfenamina, es un buen espiroquetocida, de acción superior al mercurio, pero inferior al 606; de reacción neutra, muy soluble y de fácil manejo, su uso se ha generalizado muchísimo y ha llegado a constituir, por lo menos en nuestro medio, el medicamento de elección para el tratamiento de los accidentes sifilíticos. Hemos expuesto, en otra ocasión, (10) los motivos en que nos fundamos para considerar que esa apreciación no es correcta, hemos citado el parecer de personas autorizadas; ahora debemos agregar que en pro de la superioridad de la arsfenamina el reputado dermatólogo de Filadelfia, Jay Franck Schamberg fundándose en estudio experimental (11) sostiene la misma tesis. Hazen es del propio sentir. (12)

(*) Se refiere a la acción del salvarsán sobre la prueba de Wasserman.

A propósito de la neoarsfenamina, no está por demás decir que la predilección de que goza se debe indudablemente a lo sencillo de la técnica para las inyecciones, lo que la pone al alcance de numerosas personas; ello es una grandísima ventaja puesto que desde que se divulgó el *modus operandi* de Ravaut (disolución de la sal en 10 y hasta en 2 c. c. de agua e inyección por medio de jeringa) la medicación arsenical se ha generalizado; empero no debe olvidarse la menor energía del medicamento en cuestión, comparado con su antecesor.

Concepto generalizado, entre comerciantes, enfermos y médicos es el del ser superior la neoarsfenamina preparada en Alemania a la de otra procedencia y tanto es así, que frecuentemente se oye hablar del "LEGITIMO NEOSALVARSAN ALEMAN", lo cual no es correcto pues los preparados similares fabricados fuera de la patria de Ehrlich no son, ni mucho menos, una falsificación, ni una imitación; son sencillamente un producto químico de origen germánico que puede prepararse en donde quiera que haya los elementos científicos e industriales que reclama su elaboración. Más de un año de uso diario del neosalvarsán fabricado en Nueva York nos ha convencido de su inocuidad y eficacia, empleo que hemos hecho en la clientela y en la no escasa que frecuenta el dispensario de la Sociedad de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, cuando este estuvo a nuestro cuidado. Los preparados similares hechos en Filadelfia son sometidos a pruebas más estrictas que su congénere alemán y experimentalmente se han mostrado menos tóxicos; así se puede leer en la obra del sifilógrafo de Washington que he citado varias veces (13) y así lo he expuesto recientemente en el seno de la Academia.

Otros sucedáneos se han inventado antes de la guerra para reemplazar al 606 y gran parte de ellos lo han sido por motivos no científicos, sino de otra índole. Mencionaremos a este respecto el "galyl" (que deriva su nombre del de Galeno), el "luargol" (combinación arseno-argéntica), el "disodoluargol" (derivado del anterior) y toda una serie de mezclas de cacodilato o metilarsinato sódicos con el biyoduro u otras sales de mercurio. De los primeros, el que ha merecido ser ensayado fuera del país de su origen es el galyl: le empleamos en un tiempo y le hemos abandonado por parecernos un preparado infiel, en ocasiones peligroso y un antisifilítico de acción muy inferior a la arsfenamina. Las mezclas cuyo tipo es el llamado "venarsen", productos puramente comerciales, no merecen que nos detengamos sino es para aconsejar que no se usen.

El salvarsán sódico o "Salvarsannatrium" es una substancia digna de la mayor atención: fué ideada por el benemérito Ehrlich y se dice que aduna a la neutralidad de reacción y fácil solubilidad del Neo la potencia de acción curativa del 606. Desgraciadamente las consecuencias de la gran guerra no terminan y por ello no se encuentra aún en el mercado una substancia que merece ser experimentada con todo empeño, pues de confirmarse lo que de ella se refiere, ven-

drá a ser el medicamento de elección en sifiloterapia. El "silbersalvarsannatrium" es compuesto argéntico fabricado por químicos del país del Rhin; de introducción muy reciente en la terapéutica, no es aún tiempo de pronunciarse sobre su valor.

La eficacia del tratamiento combinado y la enorme diferencia de acción entre el arsénico metaloide y sus sales, por un lado, y los compuestos en que algunos átomos de este cuerpo están soldados a la molécula de alguno de los colorantes derivados de la anilina, el cual colorante enmascara, por decirlo así, la toxidez del metaloide y obra sobre los parásitos a manera de mordente, ha inducido a algunos investigadores a intentar la síntesis de un compuesto orgánico hidrargírico que pudiera emplearse en vez del arsenobenzol, o conjuntamente con él; los resultados obtenidos, si bien no significan un triunfo completo, encierran, en cambio, halagadoras promesas para la quimioterapia de lo porvenir.

Me atrevo a suponer que el ensueño luminoso y fecundo del Profesor de Franckfort, la "terapia sterilisans magna" ha de realizarse antes de mucho y que un compuesto sintético arseno-mercurial orgánico será el arma poderosa con la que nuestros póstreros arrojarán del planeta la temida plaga de nuestros días: la sífilis.

El yoduro de potasio no es un treponemida, como no es un destructor *in vitro* del *actinomyces*: el T. de Schaudinn lo resiste en la enorme proporción de 1 x 10. En cambio, es un resolutivo de eficacia comprobada y a este título es medicamento muy útil en el terciarismo; obra, quizá, permitiendo a los otros remedios espiroquetidas ponerse en contacto con los treponemas tras infiltrados neoplásticos o ayudando a la normalización de la circulación en áreas pobremente irrigadas. El caso de Howard (14) con ser único es muy probatorio. No debemos olvidarnos de este valioso auxiliar terapéutico sin caer en la exageración de los "especificueros" que pretenden curar la "avería" con sus tisanas yoduradas y que realmente son, con la venia de autoridades sanitarias complacientes o ignorantes, uno de los mejores propagadores de la "lues".

Y ¿qué decir de la sueroterapia aplicada a la sífilis?—Que los argumentos de Regnier (15) no convencen ni los asertos de Query (16) parecen dictados por personas juiciosas; que no parece probable como propicio para probar la eficacia de la inmunización pasiva una dolencia que sólo confiere inmunidad en tanto que se desarrolla como proceso infeccioso y que cuando se ha extinguido permite una nueva invasión por el germen específico; que antes de hacer correr a nuestros enfermos el peligro de perder su tiempo en ensayos infructuosos—dejando a un lado tratamientos de reconocida o probable racional eficacia—debemos cerciorarnos del poder antiinfeccioso del nuevo suero en los animales receptivos para la sífilis y solo cuando se haya demostrado que el flamante suero es superior, o por lo menos igual a la arsenamina entonces debemos aplicarlo en la clínica. Así lo ordena, en

mi concepto, la moral médica y sus imperativos son categóricos para los que nos decimos discípulos del venerable anciano de Cos.

Tras estas consideraciones breves, en atención al tiempo reglamentario de que podemos disponer, y en atención a la paciencia del auditorio, debemos entrar de lleno en la resolución del tema cuyo estudio nos fué bondadosamente encomendado.

El *mejor tratamiento* de la sífilis, digámoslo con franqueza, no siempre será el mismo.

Por lo que mira al período de la dolencia, el tratamiento óptimo será el más precoz: tan luego se haya establecido el diagnóstico de la enfermedad deberá instituirse un tratamiento antisifilítico, pero no antes, sin olvidar, por supuesto, que este diagnóstico casi siempre es posible establecerlo con certidumbre, si llegado el caso se interroga al laboratorio y se tiene sentido clínico para valorizar las respuestas de este.

En el período inicial de la sífilis, cuando la infección es ya general, pero que los treponemas no se han acorazado, por decirlo así, tras la muralla de infiltrados celulares, de exudados organizados o de esclerosis, cuando aún no se han fijado en las vísceras y en el sistema nervioso, el mejor tratamiento es el abortivo. Este tratamiento consiste en la aplicación vigorosa y sostenida de los remedios específicos (arsfenamina y mercurio, o neoarsfenamina y Hg.) hasta la desaparición del chancro y la adenopatía, hasta obtener una suerorreacción negativa, y la continuación de las inyecciones mercuriales hasta saturación y la de los arsenicales hasta que la dosis normal (correctamente aplicada) se tolere sin reacción fébril. Como modelo podría proponerse un tratamiento consistente en una serie de 10 inyecciones de 606 (ó 15 ó 20 de neo) y unas diez de aceite gris (ó 20 ó 30 de cianuro o de benzoato de mercurio) las cuales son suficientes, en serie, para producir una curación radical, en el período primero (ya sea la Wassermann positiva o negativa, y con mayor razón en este último evento), y aún en algunos casos en los albores del secundarismo, cuando ha aparecido la roseola. El yoduro parece innecesario en este período.

El éxito de la curación se comprobará por la observación clínica prolongada durante varios años (no debe presentarse accidente ninguno imputable a la sífilis), por el estudio del suero sanguíneo (el cual deberá ser persistentemente Wassermann-negativo, aún en presencia de antígenos colessterinizados) y por el del líquido céfalorraquídeo; la reinfección, bien comprobada, es criterio cierto de curación, según autorizadas opiniones.

En el período secundario, ya la infección sea manifiesta o latente, ya el suero sea Wassermann positivo o Wassermann-negativo, el tratamiento deberá ser crónico intermitente: series de inyecciones arsenicales y mercuriales, alternadas o simultáneas, de 5 a 10 inyecciones cada una, hasta la desaparición de los accidentes y hasta que el suero sanguíneo sea Wassermann negativo, aún en presencia de

antígenos reforzados (si por una reacción anterior se colige que la fijación del complemento es específica) y siguiendo la técnica de Jacobstahl, fijación del complemento en frío. Las inyecciones deberán repetirse cada seis meses, cada año, por dos o tres años; la ausencia de recidivas, la ausencia de anticuerpos específicos en el suero sanguíneo (o de lipoides que actúen como tales anticuerpos) y la normalidad del líquido cefalorraquídeo, desde el triple punto de vista citológico, serológico y químico, pueden hacer presumir que se ha obtenido una curación radical, siempre que el tiempo de la observación sea bastante prolongado (5 años, 10 años). No sé que se hayan señalado muchos casos de reinfección en enfermos tratados en período secundario avanzado. Quizá fuera un poco atrevido el hablar de curación radical, de tratamiento abortivo de la infección en tal período, y la impresión que deja la lectura de autores modernos es la de que no hay una certidumbre absoluta de que la dolencia pueda ser definitivamente dominada en estas circunstancias. Por supuesto que la reaparición de los accidentes en cualquier tiempo constituye una indicación formal para la aplicación de nuevas series de inyecciones. Casos hay de reacción permanentemente positiva, a pesar del tratamiento más intenso (*Wassermann fast*, como dicen los norteamericanos) y estos casos que en concepto de Fordyce se explicarían por reinfecciones sanguíneas, de punto de partida intrameningeo, no están suficientemente esclarecidos; en ellos deberá hacerse el examen completo del líquido cerebroespinal y establecer la terapéutica endomenígea, si por tal examen se descubren localizaciones nerviosas del T., y cuando ello no sea así, deberá uno guiarse por la sola observación clínica, para poder descubrir la existencia de focos de parásitos. Por de contado que no deberán de reputarse como incluidos en este grupo los casos de lepra, tratados por la arsfenamina, pues la reacción, con frecuencia es positiva en esta enfermedad, como nos ha sido dado observar, y entonces dicha prueba no se modifica por la terapéutica antisifilítica.

En el terciarismo deberá seguirse una conducta semejante a la que acabamos de delinear, teniendo presente que la curación radical es aún más difícil de lograrse (si no es que esto no se llega a conseguir). Se tendrá presente que las lesiones vasculares (aortitis, coronaritis, arteritis cerebrales, etc.) contraindican el empleo *inmediato* de los arsenicales orgánicos, por ser vasodilatadores (sobre todo, la neoarsfenamina) o que obligan a producir cambios de presión no despreciables (inyecciones endovenosas de 606): que aquellos deberán ser precedidos de los mercuriales, que dichos arsenicales deberán usarse inmediatamente después de inyecciones de adrenalina, como lo ha preceptuado Milian para dominar o prevenir las crisis nitritoides, y que, por último, la reacción de Harsch Herxheimer (indicio no de la toxidez del medicamento sí que de su acción electiva sobre los focos parasitarios) reviste una gravedad excepcional en la sífilis visceral, principalmente en las formas laríngeas, encéfalo-medulares, cardíacas y hepáticas. Muchas veces la medicación intravenosa es bien

tolerada a dosis altas por los neurosifilíticos, indicio—como se piensa generalmente—de que el medicamento no llega al sitio de la infección; otras veces, no sucede así, y se han registrado casos de muerte, explicables por la reacción de Herxheimer, de los cuales uno reciente ocurrido en México ha llegado a mi conocimiento.

El yoduro de potasio—la “sal” de los viejos, según el prologo—está formalmente indicado en el tercer período de la sífilis, y cuando parezca no dar resultado *ab ingestis*, o cuando no fuere bien tolerado por esta vía, se recurrirá a las inyecciones intravasculares, bien toleradas por las venas cuando se recurre a soluciones débiles, al 3 ó 4%, pues las muy concentradas rápidamente endurecen el vaso.

Intencionalmente he omitido el referirme al período cuaternario, o de las manifestaciones *parasifilíticas* (parálisis general progresiva, tabes, leucoplasia), ya que a la luz de nuestros conocimientos actuales, la “parasifilis” solo tiene interés histórico. La demencia parálitica, la ataxia locomotriz progresiva, las leucoplasias, son accidentes del terciarismo—tardíos si se quiere—y su resistencia al tratamiento antiguo no es motivo suficiente, a mi ver, para hacer con ellas una clase especial.

Algo hemos dejado entrever, en lo que antecede, de las modificaciones que a nuestra conducta impone la localización de los accidentes: quiero, sin embargo, puntualizar un tanto y referirme al tratamiento local. El chancro, foco aislado de treponemas, testigo de la infección, pero parte mínima de la enfermedad *no deberá ser cauterizado* antes de que se haya investigado la presencia del temido protozooario, y después será tratado por toques de solución concentrada de salvarsan o neosalvarsán, para hacer su desinfección superficial; en caso de fagedenismo, la cauterización ignea está indicada, lo mismo que si hay asociación de B. de Ducrey. Las placas se tocarán por medio de las mismas soluciones arsenicales.

De todas las localizaciones de la “lues” las más graves, por muchos conceptos, son las que asientan en el eje cerebromedular y constituyen el conjunto de enfermedades que siguiendo a la escuela estadounidense se designan con el nombre de neurosífilis. El tratamiento de esta es un asunto que a la luz de las investigaciones modernas se presta a muchas e interesantes consideraciones, y sobre el cual no se ha llegado aún a la unidad de doctrina; como la discusión de este tópico me obligaría a salirme de los límites de esta memoria, me concretaré a exponer mi sentir personal, reservándome para tratarlo con alguna mayor extensión en el seno del Congreso, si ello me fuere dable.

La neurosífilis sintomática o asintomática, reclama como única esperanza de salud el tratamiento local, es decir, la inyección de sustancias antisifilíticas (arsfenamina, mercurio, neoarsfenamina) debajo de la aracnoides, siempre que la demora en instituir esta medicación sea peligrosa, o que el tratamiento por la vía vascular haya sido ineficaz.

Como medicamentos de elección y tras un estudio atento de los propuestos, tras de alguna experiencia y de no poca meditación, creemos que deben los dichos medicamentos ser recomendados en el orden siguiente: como el de acción más suave, como exento de peligros, el autosuero salvarzanizado, a la manera de Swift y Ellis, teniendo, este proceder el inconveniente de que para su empleo reclama un "outillage" un poco complicado y cierta habilidad técnica. Como de acción más enérgica, el autosuero reforzado con salvarsán, a la manera de Fordyce, o con biclururo de mercurio, según aconsejan Nicholson y otros varios. Por la sencillez de la técnica son de recomendarse el suero mercurializado de caballo, que se encuentra en el comercio (y del cual deberá emplearse como dosis inicial de 1 a 3 c. c., cuando más, convenientemente diluido, según nos ha enseñado nuestra práctica) el salvarsán disuelto en líquido cefalorraquídeo, $\frac{1}{2}$ a 1 mg. (Wile) y el neosalvarsán disuelto en solución estéril de cloruro sódico (Ravaut) o en el propio líquido cefalorraquídeo, a las dosis de $\frac{1}{2}$ hasta 3 o cuatro mgs. de la sal. Este último en manos del neurólogo Lafora ha dado éxitos envidiables y sería el procedimiento curativo más eficaz, según None; quien al decir de reputado sifilógrafo, es el médico de más amplia experiencia en el asunto.

No dejaré de mencionar, siquiera, el novísimo procedimiento preconizado por A. Knauer, de Würzburg, quien inyecta una dosis de 45 centigramos de arsfenamina en la carótida interna, (17) repite esta inyección hasta diez veces, con intervalos de 6 a 8 días, y relata en sus 22 enfermos así tratados, resultados clínicos y suerológicos superiorísimos. No me ha sido dado aplicar este proceder curativo—que no deja de ser seductor—y por lo tanto, cualquier juicio a su respecto sería de escaso valor.

El tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis no da, desgraciadamente, ciento por ciento de curaciones y es condición indispensable para lograr un buen resultado que sea instituido tempranamente, pues se concibe que ni las cantidades mínimas de medicamento que en él se usan, ni otras mayores, ni ninguna droga de las que conocemos sean capaces de regenerar los finos elementos nerviosos (fibras o células) destruidos por el treponema o degenerados, o de resolver las neoformaciones neuróglícas o dessoldar las adherencias creadas a merced de la flogosis crónica entre la pia madre y la corteza cerebral. Estos milagros, en contraposición con lo que conocemos de fisiopatología nerviosa, estaba reservado realizarlos (?) al famoso suero de Quéry si hemos de creer a ilustres desconocidos que dependen en su favor.

En algunos casos podrá lograrse la remisión duradera, en otros el proceso patológico será detenido en su evolución y en otros se conseguirá una verdadera curación, pero en todos el paciente se verá beneficiado, si se interviene a tiempo. Rodríguez Lafora indica, como tiempo máximo, para poder esperar un buen resultado, seis meses, a contar de la aparición de las primeras manifestaciones nerviosas.

No está por demás decir que el tratamiento local—cualquiera que sea la localización de la sífilis—no dispensa de la necesidad de instituir el tratamiento general. La sífilis, desde el chancro hasta la meningo-encefalitis, es enfermedad general, de ello abundan las pruebas biológicas y necrópsicas, y como tal deberá ser, invariablemente tratada por medios de acción general.

Las circunstancias del paciente, también influyen para modificar el tratamiento: los niños pequeños a quienes no siempre es fácil aplicar inyecciones en las venas, las recibirán en las epicraneanas o las yugulares y en no siendo esto posible, debe uno recurrir a las inyecciones rectales, tan elogiadas por Portillo (18) y para las cuales sí aconsejamos dar la preferencia al neo sobre el salvarsán. Estas inyecciones, de una técnica sencillísima, nos han dado buenos resultados en casos de heredosífilis, pueden ser aplicadas por cualquier médico y en cualquier lugar, en el rancho o la aldea, la hacienda o el campamento militar, son un medio de tratamiento muy discreto (de suerte que pueden emplearse cuando no conviene que "l'entourage" se dé cuenta de la medicación que se instituye) y creemos que en la terapéutica de los adultos, en el medio rural, deben tener un lugar preferente. Pensamos y con nosotros están médicos autorizados, que la inyección rectal no vale lo que la inyección venosa, pero es muy superior comparada con la abstención.

Se comprende claramente que, apartándose en esto del sentir general en el país, y parece que también en Francia, somos partidarios, en tesis general, del uso del salvarsán de preferencia al neo; más no por ello dejamos de comprender que en provincia y en las poblaciones pequeñas, cuando se carece de autoclaves para la esterilización rigurosa de 200 a 300 c.c. de agua y otros tantos de solución salina, cuando se carece de los aparatos que nos prestan seguridad (tal el de Boehm) para la aplicación correcta de inyecciones de arsenobenzol, o cuando se carece del hábito de hacer esta clase de inyecciones, el 606, el remedio heroico de la sífilis, pierde su primer lugar y lo cede circunstancialmente a su sustituto el 914, realizándose entonces el proloquio de que lo mejor resulta enemigo de lo bueno. Para el médico rural, para el tratamiento de los militares en campaña, para la atención de enfermos numerosos en los dispensarios públicos, el neosalvarsán es el preparado que debe ser preferido y el equipo de la casa Robert y Carriere, de París, resulta utilísimo, en las condiciones apuntadas. Si los accidentes no ceden a la acción del neoarsenobenzol, entonces se verá la manera de que el enfermo reciba los beneficios del salvarsán primitivo, pero nunca se le privará del muy estimable de su sucedáneo.

Hemos creído comprender la mente de la ilustrada Junta Organizadora del VI Congreso Médico Nacional al encargarnos la redacción de este trabajo y en su ejecución nos hemos ocupado preferentemente en estudiar los grandes lineamientos generales de la terapéutica antiluética; por ello no hemos querido descender a los detalles de

la técnica, más propios de la cátedra que de esta tribuna, indispensables ante un auditorio de estudiantes, pero superfluos ante una reunión de profesionales. Perdonadnos si para concluir dedicamos unas líneas para recordar y puntualizar un capítulo de la técnica no siempre detallado en los manuales, LO QUE NO DEBE HACERSE:

NO deben practicarse inyecciones concentradas de salvarsán: si alcalinas provocan flebitis dolorosas; si ácidas, pueden acarrear la muerte inmediata, cual ha acontecido ya en México.

NO deben practicarse inyecciones ácidas, es decir, de 606 directamente disuelto en agua o en suero, pues si algunas veces parecen inofensivas, son siempre peligrosas. La alcalinidad del medio es condición de la vida humana, la acidosis precede a la muerte y la produce; nunca podremos saber hasta que punto las reservas alcalinas de nuestro paciente bastarán a neutralizar el *biclorhidato* que introducimos y serán suficientes a neutralizar nuestra imprudencia. Hay registrados en la literatura casos fatales ocasionados por inyecciones ácidas intravenosas de salvarsán.

NO comenzar jamás el tratamiento por la dosis máxima, como lo hacíamos diez años ha.

NO administrar arsénico y mercurio, a quien tenga disminuida la depuración renal.

NO administrar dosis altas iniciales de mercurio o de arsenicales por la vía subdural, y las dosis sucesivas aumentarlas muy lentamente, de acuerdo con la tolerancia. Hace años, en uno de nuestros hospitales, dos enfermos recibieron por equivocación un centígramo de Hg. Cy. en inyección intraespinal: de ellos uno murió y el otro ha quedado parapléjico. En un caso de nuestra práctica 43/100 miligramos de Hg. Cl² produjeron en enfermo de meningitis esclerogomosa estado semejante al del mal epiléptico y nós hicieron temer por la vida de quien se había confiado a nuestros cuidados.

Pensamos que después de lo expuesto podemos fundadamente responder a la interrogación que sirve de título a esta memoria ¿Cuál es el mejor tratamiento de la sífilis?

Para esta enfermedad el mejor tratamiento es el que con el mínimo de peligro para el paciente destruye todos los treponemas pálidos y esto se logra, en nuestros días de manera casi segura por el empleo prudentemente combinado de la arsfenamina y el mercurio, con las precauciones debidas para no causar daño y llegando a las dosis que convencionalmente se designan como *normales*. Dicho tratamiento deberá ser muy intenso al principio del mal (tratamiento abortivo) y en las etapas posteriores, crónico e intermitente. Los resultados deberán ser comprobados por la observación clínica, complementada con la valiosísima información que nos da el laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

- (1).—Hazen. Syphilis. St. Louis, 1919. p. 33.
- (2).—Ibid. p. 615.
- (3).—Emery. Traitement abortif de la Syphilis. París, 1914.
p. 56.
- (4).—Ibid. p. 94.
- (5).—Ibid. p. 29.
- (6).—Thompson. Syphilis. Filadelfia y Nueva York, 1916,
p. 241.
- (7).—Morton. Genitourinary Diseases and Syphilis. St. Louis.
1918 p. 772.
- (8).—Hazen. *Op. cit.* p. 630.
- (9).—Ibid. p. 616.
- (10).—Revista Médica, Puebla, 1918 p. 101.
- (11).—Hazen. *Op. cit.* p. 625.
- (12).—Ibid. p. 626.
- (13).—Ibid. p. 627.
- (14).—American Journ. of Syphilis, 1918. p. 550.
- (15).—Regnier. Sérothérapie de la Syphilis, París, 1911.
- (16).—Quéry. La Syphilis, París, 1919.
- (17).—Gaceta Médica de México, 1920. p. 364.
- (18).—Eficacia e Inocuidad del Neosalvarsán aplicado por vía
rectal, Madrid. Sin fecha.

Según un arreglo concluído entre el Seamen's Church Institute de Nueva York y el Departamento de la Marina, los marinos que se ven obligados a atender a bordo enfermos, careciendo de médico, podrán consultar sobre sus casos por telegrafía inalámbrica con el médico del Instituto; así como la llamada para casos de accidentes es "SOS", la llamada para consultas médicas—la cual se espera queda pronto inscrita en las claves internacionales—será "KDKE".

Se señala una albuminaria pretuberculosa, un reumatismo pretuberculoso, dispepsias pretuberculosas, estados neurasténicos pretuberculosos, calenturas pasajeras pretuberculosas, etc., etc.; pero todas esas manifestaciones habrán de ser admitidas, a mucho conceder, como expresiones prodrómicas o, lo que es lo mismo, como síntomas de propatía reveladores sin duda alguna de las primeras etapas recorridas por la tuberculosis en marcha.

R. E. MANUELL.