

# Profilaxis y Tratamiento de la Sífilis en el Ejército

(RESUMEN DE LO EXPUESTO EN LAS DOS CONVERSACIONES CELEBRADAS EN LA SANIDAD MILITAR)

Por el Dr. **BARTOLOME VIGNALE**

Profesor de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Medicina

---

Agradezco al Sr. Director de la Sanidad Militar, Dr. Guillermo Rodríguez Guerrero, el honor que me ha dispensado al pedirme que haga algunas consideraciones sobre el problema de la Profilaxis y el Tratamiento de la Sífilis en el Ejército.

He aceptado gustosísimo la idea de cambiar impresiones, en actos como éste en donde durante media hora se expone y en la restante media hora se comenta sobre lo dicho. Haremos una conversación amable preparando los elementos para intensificar la lucha contra los males venéreos.

Es necesario llevar los principios fundamentales sobre profilaxis a todos los medios y difundirlos después, para que cada uno de los integrantes del ejército sea un propulsor que contribuya a formar la conciencia colectiva.

Se ha expresado que en materia de profilaxis de la Sífilis el tratamiento es la mitad y la otra mitad la educación.

Para tener éxito hay que formar el ambiente propicio, educando.

Una vez formado el ambiente propicio, cuando se está todo preparado, se podrán tomar todas las medidas necesarias con la seguridad de que no serán resistidas, actuando por convicción y no por imposición. Así se puede tener éxito.

El otro aspecto es el de la profilaxis por medio del tratamiento.

Adquirir la sífilis no es delito; contaminarla sí es un delito y delito moral es no tratarla.

Por el tratamiento llegamos a la esterilización de las lesiones suprimiendo focos contaminantes y evitamos afecciones de futuro.

Se ha dicho que cuesta más caro no curarla que curarla; lo caro es curar sus consecuencias tardías, como las viscerales (cardíacas, mentales, etc.).

Hechas estas consideraciones generales hay que saber con qué elementos se cuenta para la lucha y cómo disponerlos.

En la organización de la lucha antivenérea en nuestra Sanidad, bajo una dirección general, hay tres centros, cada uno con su función, específica bien definida.

Ellos son:

- 1º) Los Centros de asistencia de cada cuerpo, lo que se ha dado en llamar las enfermerías, nombre que creo inadecuado porque la misión que le está encomendada es muy superior a la de una simple enfermería.
- 2º) La policlínica de la especialidad.
- 3º) La Sala de hospitalización.

Para que haya eficacia es necesario que estos tres marchen sincrónica y armónicamente, tal cual las piezas de una máquina de función elevada.

*Es al primero*, al centro de asistencia de cada cuerpo, al que toca la tarea más difícil y menos apreciable, sobre el que gravita más directamente la función educativa de que hablamos. Le corresponde dar al personal los conocimientos elementales de profilaxis para que después, cada uno de los elementos del ejército sean nuevos agentes de difusión de los conocimientos adquiridos.

No detallaré la manera de efectuar esta acción educativa porque según se me ha informado ya ha sido tratada por distinguidos colegas que han ocupado esta tribuna.

En caso de contaminación, decía, se debe actuar precozmente, porque la iniciación precoz del tratamiento es el principal factor para lograr la curación.

*En cuanto se constata una lesión genital debe ser enviado al segundo Centro*; el de la policlínica especializada donde no por sabido se debe dejar de repetir estos dos principios que deben regir:

- 1º) El diagnóstico precoz del chancro sifilítico lo hace más el laboratorio, por la investigación del treponema, que la clínica.
- 2º) Que, como se ha expresado, frente a cualquier *lesión genital* se debe pensar en la sífilis y salvo preciso diagnóstico en contrario, disponer la investigación del treponema pálido en la misma.

*Si se constata que la lesión es sifilítica, entra a actuar el 3er. Centro*: la Sala del Hospital, en donde el paciente debe permanecer los primeros tiempos hasta que desaparezcan las lesiones contaminantes.

¿Qué tratamiento se debe instituir? ¿Qué normas se deben seguir?

Voy a seguir una exposición semejante a la efectuada anteriormente tratando este tema.

## LA CONVENIENCIA DE UNIFORMAR HA CREADO LOS METODOS STANDARD

Es conveniente que los grandes organismos sigan las orientaciones de un método standard.

En él todos los prácticos tienen normas generales, factibles de ser empleadas en la mayoría de los casos.

El standard que llena el máximo de condiciones favorables es el del tratamiento precoz; en las formas tardías o viscerales es más difícil poder establecerlo. En estos casos se debe actuar según las circunstancias, que dependen del paciente y del momento clínico.

### ¿QUE VENTAJAS PRESENTA EL STANDARD?

Las dos principales son:

Primero: lleva a conocimiento de todos los colegas un método útil y eficiente; y

Segundo: permite sacar conclusiones basadas en el gran número y por tanto obtener los datos invalorables que nos proporcionan las estadísticas globales.

### ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES OBJECIONES QUE SE HACEN?

La *primera* es que puede haber médicos que lo aplican sin mayor meditación y de manera casi mecánica.

La *segunda* está basada en lo poco racional de las dosificaciones establecidas previamente. Dicen los contrarios al método que las dosis medias para unos, pueden ser altas para otros, y que la tolerancia de las dosis no es igual para todos.

La *tercera* se fundamenta en que el organismo no se encuentra siempre en las mismas condiciones, que el paciente es quien hace las dosis, que los medicamentos hay que aplicarlos como se puede y no como se desea y que los médicos no deben hacer peligrar la vida de sus pacientes.

A esto debemos contestar que los argumentos en contra deben ser valorados y tenidos en cuenta para corregirlos y evitar los inconvenientes, pero no tienen la suficiente importancia como para desechar el standard.

Si en las dosis iniciales o en las sucesivas se presentaran trastornos o intolerancias, se harán las modificaciones que los exámenes dicten.

Es indispensable que el médico vigile y siga todos los detalles del tratamiento con los controles clínicos y serológicos, indicando personalmente las dosis teniendo en cuenta la tolerancia de las anteriores.

Debe interrogar y observar cualquier anomalía provocada por las inyecciones en vez de ordenar un determinado número de éstas sin seguir de cerca al enfermo. En el caso que no las practique personalmente debe depositar plena confianza en el encargado de darlas.

Aceptada la necesidad de establecer el Standard digamos que el método exige el conocimiento de dos hechos fundamentales:

- 1º) el momento que debe ser aplicado
- 2º) el de las medicaciones de que disponemos y cómo debemos usarlas.

Con respecto a lo primero ya hemos dicho que no existe momento más oportuno para tener un alto porcentaje de éxitos que el que se ofrece cuando la sífilis es bien reciente y en especial cuando el chancro tiene menos de quince días y la suerología es negativa.

Como tiene que ser intenso y sostenido y por el momento en que se ejecuta se le llama de asalto.

Con respecto a lo segundo hay cuatro factores a tener en cuenta:

- 1º) Cuáles son las medicaciones más eficaces.
- 2º) En qué momento tenemos que aplicarlas.
- 3º) Con qué intensidad debemos usarlas.
- 4º) Por cuánto tiempo tenemos que insistir en su uso para alcanzar el fin propuesto.

#### ANALICEMOS:

##### 1º) *Cuál es la medicación más eficaz.*

Todos los medicamentos para combatir la sífilis son excelentes, dependiendo el uso de cada uno de ellos del momento en que debemos actuar y de las circunstancias, pero la práctica nos permite afirmar que en el período inicial, salvo contraindicaciones especiales, la más correcta elección para un tratamiento estandar es la triple medicación asociada: la penicilínica, la arsenical por vía intravenosa en forma de arsenóxidos y la bismútica.

Hago esta afirmación sin negar la utilidad de los otros medicamentos y sin querer establecer comparaciones. Se suministra en series mixtas, conjungadas al comienzo y mixtas alternadas después.

##### 2º) *El momento más propicio.*

El momento para iniciar la medicación está regido por el principio de que la sífilis es tanto más posible de ser curada cuanto más precozmente se inicie el ataque, siendo el momento ideal el período primario cuando son negativas la Reacción de Wassermann y las otras reacciones serológicas, para lo cual es necesario el diagnóstico precoz.

##### 3º) *La Intensidad.*

Las dosis tienen que ser lo suficientemente intensas como para que puedan ser eficaces sin ser agresivas, y el intervalo entre ellas tiene que ser bien regulado para que el organismo tenga siempre el índice útil de impregnación medicamentosa.

##### 4º) *El tiempo que deba prolongarse.*

Es un factor decisivo de éxito y puede afirmarse que muchos fracasos se deben a que la medicación no ha sido suministrada durante el tiempo necesario.

Si los factores que he citado no son suficientemente valorados por el médico y no se les hace marchar al unísono, el fracaso será inevitable y expondremos al enfermo a desagradables contingencias de futuro.

No vamos a sostener la tesis de que con un tratamiento que llene estas

condiciones estaremos seguros de llegar siempre a la curación. No afirmamos tal cosa; sólo decimos que estaremos en el máximo de condiciones favorables para llegar a la curación.

Decíamos que todo organismo oficial importante de asistencia colectiva debe tener su estandar, que con el tiempo lógicamente tiene que cambiar porque debe seguir la evolución que se deriva del progreso que crea nuevas medicaciones y también nuevas maneras de suministrarlas. El que se menciona a continuación puede ser aceptable en el momento actual.

TRATAMIENTO A EFECTUAR EN LA SIFILIS EN PERIODO PRESUEROLOGICO CON CHANCRO DE MENOS DE QUINCE DIAS, CON REACCIONES SUEROLOGICAS NEGATIVAS (WASS. KAHN, MAZZINI, ETC.) EN PERSONAS DE BUEN ESTADO GENERAL, SIN TARAS ORGANICAS

Se inicia una serie de 500.000 unidades diarias de Penicilina hasta completar 6.000.000 u.

Cuando se lleva inyectadas 1.000.000 de u., al tercer día, se comienza simultáneamente la serie de inyecciones de arsenóxidos.

Se dan 16 inyecciones intravenosas de arsenóxidos, a razón de dos por semana, la primera de 0 gr. 04 y las restantes de 0 gr. 06.

Terminada esta serie se comienza de inmediato la de bismuto, tratando de dar preferencia a los preparados liposolubles.

Se dan 16 inyecciones de 0 gr. 06 a 0 gr. 08, dos inyecciones por semana, por vía intramuscular.

Después de un mes de descanso, nueva serie de dos inyecciones por semana, de bismuto liposoluble, hasta completar 12 inyecciones.

A los dos meses de terminada esta última serie, una nueva de 10 inyecciones de bismuto, un hidróxido de bismuto, 1 por semana.

En el transcurso del tratamiento se deben efectuar periódicamente reacciones suerológicas en la sangre, en los primeros días, para investigar el posible gancho de Tzanck y después cada mes o dos meses.

Deben hacerse exámenes de orina e interrogatorios y exámenes clínicos repetidos, buscando especialmente manifestaciones cutáneas, estomatitis, ictericias, trastornos gastro intestinales, etc.

Si durante el tratamiento las reacciones suerológicas permanecieran negativas, se practicará al terminarlo nuevas reacciones de Wassermann, floculación, etc., y se practicará el examen del líquido cefalo raquídeo.

Si la clínica y el laboratorio no revelan anomalías, se suspende el tratamiento pero sometiendo al paciente a vigilancia periódica, clínica y suerológica, actuándose según dicten las circunstancias.