

BOLETIN

DEL

CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE

PUBLICACIÓN MENSUAL

DIRIGIDA POR LOS DOCTORES

Justo F. González

Julio Etchepare

SUMARIO

Solicítase permuta.—Exchanges are solicited

	Págs.
Sobre importación, exportación, venta y uso del opio, la coca y sus derivados.— Mensaje del Presidente de la República al H. Consejo Nacional de Administración recabando su dictamen constitucional para celebrar un Convenio con el Gobierno Británico, referente a ese comercio internacional. Informe del Consejo Nacional de Higiene acompañando un proyecto de Ordenanza relacionado con el mismo asunto.—Mensaje del H. Consejo Nacional de Administración	469
Sobre reglamentación de las funciones de los practicantes de medicina.—I. Resolución del Consejo N. de Administración.— II. Información ampliatoria relacionada con los antecedentes de la Ordenanza respectiva, elevada por el Consejo Nacional de Higiene al Ministerio de Industrias	477
CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE. Inspección de Sanidad Terrestre. — <i>Anotaciones referentes a la estadística sanitaria del Uruguay. Años 1897-1921</i>	482
Sobre diagnóstico experimental de la viruela. <i>La reacción de Paul</i> , por el doctor Ernesto Fernández Espiro, Director de Salubridad (Montevideo).	510
Información referente a los trabajos de vacunación antivariólica realizados por la Dirección de Salubridad y el Consejo Nacional de Higiene, durante el primer semestre del corriente año	514
Sobre tratamiento de la Sífilis por el <i>tartrato-bismutato de sodio y potasio</i> . Resultados obtenidos en 74 enfermos, por el doctor Héctor del Campo, Subdirector del Instituto Profiláctico de París. Subdirector del Instituto Profiláctico de la Sífilis, Jefe del Dispensario Central (Montevideo).	516
Sobre <i>Higiene sexual y prevención de las enfermedades venéreas en la mujer</i> , por el doctor Joaquín Travieso, Médico de la Inspección Sanitaria de la Prostitución.	594
Consejo Nacional de Higiene —Cambio de notas con el doctor Andrés Romero	601
Necrológicas.—Doctor Narciso Olarreaga.—Farmacéutico Domingo Natta.	603
Memoria anual de los Médicos del Servicio Público de los Departamentos de Minas y Flores, correspondiente al año 1921	606
Sobre los casos de <i>fiebre amarilla y peste bubónica</i> ocurridos en el Estado de Bahía (Brasil).	607
CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE.—Movimiento de Secretaría.—Títulos Inscriptos.— <i>Sección Estadística</i> . (Morbosidad y mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas).—Comunicaciones consulares sanitarias.—Inspecciones de Farmacias, Sanidad Marítima y Sanitaria de la Prostitución	608
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL DE MONTEVIDEO.— Dirección de Salubridad.—Casa de Desinfección Dr. Gabriel Honoré.—Sección Bacteriología y Vacuna.	616
Balances de la Caja del Consejo, correspondientes a los meses de junio y julio	622

“Boletín del Consejo Nacional de Higiene”

Dirección y Administración:—**Calle Sarandi, 442.**

Administrador:—Esteban Maggiolo Vidal, Rocha 2160.

Consejo Nacional de Higiene

(Vacunaciones practicadas).

En el local del Consejo	1,536
Por la Inspección de Sanidad Marítima	3,505
En los Departamentos del litoral e interior . .	7,741
	<hr/>
Total	12,782

SOBRE TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS POR EL TARTRO-BISMUTATO DE SODIO Y POTASIO. — RESULTADOS OBTENIDOS EN 74 ENFERMOS, por el doctor Héctor del Campo, — Subdirector del Instituto Profiláctico de la Sífilis. Jefe del Dispensario Central. — (Montevideo). -- Ex Subdirector del Instituto Profiláctico de París.

En el mes de enero del corriente año, publicamos en el BOLETÍN DEL CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE un pequeño trabajo, resumiendo algunas impresiones personales, sugeridas por el uso del nuevo medicamento antisifilítico. Esas páginas no podían encerrar conclusiones, por el simple hecho de haber sido muy limitado el número de enfermos sometidos al tratamiento bismutado y porque el tiempo, que es el que se encarga de desautorizar tantos éxitos pasajeros, no había sido suficiente como para permitirnos formar opinión concreta sobre los resultados obtenidos. Aquella publicación tuvo como única finalidad, la de poner al corriente sobre la nueva terapéutica a muchos médicos que deseaban conocer la forma de operar y en esas líneas iban comprendidos, además, algunos comentarios que consideramos oportunos.

Los resultados conseguidos en los pocos enfermos tratados, nos hicieron imaginar un medicamento cuya eficacia tenía que ser muy superior a todos los usados hasta el presente en la lucha contra la sífilis, y ese optimismo se exageraba al ver en todas partes el entusiasmo con que se había incorporado a la farmacopea un producto cuyos resultados futuros estábamos lejos de sospechar.

Decíamos a ese respecto: "podemos afirmar que desde hoy, contamos con un nuevo producto eficaz en el tratamiento de la sífilis. No hay nada de aventurado en esta afirmación, pues los resultados obtenidos justifican el que cifremos muchas esperanzas en la medicación a estudio."

Hoy, con mucha más experiencia, con un número elevado de enfermos sometidos al bismuto (180), con observaciones perfectamente seguidas y completas, estamos autorizados a dar como una verdad indiscutida de que los preparados a base de bismuto, son de verdadera eficacia en el tratamiento de la sífilis, pero no debemos hacernos ilusiones considerándolos como capaces de desalojar por completo a los distintos medicamentos hasta hoy usados.

Si se comete el error de hacer con él la experimentación sobre las sífilis que recién se inician, o las del período de generalización, obtendremos resultados excelentes; pero si tratamos con el bismuto los enfermos cuya infección data de años, o con localizaciones distintas, los éxitos son menos frecuentes, pues encontramos la misma rebeldía de la enfermedad, que cuando empleábamos el mercurio, el 606, el neosalvarsán, etc. Las historias clínicas que publicamos en este trabajo, mostrarán, además del relativo resultado conseguido con enfermos que han sufrido ya un tratamiento riguroso con otras medicaciones, los beneficios obtenidos por otros, en quienes a pesar de las series continuadas de Neo, no se había logrado hacer desaparecer un Wassermann intensamente positivo, que sólo el bismuto hizo negativo después de una serie discreta de inyecciones:

Los enfermos reaccionan, pues, al tratamiento bismutado de muy distinta manera; unos obedecen al Neo y muy poco al bismuto; otros consiguen con este último lo que el Neo y el mercurio fueron incapaces de darles.

Es que en materia de sífilis, nada más variable, ni nada menos sujeto a reglas, que la evolución que ella tiene y la forma de responder al tratamiento. Nosotros estudiamos y encaramos cada enfermo, como una modalidad especial de sífilis, que se presenta con caracteres propios en cada individuo. Dos personas con sífilis iniciales del mismo número de días; teniendo ambos enfermos la misma contextura física, con ocupaciones semejantes, aquellas evolucionarán de bien distinta manera. Sometidas al tratamiento, la marcha de la enfermedad se hará en bien distinta forma. Para uno, bastará una serie ilimitada de inyecciones de cualquier clase

sean, para obtener una cura clínica y serológica, persistiendo indefinidamente. El otro exigirá series repetidas y aún así, desaparecida toda manifestación clínica, sus reacciones serológicas persistirán positivas y no es raro verlos evolucionar, haciendo manifestaciones cutáneas o mucosas y aún mismo en pleno tratamiento llegar a localizaciones en órganos. Lo mismo, quizás más frecuentemente, pasa con las sífilis del período secundario, cuya marcha se realiza caprichosamente, sin obedecer a regla alguna.

¿Estas evoluciones diversas en la marcha de una sífilis es función del terreno, de la mayor o menor virulencia del treponema, o es debido a la distinta naturaleza del espiroquete? No lo sabemos, pero es justamente esta ignorancia la que debe ponernos en guardia, sobre las conclusiones a sacar de la experimentación de todo medicamento utilizado para tratar la sífilis. Los éxitos fáciles de conseguir en ciertos casos, se convertirán en verdaderos fracasos frente a sífilis de edad, evolución y forma clínica semejantes y es por esa razón que las deducciones a hacer sólo tendrán valor científico cuando ellas tengan por base, la experimentación sobre gran cantidad de modalidades diversas de sífilis y dejando que el tiempo confirme o desautorice lo que hemos aceptado como verdadero.

Si nos limitamos a analizar los resultados conseguidos en las sífilis iniciales, con chaneros de pocos días y sin que aún la reacción de Wassermann se haya hecho positiva; si estudiamos la acción del bismuto sobre los sifilíticos secundarios, cuya infección es de fecha bien reciente, llegaremos a conclusiones favorables sobre el poder esterilizador y cicatrizador del producto, pero no debemos olvidar que en estos períodos los otros medicamentos hasta hoy usados, daban excelentes resultados.

Las historias clínicas que figuran en este trabajo, se refieren a sífilis de todo orden, tratadas y no tratadas, y a medida que vayan siendo citadas haremos los comentarios que nos han sugerido.

¿Será el bismuto la terapéutica antisifilítica del futuro y estaremos obligados a abandonar los distintos medicamentos usados hasta el presente? Toda respuesta, a un año de descubierto el producto, nos parece aventurada. Cuando Erlich libró a la ciencia el 606, se le creyó como decisivo en la farmacopea antisifilítica. Hoy, a doce años de iniciado el tratamiento arsenical, empezamos a palpar demasiado frecuen-

temente que la teoría de la arseno-resistencia tiene mucho fundamento y debemos preguntarnos si no serán valederas más tarde para el bismuto las mismas razones invocadas hoy para explicarnos ciertos fracasos de los arsenicales.

Preparados a base de bismuto

Como para todo medicamento a ensayo, pudo notarse un poco de escepticismo de parte de los colegas, en aceptar los brillantes resultados que se atribuían al bismuto. Hoy sus bondades no se discuten y sólo se espera llegar a la fórmula definitiva, que reuniendo condiciones de indolora y eficaz, salve los inconvenientes que los preparados actuales tienen.

El primer compuesto librado a la ciencia, fué el de Fournier, Guenot, Sazerac y Levaditi, cuya fórmula química corresponde a un tartro-bismutato de potasio y sodio, con una riqueza en óxido de bismuto variable entre 48 y 52 por ciento. No vamos a enumerar en este trabajo, la serie de investigaciones realizadas para llegar al producto, ni vamos a describir la experimentación practicada sobre animales, para probar la eficacia de los preparados bismutados. Ellos han sido publicados en los "Anales del Instituto Pasteur" y no tiene objeto que nosotros los reproduzcamos.

Se ha hablado de *dosis curativa*. Consideramos que tal expresión puede inducir a error. Si ella se refiere a la cantidad de bismuto contenido en una dosis que inyectada es suficiente como para hacer desaparecer toda lesión mucosa o de otro orden, no la creemos exacta, pues la práctica muestra que si para las primeras basta una sola inyección, para manifestaciones de la piel se hace necesario varias para conseguir su desaparición completa. Si al hablar de dosis curativa se refieren a la cantidad total de producto activo inyectado en la serie por ellos preconizada, tampoco la consideramos verdadera, pues en muchos casos nos ha sido necesario inyectar cantidades mucho mayores, para obtener una cura clínica satisfactoria o una cura serológica completa.

De acuerdo con lo manifestado en párrafos anteriores, es absolutamente imposible fijar de antemano la dosis curativa que corresponda a cualquiera de las modalidades de sífilis y sólo después de un tratamiento cuya extensión e intensidad nada nos hace prever, es que podremos hablar de la cantidad de medicamento que *fué necesario* para conseguir esterilizarla.

El tartro-bismutato de potasio y sodio, fórmula de Fournier, Guenot, tiene una riqueza en óxido de bismuto, como ya hemos dicho, variable entre 48 a 52 por ciento. Llegando a nosotros en suspensión oleosa, tenía el serio inconveniente de ser bastante doloroso. Las preparaciones similares hechas en nuestro país, adolecían del mismo defecto, cuando el porcentaje en bismuto era semejante a aquél, pues se sabe perfectamente que hay una relación directa entre el dolor y la cantidad del principio activo.

Las soluciones en agua, que fueron ensayadas en un principio y dejadas de lado por ser realmente cáusticas, hoy vuelven a ser utilizadas y es justo consignar que la tolerancia por los enfermos es semejante a la de la suspensión oleosa.

El preparado utilizado por nosotros en todos los enfermos, cuyas historias se verán, ha sido el Spirocid, cuyo tenor en bismuto es igual al del Trepol. Hemos empleado igualmente la solución acuosa con idénticos resultados, sin haber notado inconveniente alguno.

No se han conformado los investigadores con emplear exclusivamente el tartro-bismutato de potasio y sodio, sino que han buscado en las otras sales de bismuto la posibilidad de una acción terapéutica igual o mejor. En ese sentido se han preparado compuestos con el ioduro de bismuto, en solución acuosa, para ser inyectado por vía intravenosa e intramuscular. Los resultados no han sido lo suficientemente buenos como para insistir con una medicación cuya actividad no era parecida a la de la sal de Fournier y Guenot y que presentaba, además, el serio inconveniente de ser sumamente dolorosa cuando se usaba la vía intramuscular.

En Buenos Aires, Grecco y Muschiatti emplearon el salicilato básico (subsalicilato) de bismuto, con una riqueza en óxido de bismuto de un 66 o/o y los resultados obtenidos, según lo expresado por los citados autores, han sido bastante buenos, considerando los mismos que es quizá la sal que en el futuro ha de ser utilizada con éxito. No conocemos experiencias posteriores que confirmen el pronóstico hecho.

En París, Hudelo y Rabut han utilizado diez preparaciones bismúticas (tartro-bismutatos, óxidos, succinatos, iodoquinatos, coloidal, etc.), dando preferencia por lo mejor soportadas del punto de vista, dolor y reacción bucal, a los óxidos y al iodoquinato de bismuto.

Lortat, Jacob y Roberti, han hecho sus experiencias con el

quinio bismuto, llegando a conclusiones que prueban la excelencia del nuevo preparado.

Emery ha empleado diversas preparaciones: neotrepol, quinio bismuto, hidróxido de bismuto, y para él, todas ellas, además de ser perfectamente toleradas, muestran una actividad treponemicida.

Se han multiplicado, por lo tanto, los preparados que teniendo como principio activo el óxido de bismuto, pocas diferencias ofrecen del punto de vista químico. Todos los investigadores han perseguido un triple fin: mayor actividad, mayor tolerancia, menor dolor, pero es justo establecer que no se ha progresado mucho en ese sentido y es manifiesta la tendencia a conseguir preparados más ricos en bismuto, tratando de utilizar la vía endovenosa para escapar al dolor que ellas provocarían. En ese sentido Lacapère y Galliot, han inyectado el bismuto coloidal, que, bien tolerado, no determina ningún choque hemoclásico sin perjudicar en nada las funciones digestivas.

Sobre los resultados obtenidos con todos esos medicamentos enumerados, informan las recientes publicaciones llegadas a nuestro poder. Milian, Hudelo, Lacapère, Nicolas, Simon, Jeanselme, Emery, todos ellos están contestes en la evidencia de los buenos resultados conseguidos y todos coinciden en que el reciente descubrimiento es de un valor inestimable, bien entendido diremos nosotros, que con las limitaciones que deben hacerse a toda medicación antisifilítica.

El factor dolor es lo que más preocupa, tanto a los preparadores franceses como a los nuestros, y es ese el único obstáculo a salvar. Las inyecciones endovenosas no tienen tal inconveniente, pero cabe preguntarse si no es preferible la vía intramuscular, a pesar de lo molesta que resulta. Del mismo modo que para el mercurio y el arsénico, nadie ignora que la absorción lenta y continuada que significa una inyección glútea, es de mejores resultados que las mismas cantidades de los mismos medicamentos volcados en el torrente sanguíneo. Los emuntorios sufren mucho menos bajo la acción de una eliminación lenta del producto, que no bajo la acción de una eliminación brusca y en masa de las inyecciones endovenosas; los accidentes deberán ser mucho menores por lo tanto y los signos de intolerancia observados bien raramente.

Nosotros hemos empleado la terapéutica rigurosa en intensidad, cuando hemos querido ejercer una acción sideral

sobre una sífilis recién iniciada. Pero en los tratamientos largos, con un número de inyecciones que no puede fijarse nunca, donde muchos factores pueden entorpecer una cura si no se obra con moderación y contemplando al enfermo, consideramos prudente una acción terapéutica no tan intensa, pero que nos ofrece garantías de poder tratar al enfermo siempre que sea necesario, sin que nos veamos obligados a detener un tratamiento, muchas veces cuando más urgente es el hacerlo.

Bien sabemos que los hombres de ciencia que han trabajado sobre los productos arsenicales, buscaron empeñosamente el hacerlo tolerable en inyección intramuscular y que toda tentativa fué vana, teniendo que recurrirse para ello a procedimientos tan complicados que hubieron de ser dejados de lado. Todos consideraron que habría verdadero interés en conseguir ese resultado, partiendo del principio de que esa clase de inyecciones supera en bondad terapéutica a las intravenosas.

Irregularidad en la asistencia

Antes de entrar en materia, conviene decir dos palabras sobre el inconveniente que encierra la terapéutica bismutada, semejante al que ofrecía la mercurial. Se hace necesario, para hacer un tratamiento en debida forma, que el enfermo concorra al consultorio o al Dispensario dos o tres veces por semana. Si para los que van al primero, es posible conseguir de ellos la concurrencia asidua que el bismuto requiere, no pasa lo mismo con los que asisten al segundo. Tratándose de elemento pobre, cuyas tareas no siempre le permiten disponer del tiempo necesario, se excusan la mayor parte de las veces ofreciendo razones bien atendibles y hacen un tratamiento que peca de irregular. Es por esa razón que en las historias clínicas que expondremos en el curso de este trabajo, se notará en muchas de ellas, falta de la asistencia que la naturaleza del medicamento y de la enfermedad requerían. Tienen, además, el mal hábito de una terapéutica cómoda, no dolorosa, como es la de los arsenicales, que sólo les exige una asistencia semanal, que no les perjudica en sus intereses y de cuyos resultados están bien satisfechos. Es por esa razón, repetimos, que falta la regularidad necesaria en las series de inyecciones practicadas.

Dosis empleadas. — Número de inyecciones

Antes de iniciar el tratamiento de todo enfermo, revisamos cuidadosamente la boca del paciente, pues del mismo modo que para el mercurio, juega un rol importantísimo en la tolerancia y en las posibilidades de que provoque una estomatitis. Esta la hemos notado sistemáticamente en bocas con dentición defectuosa, de manera que aconsejamos la extracción de raigones o molares en malas condiciones, o el arreglo si ello fuera posible.

Iniciamos el tratamiento con la dosis de 0 gr. 10 centigramos de sal, para hacer en la segunda inyección 0 gr. 20 centigramos, cantidad que sobrepasamos rara vez, manteniéndonos en ella hasta finalizar la serie. Hemos llegado en algunos casos hasta inyectar 0 gr. 30 centigramos, pero sin repetirlo muchas veces, en enfermos afectados sobre todo de manifestaciones contagiosas abundantes, con el vivo deseo de hacer desaparecer lesiones que por su virulencia y por su localización constituían un peligro para los demás. Salvo el dolor y los trastornos corrientes aún con dosis más pequeñas, no hemos observado nada de particular.

Repetidas así las inyecciones, tres veces por semana a la dosis de 0 gr. 20 centigramos, o dos a la dosis de 0 gr. 30 centigramos, completamos la serie, debiendo a este respecto aclarar cuál es el criterio que nos guía para fijar el número de inyecciones que ella debe comprender.

Las primeras comunicaciones llegadas hasta nosotros fijaban en 12 a 15 inyecciones la serie curativa, lo que equivalía a inyectar 2 gr. 40 o 3 gramos de la sal de Fournier y Guenot.

En nuestro trabajo publicado en el mes de enero, decíamos al hablar de esta cantidad fijada por los autores, lo siguiente: "tenemos informes autorizados sobre la innocuidad de esta sal, aún administrada en dosis mayores y no hemos notado nada de anormal en los enfermos así tratados. El tiempo mostrará la innocuidad de una terapéutica más intensa, del mismo modo que probó lo ridículo de aquella limitación impuesta al uso de los arsenicales, cuando sólo se permitía inyectar una serie que no sobrepasaba de 4 gramos 50 centigramos de sal".

Hoy podemos afirmar, que enfermos tratados con series mucho más prolongadas que las que aconsejaban los autores

franceses, equivaliendo a un total de sal de 5 gramos y 6 gramos, se encuentran en perfectas condiciones, habiendo logrado dominar la actividad de una sífilis muchas veces rebelde y probando los exámenes clínicos y de laboratorio efectuados, que ni sus riñones, ni su hígado, ni su boca, habían sufrido algo a consecuencia de una terapéutica bismutada tan intensa.

Somos decididos adversarios de los esquemas en toda terapéutica y máxime en la sífilis. ¡Cuántas veces se malogran éxitos, por sujetarse a un tratamiento que de antemano se sabe insuficiente! Esto no quiere decir, que a todos nuestros enfermos tratemos *d'emblée* con la misma intensidad; pero cuando nos encontramos con sífilis a localizaciones rebeldes, para quienes las series repetidas de Neo, han sido totalmente incapaces de modificar y que ni siquiera se ha conseguido con ellas hacer variar en algo las reacciones serológicas, nos hemos creído autorizados a tentar una terapéutica rigurosa y muchas veces el éxito nos ha dado la razón, sin que el enfermo sufriera para nada por tanta cantidad de bismuto inyectado.

Resumiendo la forma como encaramos y tratamos las distintas modalidades de sífilis, diremos que: como para todo tratamiento, los que marcan el criterio a adoptar, son los datos clínicos que presente el enfermo, así como el resultado de sus reacciones serológicas, no puede ser el mismo, para una lesión inicial de pocos días, que para una sífilis ya generalizada o una vieja sífilis datando de años.

Para las primeras, tratamos de *golpear* lo más intensamente posible, pues nos lleva a ello el interés de cicatrizar el chanero que tanto preocupa al enfermo y el de impedir que una infección circunscrita a la cadena linfática, se generalice, llegando al torrente circulatorio. No presentando el enfermo nada que nos impida una terapéutica intensa, inyectamos tres veces por semana 0 gr. 20 centigramos de sal y estamos ensayando el tratar esos casos, con soluciones acuosas y mayor cantidad de producto activo, a fin de que, absorbidas más rápidamente que las suspensiones oleosas, ejerzan sobre la infección no generalizada aún, una verdadera acción sideral. Tenemos casos, que son de una evidencia indiscutible y de cuyos resultados impondremos a nuestros colegas en un trabajo próximo.

Paralelamente al tratamiento llevado en esa forma, practicamos periódicamente reacciones de sangre, a fin de com-

probar si ellas persisten negativas, o para descubrirlas cuando se hacen positivas, pues en este último caso no nos satisface el resultado obtenido con el bismuto y agregamos a ello la medicación arsenical. Felizmente, no hemos observado muy a menudo evolucionar la sífilis en esa forma, en lesiones iniciales tratadas tan intensamente.

En los enfermos con sífilis generalizada, el número de inyecciones lo establecen, por un lado la marcha de los síntomas clínicos que presente, y desaparecidos éstos el estado general del paciente y los resultados que acusen sus reacciones serológicas, hechas periódicamente. Variable entre 15, 20, 30 o más inyecciones, el tratamiento es controlado vigilando la tolerancia mayor o menor al bismuto, analizando las orinas a fin de descubrir toda posible albuminuria y verificando las variaciones en el peso del enfermo. La disminución en sus fuerzas físicas, los trastornos gastrointestinales, los dolores difusos que presente, nos permiten detener el tratamiento cuando la cantidad de bismuto inyectada es lo suficientemente elevada como para producir los trastornos indicados, pero sin que tenga ulterioridad alguna.

En muchos casos, cuando hemos llegado a inyectar cantidades de bismuto que nos han parecido suficientes, aún cuando la reacción de Wassermann en la sangre diera resultado positivo, hemos detenido el tratamiento y luego hemos visto esa reacción hacerse negativa sin haber inyectado nada absolutamente. Pero sobre esto volveremos en capítulo aparte.

Para los sífilíticos cuya infección data de años, tengan o no localizaciones, hemos adoptado el criterio de hacer en ellos un tratamiento de 20 a 25 inyecciones para repetir las en caso necesario, previo descanso durante un mes y medio o dos meses. Si el estado del enfermo exige no retardar una terapéutica que puede ser decisiva, iniciamos la nueva serie una vez que los análisis de orina prueben que la eliminación del bismuto se ha hecho completamente.

Como muchos de los enfermos sometidos hoy a esta medicación han soportado con anterioridad inyecciones de Neosalvarsán, no son los datos clínicos grandes los que podrán servirnos de guía en el tratamiento, pues ellos han desaparecido por completo con los arsenicales. Sólo nos permite hacer criterio sobre la prolongación del tratamiento y sobre su intensidad, la resistencia que haya ofrecido la infección a la terapéutica arsenical y la naturaleza de la localización cuando ella existe, que de por sí es suficiente para exigir un número

elevado de inyecciones. La experiencia prueba que hay lesiones sífilíticas, cuyo Wassermann positivo en la sangre es de una rebeldía grande a toda medicación.

Para las localizaciones nerviosas, practicamos series de inyecciones de bismuto variable entre 20 y 30, según la tolerancia, mediando entre ellas un mes y medio a dos meses. A veces usamos exclusivamente ese producto, pero las más lo alternamos con inyecciones semanales de Neosalvarsán. Como en esta clase de enfermos el tratamiento a hacer es largo, preferimos inyectarlos dos veces por semana o la dosis de 0 gr. 30 centigramos, pues aparte de molestar menos al paciente, tenemos menores posibilidades de que la intolerancia nos obligue a detener ese tratamiento.

Se podrá ver en las historias clínicas que acompañan este trabajo, enfermos que han sido sometidos a series de 30, 35 y rara vez más de inyecciones de bismuto, y, volvemos a repetirlo, con la vigilancia exigida y los controles necesarios, no hemos observado ningún accidente imputable a una terapéutica tan intensa.

Inconvenientes, toxicidad y complicaciones

DOLOR. — No hay duda alguna que las inyecciones de bismuto, cuando el preparado contiene una cantidad de sal vecina a la fórmula de Fournier y Guenot, son dolorosas. Siendo el dolor algo bien personal, no debe llamarnos la atención el que veamos sufrir a unos más que a otros y que haya también quien tolere las inyecciones sin incomodidad alguna y que responda a la pregunta de si algo siente, con un "no" bien categórico.

En el mes de marzo de este año, tuvimos la poca suerte de inyectar un preparado que era extremadamente doloroso. Los enfermos se quejaban de no poder dormir durante dos o tres noches, a pesar de las compresas calientes que le aconsejábamos aplicaran sobre la región glútea. Esta se presentaba roja en casi toda su extensión; saliente a punto de ser fácil el reconocerlo; sumamente sensible no sólo al tacto, sino al simple rozamiento de las ropas. Esta tumefacción tan dolorosa respondía no ya a un enquistamiento de la inyección, sino más bien a una reacción general de la región glútea, como resultado de una acción cáustica determinada por el medicamento. La causa de todo esto pudo ser fácilmente explicable, y desaparecido el error de preparación del producto, cesó en seguida la molestia a que nos referimos y que tan-

to acobardó a los enfermos que hacían tratamiento bismútico. Desde entonces el hecho no se ha reproducido.

Salvo en ese período, el dolor provocado por las inyecciones no tiene los caracteres de un dolor insoportable. Los enfermos acusan por lo general en el momento de la introducción del bismuto, una sensación de pesadez, de adormecimiento según su expresión, que se manifiesta sobre todo en la pierna, para extenderse hasta el pie. Esa sensación no persiste por mucho tiempo y es así que vemos a los inyectados caminar perfectamente a los pocos momentos. Es muchas veces al día siguiente, que el verdadero dolor se manifiesta, con intensidad variable, encontrando alivio en la marcha y siéndoles más incomodo por la noche en la cama. Su persistencia no es grande, apenas si perdura por dos o tres días, decreciendo en agudeza del primero al segundo día.

Hemos consultado a los viejos enfermos a quienes se les inyectaron en otra época las diversas preparaciones mercuriales intramusculares y todos nos han respondido, que con el medicamento hoy usado, es más tolerable el dolor que el que provocaban aquellas inyecciones.

Las inyecciones son más dolorosas en las personas delgadas que en las personas gruesas. Duelen indistintamente cualquiera que sea el punto de elección para las inyecciones intramusculares. Hemos utilizado los diferentes puntos propuestos: el de Fournier, el de Smirnoff, el de Barthélemy, el de Tixier, el de Finger y en todos ellos si en algunos casos nos resultaban favorables, en otros fracasaban manifiestamente. Consideramos que inyectando por encima de una línea que pasa por el vértice del surco interglúteo, se caerá sobre la parte más musculosa de la región, lejos de los grandes nervios, y se llevará así el producto a las partes más favorables.

Hemos utilizado también un nuevo punto, puesto en práctica por los médicos alemanes: pinzar la nalga y en medio de ella practicar la inyección; los mismos éxitos y los mismos fracasos.

En los enfermos con lesiones del neuraxis, podemos en cambio inyectar dosis mayores de bismuto sin que sientan absolutamente nada, cuando la sensibilidad profunda está disminuída o abolida. En algunos (hemiplejías, tabes), sólo en una extremidad se hacen insensibles las inyecciones y es en ella que pueden hacerse impunemente.

El dolor provocado por las inyecciones de bismuto es, pues,

un inconveniente, pero un inconveniente relativo. Los enfermos protestan muy a menudo y exageran su intensidad, por haber olvidado o haber desconocido el dolor a que exponían las inyecciones mercuriales intramusculares y se habían acostumbrado a los arsenicales que con pocas molestias los curaban de su enfermedad. Vueltos hoy a una medicación dolorosa, es claro que se quejen y que muchos de ellos prefieran las inyecciones de Neosalvarsán.

No se ha logrado aún quitar al bismuto ese inconveniente y los preparados que se dicen indoloros lo son teniendo una riqueza en bismuto inferior a la que posee el tartro-bismutato de Fournier y Guenot. Nosotros no hemos querido emplear tales medicamentos, porque los consideramos más ventajosos cuanto más elevado sea el producto activo que contengan y la prueba de que es esta la tendencia de los profesores europeos, es que ya han sido librados a la venta preparados con una riqueza en óxido de bismuto de 64 o/o.

Enquistamiento. — No se presenta esto con las inyecciones de solución acuosa de bismuto, pero se puede observarle con las suspensiones oleosas. Aún cuando sean hechas lo más profundamente posible, en plena masa muscular, se le ve enquistarse en algunos casos, formando un nódulo al igual de las demás inyecciones intramusculares insolubles. Poco doloroso, presenta, por otra parte, cierta pereza a reabsorberse.

Como las inyecciones deben practicarse tan a menudo, conviene utilizar puntos distintos de la región glútea, variando continuamente y no limitándose a inyectar siempre en el mismo.

Es bien posible que el enquistamiento de las inyecciones de bismuto cree para este medicamento el mismo inconveniente que para los mercuriales. Las radiografías hechas prueban la existencia de un nódulo profundo, cuya reabsorción se hace más bien lentamente y cabe preguntarse, si esas estomatitis intensas o esas gangrenas de la boca, a que nos referiremos en otro capítulo, no han sido resultado de una acumulación excesiva de bismuto por inyecciones repetidas y por difícil y lenta absorción del producto, sea porque los preparados son los culpables o porque las inyecciones no han sido practicadas en forma.

Las soluciones acuosas evitarán tales inconvenientes, aún cuando tengan uno menor, el de la más rápida absorción del producto activo.

Fiebre. — No es muy común, pero puede observarse con

relativa frecuencia. Los enfermos inyectados por la mañana, acusan ya en la noche una elevación de la temperatura, que en algunos casos llega hasta 38 grados. (1) Por lo común, la fiebre va acompañada por otras reacciones generales, dando todo el aspecto de un cuadro infeccioso, pero sin tener las particularidades clínicas que caracterizan a éstos. En ninguno de nuestros enfermos que han presentado esa temperatura, hemos hecho la medicación común y en todos ellos ha desaparecido espontáneamente.

Trastornos gástricos e intestinales. — Es también frecuente observar entre los inyectados distintos trastornos en el aparato digestivo. Pérdida de apetito en unos casos, en contradicción evidente con los más, que acusan por lo general un estado mejor, con buenas disposiciones para comer. Esta distinta forma de actuar el bismuto sobre la economía, se pone de manifiesto sobre todo en las primeras inyecciones, para luego ir desapareciendo poco a poco y permitir el funcionamiento regular del aparato digestivo.

Esta misma observación hemos hecho, en los trastornos intestinales provocados por el bismuto. En unos casos hay manifiesta constipación de los enfermos y en otros, por el contrario, se observan evacuaciones repetidas o exageración del peristaltismo intestinal.

Dolores difusos.—Los enfermos inyectados con bismuto, se quejan, con relativa frecuencia, de dolores a localización variable. No son intensos; son lo que ellos llaman dolores sordos, vagos, movidos. Es en los brazos, en las piernas, en la región cervical que más a menudo se manifiestan. No incluimos en este grupo, los que pudieran ser resultado de la acción directa del bismuto sobre un foco treponémico, como podría pasar en las sífilis nerviosas; son algias que dependen directamente del producto activo inyectado, que no molestan para nada al enfermo y que no pueden tomarse como signo de una impregnación del organismo, por las razones que expondremos más adelante.

Pérdida de peso. — La terapéutica bismútica produce a menudo, pérdida de peso en los enfermos. Esta no alcanza a ser de importancia sino en casos muy reducidos, y especialmente cuando las reacciones al bismuto toman los caracteres de lo que pudiera llamarse *gripe bismútica*. Esa pérdida de peso, acompañada de una ligera pérdida de las

(1) Tenemos un enfermo que presentó 40° de temperatura durante 12 horas.

fuerzas físicas del enfermo, no le impide entregarse a sus ocupaciones, aun cuando éstas le exigieran esfuerzos grandes.

Gripe bismútica. — No hemos tenido muchos casos que puedan incluirse en este grupo. Es un estado general que impresiona inmediatamente al médico. El enfermo ha tenido o tiene fiebre; dolores vagos, trastornos gastrointestinales; ha perdido peso en forma sensible. Sin embargo, no tiene cefalalgias; no hay decaimiento; no hay curbatura, ni presenta tampoco esa astenia de los estados infecciosos.

Hemos tenido un enfermo que a la tercera o cuarta inyección de bismuto se presentó con un cuadro que simulaba perfectamente una gripe, pero que estudiado clínicamente y visto su estado general, atribuimos de inmediato al bismuto. Sin régimen alguno y sin ninguna medicación, evolucionó en perfectas condiciones; hoy sigue inyectándose, sin presentar los trastornos que le produjeron las primeras inyecciones.

En resumen: estos enfermos tienen el aspecto de un estado infeccioso, pero la clínica dice lo contrario.

Albuminuria. — Se han citado casos en los cuales el bismuto ha provocado albuminuria. Las observaciones de Tzanck parecen demostrar que carece de fundamento tal acusación y ellas prueban que esas albuminurias son rarísimas. Por nuestra parte diremos, que en nuestros inyectados con bismuto, a quienes practicamos corrientemente análisis de orina para verificar la eliminación de aquel producto, o para descubrir si éste ha tocado al riñón, después de una serie larga de inyecciones, no hemos observado ni una sola vez que esa albuminuria se haya producido. Esto no nos autoriza, bien entendido, a descartarla por completo, pero nos permite, sí, incluirla entre los trastornos raros a que pueda dar lugar la terapéutica en estudio; y juzgamos conveniente, dada la importancia de la complicación, practicar periódicamente análisis de orina en los enfermos tratados.

Estomatitis. — Es la complicación más a menudo observada. Sobre los 178 enfermos de nuestra clientela en el Dispensario, sólo contamos 12 que han presentado una estomatitis que nos haya obligado a suspender el tratamiento. Sólo en uno su dentición era buena, siendo en todos los demás mala o muy mala.

Hemos podido notarla con los mismos caracteres con que la han descrito otros colegas, manifestándose en las formas más frecuentes, como un simple *liseré* gingival. Muy co-

rrientemente precedida de un dolor en las encías, pero sin la salivación abundante que caracteriza las estomatitis mercuriales.

En otros casos y de inmediato, adquiere intensidad mucho mayor; extendida a todo el reborde alveolar a veces; localizada otras, sea en la zona de los incisivos y caninos, o sea en la parte retromolar, presentándose entonces como una ulceración de un tinte menos violáceo que el común. En ningún caso ha llegado a hacerse lo suficientemente intensa, como para dificultar la masticación, y menos como para preocupar al médico o paciente.

Tenemos conocimiento de casos de muerte por gangrena de la boca, consecutiva a una estomatitis, resultado de las inyecciones de bismuto. No nos explicamos cómo pueda ser posible llegar a ese punto, si no se acepta que haya pasado inadvertida la complicación primera y que por esa razón se haya seguido inyectando al enfermo.

Revisada la boca de nuestros enfermos a la menor sospecha de estomatitis, sospecha despertada por los mismos inyectados a quienes se les hacen las indicaciones convenientes, y comprobada la existencia de aquélla, suspendemos todo tratamiento, haciéndoles la terapéutica de práctica. Vigilamos su marcha y una vez que consideramos desaparecida la estomatitis, reiniciamos las inyecciones de bismuto, y hemos podido notar que todos esos enfermos han soportado después bastantes inyecciones, sin que aquella complicación reapareciera. ¿Hay, acaso, una adaptación al bismuto, como existe para otros medicamentos? Los hechos parecerían probar que sí.

De todos modos y de acuerdo con nuestras observaciones, la estomatitis se manifiesta en dos casos: en las primeras inyecciones de bismuto, hasta la sexta o séptima (sin que esto signifique fijar un límite), cuando existe poca cantidad de remedio en el organismo, lo que sería indicio de que el factor intolerancia es el que la ha provocado. Y en el segundo caso, cuando se han hecho veinte o más inyecciones de bismuto, lo que respondería a una sobreimpregnación por el producto activo.

Lo más común es el primer caso: sobre los doce citados, nueve se produjeron antes de la séptima inyección, uno solo a la doce, pero muy débil, y dos por encima de veinticinco.

Esta complicación de la terapéutica bismútica no tiene la importancia que aparentemente presenta. Desde luego, el

número de estomatitis es reducido en proporción al número de inyectados; tiene, además, caracteres de benignidad que no tienen las estomatitis mercuriales; evolucionan favorable y rápidamente a las medicaciones comunes que se emplean.

Evitar que ella adquiera proporciones desagradables, es lo que interesa, y ello se consigue educando al enfermo a que denuncie su presencia al más leve indicio. Podría conseguirse buen resultado, rebajando en mucho el porcentaje que acusan las estadísticas, utilizando dosis menores del medicamento, pero cabe preguntarse si vale la pena, por una complicación sin consecuencias, cuando se la reconoce a tiempo, tratar a nuestros enfermos más pobremente, alargando así una cura y exponiéndolos a posibles fracasos. Es como, si por temor a las dermatosis causadas por los arsenicales, decidiéramos inyectar a todos con dosis mínimas de estos productos.

Otras complicaciones. — Se ha citado por Ducrey un caso de colitis ulcerosa, a raíz de las inyecciones de bismuto, complicación que no ha sido observada por ningún otro autor. Se han publicado también diversos accidentes cutáneos; púrpura discreta de los microbios, eczemas localizados, erupción rubeoliforme. De los dos últimos, no tenemos enfermo alguno que los haya presentado; pero del primero, tenemos en nuestro haber un caso, caracterizado por un pequeño *piqueté* hemorrágico de la pierna y con predilección en el pie, cuya evolución se hizo favorablemente.

Vista de conjunto sobre esas complicaciones:—De todas ellas es la estomatitis la más frecuente, pero presentándose con caracteres variables, que obligan en algunos casos a cesar todo tratamiento; pero que en otros, los más, permite, previo reposo de algunos días, reiniciarlo sin inconveniente alguno. Volvemos a repetir, que hemos inyectado enfermos que presentaron una estomatitis sin que ésta reapareciera, a pesar de una serie continuada de bismuto.

Lo mismo podríamos decir de los otros fenómenos tóxicos que resultan del tratamiento. La fiebre, los dolores difusos, los trastornos gastrointestinales, la gripe bismútica, que se presentaron a las primeras inyecciones, no se han manifestado más tarde, a pesar de continuarles el tratamiento. No sería violento aceptar una adaptación al remedio, siempre que todos esos fenómenos no respondieran a causas ocasionales, como podría ser una sobrecarga de bismuto, en cuyo caso la importancia de aquellos trastornos es mucho menor.

Acción del bismuto sobre el organismo y modo de eliminación

Decíamos en nuestro trabajo del mes de enero "que la absorción del medicamento se hace en perfectas condiciones y su eliminación se cumple por las orinas, la bilis, la saliva y las fecales. Las investigaciones en la sangre han probado en ella la existencia de bismuto durante varios días, y se acepta para él la útil cualidad, de no sólo pasarse por el organismo *lamiendo* los tejidos, sino la de tener una predisposición especial a fijarse en los elementos anatómicos."

Las investigaciones posteriores han probado que esas características de la terapéutica bismutada, tienen mucha más importancia que la que generalmente se les asigna. Los arsenicales, hechos en inyecciones endovenosas, tienen el inconveniente de actuar sobre la economía durante muy poco tiempo. Los exámenes investigándolos en la sangre, en el humor vítreo, prueban que su eliminación se ha hecho total, a las 50 horas de practicada la inyección, no encontrándose después ni vestigios de esos arsenicales.

Su acción, por lo tanto, es masiva en las primeras horas, pero teniendo en cuenta los muchos emuntorios que intervienen en su eliminación, se concibe que ella decaiga inmediatamente, no teniendo, por lo tanto, efecto intenso sino en un plazo relativamente breve. Agréguese a ello, que su tendencia a fijarse en los elementos anatómicos es pobre o nula, y se comprenderá el por qué la terapéutica bismutada intramuscular tiene que presentar ventajas indiscutibles. No es lo mismo hacer una inyección cada siete días, de los cuales solamente sobre dos el medicamento actúa, que mantener impregnado el organismo de un producto espiroquetida durante todo ese plazo.

El bismuto se localiza en el hígado, cerebro, bazo, según las investigaciones de Bergeret y Mayenem. Se localiza también en las glándulas salivales, según Daché y Villejean.

Se le ha podido descubrir en el líquido céfalo-raquídeo. Luego, pues, se distribuye por toda la economía, y si se tiene en cuenta aquel carácter de fijarse sobre los tejidos, como lo prueban las investigaciones a que hicimos referencia más arriba, se concluirá en las ventajas que la terapéutica bismútica presenta y de que su acción debe ser más eficaz en el tratamiento de ciertas localizaciones sifilíticas.

Hemos dicho en párrafos anteriores que la eliminación del bismuto se hace por distintos emuntorios, y sin duda alguna que ella debe variar, según condiciones especiales. Así, por ejemplo, en tanto que hemos encontrado bismuto en las orinas de un enfermo veinticinco días después de recibir una serie de 30 inyecciones, no lo hemos podido descubrir en las orinas de otro que ha soportado igual cantidad de inyecciones, sino cuatro o cinco días después. El primero toleró en perfectas condiciones el tratamiento hecho; el segundo tuvo una estomatitis y fenómenos tóxicos que le decidieron a abandonar toda medicación.

Esa lenta absorción del bismuto y lenta eliminación en la generalidad de los casos, es la que da valor a la nueva terapéutica. La acción de ésta persiste aún después de terminada la serie de inyecciones, y es de considerar que ella se continúa, aun cuando no encontremos vestigios de bismuto en las orinas, por ejemplo, desde el momento que sabemos su tendencia a fijarse en los tejidos. Mantener impregnado un organismo de una substancia treponemicida, hasta hacerle posible actuar sobre todo foco por oculto que esté, es encontrar la forma más favorable de esterilizar muchas sífilis.

Es esta absorción lenta la que, permitiendo una acción prolongada del medicamento, nos explicará cierto hecho, al parecer paradójal y que conviene conocer para no caer en el error de calificar de malas las reacciones serológicas que se hagan en esos enfermos. Hemos podido notar que muchos de éstos, después de haber recibido una serie de inyecciones de bismuto, presentaban aún en la sangre un Wassermann francamente positivo. Puestos en descanso, sin hacérsele tratamiento alguno, ni bismútico, ni arsenical, ni mercurial y practicada nuevamente la reacción a los veinte o treinta días después de la última inyección, hemos podido notar que aquellos positivos eran ahora francamente negativos. La explicación es bien clara, de acuerdo con lo manifestado en este capítulo, y ello no prueba sino que terminada la serie, aún hay que contar con que el bismuto siga ejerciendo su acción sobre la actividad de una sífilis, acción que se prolongará más o menos, según se emplee la solución acuosa o la suspensión oleosa, según el funcionamiento de los distintos emuntorios y según la lentitud mayor o menor de su eliminación.

Acción del bismuto sobre las distintas modalidades de sífilis. — Casos clínicos. — Comentarios

1.ª *Acción sobre los chancros en general.*—*Valor treponemocida*

Es indudable que el bismuto tiene un poder destructor inmediato y grande sobre el treponema. En todos los chancros de pocos días de evolución, cuyos exámenes de saangre han sido negativos, y aún mismo en los de Wassermann positivo, hemos investigado el treponema, a fin de poder estudiar en debida forma el valor espiroquetocida del bismuto. Estamos en condiciones de afirmar, de acuerdo con las investigaciones al ultra realizadas por el doctor Scaltritti, que basta una sola inyección en muchos casos, para ver desaparecer por completo todo treponema en el chanero. Que en algunos casos, más raros, con una, se nota una disminución enorme de los mismos, haciéndose difícil el encontrarlos, pero a la segunda inyección todos han desaparecido. Esta función destructora de treponemas se acompaña con una evidente cicatrización del chanero, que se hace total con un número de inyecciones variables, pero que no sobrepasa de 5 o 6, cuando la lesión es exclusivamente de naturaleza sífilítica.

Reune, por lo tanto, el bismuto, la doble cualidad que permite atribuirle el carácter de esterilizador. A medida que vayamos analizando las historias clínicas, se verá la evolución sufrida por los chancros, bien diferente de la que estábamos habituados a ver en muchos casos con el empleo de los arsenicales.

Hemos experimentado con interés la terapéutica bismútica en el período de chanero, para ver si conseguíamos una esterilización total; impidiendo de que se hiciera positivo el Wassermann negativo o tratando de dominar la infección antes de que ella, generalizándose, diera lugar a lesiones mucosas o de la piel.

Empleamos para esto una doble táctica: en unos casos, tratando a los enfermos con las inyecciones oleosas, y sujetándonos a la terapéutica intensa, pero sin sobrepasar las dosis comunes de 0 gr. 10 ó 0 gr. 20, hechas cada dos días. En otros hemos tratado de conseguir el *aborto* de la infec-

ción, con una terapéutica más intensa aún. Para esto hemos utilizado una solución acuosa conteniendo 0 gr. 20 centigramos de sal por centímetro cúbico e inyectamos dos centímetros cúbicos. Siendo ese período el más favorable para lograr una esterilización rápida, una absorción en poco tiempo de tanta cantidad de sal, tiene que ejercer una acción masiva capaz de detener la infección. Sin abrir opinión sobre los resultados conseguidos, por falta material de tiempo para estudiar al enfermo, damos a conocer, sin embargo, la historia clínica, y el resultado es tal, que justifica ampliamente un tratamiento tan intenso, cuyo único inconveniente fué el de provocar una estomatitis a la tercera inyección, pero con caracteres bien benignos.

Puede afirmarse que es en el período inicial cuando el bismuto ha dado resultados más elocuentes. Todos los casos han evolucionado favorablemente, habiendo obtenido una rápida cicatrización del chanero y habiendo conseguido mantener normales las reacciones serológicas del enfermo. En aquellos que ya presentaban sus reacciones positivas, las historias clínicas mostrarán cómo han cedido perfectamente bien, encontrándose hoy los tratados clínicamente y serológicamente, normales. El número de inyecciones practicadas para obtener tales resultados, ha sido variable, y es evidente que ha sido superior en aquellos casos en que la infección, por datar de mayor número de días, había adquirido mayor intensidad.

Chancros con treponema positivo y R. W. negativa

Observación número 1. (2441).—B. B., 24 años. Chanero del surco, datando de 18 días. Adenopatía inguinal. No hay otro signo clínico. (Buena dentadura).—Enero 30|22. Reacción Wassermann H⁸. Treponema positivo.

Solución oleosa:

Enero 30 22—0 gr. 20 de bismuto	Enero 31—RW. H8
3 —0 gr. 20 " "	
6 —0 gr. 20 " "	
10 —0 gr. 20 " "	
13 —0 gr. 20 " "	Febrero 14—RW. H8
15 —0 gr. 20 " "	Febrero 15—Chanero desapare-
18 —0 gr. 20 " "	cido.
20 —0 gr. 20 " "	
24 —0 gr. 20 " "	

Marzo 11 —0 gr. 20 de bismuto
 13 —0 gr. 20 " "
 16 —0 gr. 20 " "
 23 —0 gr. 20 " "
 27 —0 gr. 20 " "

Dosis total: 1 gramo 60.

Marzo 27.—Estado general bueno. Clínicamente no presenta nada. Las inyecciones han sido indoloras. No ha habido estomatitis. Se le deja descansar 7 días.—Abril 2|22. R. W. H^s.—Abril 24. R. W. H^s.—Agosto 21. R. W. H^s.

No presenta en esta última fecha, nada que clínicamente pueda ser atribuído a su sífilis.

Obs. núm. 2. (2585).—N. K., 24 años. Chanero del glande, datando de 18 días. Adenopatía inguinal.—Junio 10|22. R. W. F Ultra. Shaudinn positivo.

Junio 14|22—0 gr. 20

16 —0 gr. 20

23 —0 gr. 20

26 —0 gr. 20

28 —0 gr. 20

30 —0 gr. 20

Julio 3 —0 gr. 20

5 —0 gr. 20

7 —0 gr. 20

Junio 20—Ultra. Schaudinn negativo. El chanero ha cicatrizado a la segunda inyección.

Junio 22—RW. H⁰ Ff.

Julio 3—RW. H⁸.

Dosis total: 1 gramo 90.

En esta historia vemos que, a pesar de las dos primeras inyecciones, el Wassermann llegó a hacerse positivo intenso, para luego, bajo el tratamiento, aparecer francamente negativo. El estado del enfermo es hoy enteramente normal, sin signo clínico de sífilis.

Chancros con R. W. negativa y ultrapositivo tratados con solución acuosa

Obs. núm. 3. (2637).—V. Q. Chanero de 10 días. Investigación al ultra positivo. Se le inyecta solución acuosa:

Julio 31|22—0 gr. 20 etg.

Agosto 2 —0 gr. 40 "

A la segunda inyección el chanero ha cicatrizado por completo, pero el enfermo no quiere continuar sus inyecciones, por resultarle dolorosas. Clínicamente no presentaba signo alguno y lo perdemos de vista, por lo que su historia resulta incompleta.

Obs. núm. 4. (2625).—J. R., 22 años. Chanero del surco, datando de 10 días. Polimicroadenopatía. Ultra. Schaudinn positivo. (Dentadura bastante buena). — Julio 11|22. R. W. H⁸.

Solución acuosa:

Julio 11|22—0 gr. 20
 13 —0 gr. 40
 15 —0 gr. 40

Julio 12—Ultra negativo

Julio 24.—Estomatitis marcada. Chanero completamente cicatrizado. — Junio 30|22. RW. H⁸. — Agosto 11|22. R. W. H⁸.

Estado general excelente. No hay signo clínico alguno de sífilis.

Acción del bismuto sobre las sífilis en período inicial, pero con Reacción de Wassermann positiva

Obs. núm. 5. (2425).—A. B., 26 años. Chanero en los primeros días del mes de diciembre de 1921. — Enero 16|22. Presenta aún su chanero. Adenopatía inguinal. No hay otro signo clínico.—Enero 16|22. RW. H⁰.

Febrero 3|22—0 gr. 20
 7 —0 gr. 20
 9 —0 gr. 20
 11 —0 gr. 20
 14 —0 gr. 20
 16 —0 gr. 20
 18 —0 gr. 20
 21 —0 gr. 20
 24 —0 gr. 20
 26 —0 gr. 20
 28 —0 gr. 20
 30 —0 gr. 20

Febrero 9—El chanero ha desaparecido.

Marzo	2	—0 gr. 20
	4	—0 gr. 20
	7	—0 gr. 20
	9	—0 gr. 20
	11	—0 gr. 20
	14	—0 gr. 20
	16	—0 gr. 20
	18	—0 gr. 20
	21	—0 gr. 20

Marzo 9|22—RW, H8.

Dosis total: 4 gramos 20.

Marzo 21|22. Estado general bueno. Inyecciones poco dolorosas. No ha tenido estomatitis franca, a pesar de su dentición deficiente. Análisis de orina, normal.

Abril 7|22. R. W. H8.—Mayo 5. R. W. H8.—Mayo 29. R. W. H8.—Junio 20. R. W. H8.—Junio 30. R. W. H8. — Agosto 1.º. R. W. H8.

En esta fecha, el enfermo se encuentra perfectamente bien, sin signo alguno que haga sospechar la actividad de su sífilis.

Obs. núm. 6. (2518).—D. B. Chanero en enero de 1922. En esa fecha se hace análisis de sangre y tiene dos Wassermann negativos. En marzo 17|22, nuevo examen que da H⁰, y en marzo 24, confirmación con otro H⁰. No presenta en esta fecha signo alguno de sífilis.

Marzo	24 22	—0 gr. 20
	30	—0 gr. 20
Abril	1	—0 gr. 20
	3	—0 gr. 20
	6	—0 gr. 20
	10	—0 gr. 20
	17	—0 gr. 20
	18	—0 gr. 20
	20	—0 gr. 20
	22	—0 gr. 20
	27	—0 gr. 20
Mayo	4	—0 gr. 20
	7	—0 gr. 20
	11	—0 gr. 20
	17	—0 gr. 20
	20	—0 gr. 20
	22	—0 gr. 20
	29	—0 gr. 20

Julio 17—RW, H0.

Junio	7	—0 gr. 20	
	24	—0 gr. 20	
	26	—0 gr. 20	
Agosto	9	—0 gr. 20	Agosto 11—RW. H1.
	11	—0 gr. 20	
	14	—0 gr. 20	

Dosis total: 4 gramos 80.

Si bien su estado general es bueno, a pesar de la cantidad de bismuto inyectado, sólo hemos logrado modificar muy débilmente su reacción serológica. Es, con toda evidencia, una sífilis cuyo porvenir debe preocuparnos.

Obs. núm. 7. (2534).—A. P. Presenta en abril 27 de 1922, un chanero del surco, datando, según el enfermo, de 10 días. Adenopatía. Su reacción de Wassermann es H⁰ F.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Abril	27 22	
	29	
Mayo	4	
	6	
	8	Mayo 8—Chanero cicatrizado.
	11	
	15	
	19	
	22	
	26	
	29	
Junio	1	
	5	
	9	Junio 9—RW. H0 Ff.
	12	

Dosis total: 3 gramos.

Es un caso manifiestamente rebelde. Si es cierto que el chanero tiene solamente 10 días de evolución, como afirma el enfermo, se trata de una sífilis sobre la cual poco ha hecho el bismuto, desde que vemos su Wassermann francamente positivo al final, con una reacción de floculación más intensa aún que al comenzar el tratamiento. No nos ha sido posible continuarlo por haber abandonado el enfermo nuestra clínica.

Obs. núm. 8. (2590).—R. B. Chanero en mayo de 1922. Sin signo alguno visible.—Junio 20|22. R. W. H0 Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Junio 23|22

28

Julio 5

7

Julio 7—Chanero cicatrizado.

10

17

19

21

24

27

31

Agosto 4

Agosto 4|22—RW. H7.

11

21

Dosis total: 2 gr. 80.

Estado general bueno. No lo tratamos más, seguros de encontrar en el próximo examen un resultado negativo. No hay signo alguno.

Tenemos mayor número de sífilis iniciales tratadas en las dos formas expuestas, pero no consideramos suficientemente completas sus historias, como para incluirlas en este trabajo. Como decíamos al iniciar este capítulo, referente a los resultados que se consiguen en esta modalidad de sífilis, nada más elocuente que los datos que arrojan las historias publicadas y ellas prueban que es posible con el bismuto obtener esterilizaciones a breve plazo y con un tratamiento no muy extenso. Su poder cicatrizador de las lesiones primarias, es bien palpable. Sin embargo, vemos entre esos casos citados, sífilis que a pesar de ser recientes, han soportado dosis totales relativamente elevadas sin que hayamos conseguido modificar totalmente un Wassermann positivo, y en uno o dos, hemos visto hacerse más intenso ese positivo en pleno tratamiento. Esto prueba que lo afirmado en los primeros capítulos de este trabajo, cuando hablábamos de que las sífilis reaccionan de muy distinta manera a todo tratamiento, y que es imposible esquematizarlo, tiene su confirmación en las infecciones que por ser recientes se prestan más fácilmente a una terapéutica eficaz.

2.º *Acción del bismuto sobre las sífilis en el período de generalización (roseola, placas, lesiones de la piel, etc.)*

Del mismo modo que para las sífilis iniciales, el bismuto muestra una eficacia bien grande, frente a las distintas manifestaciones del período secundario.

La roseola se modifica visiblemente a las pocas inyecciones, sin desaparecer, sin embargo, con la rapidez que era de sospechar. Hemos visto algunas que necesitan cinco o seis para hacerse difícilmente apreciables, pero las más se atenúan y desaparecen con menos inyecciones.

Las placas son cicatrizadas en su casi totalidad en 24 horas. Nos hace recordar el brillante resultado que se obtenía hace unos años con los arsenicales, cuando sólo bastaba una sola inyección para que toda lesión abierta desapareciera. Es más, y las historias lo dicen: hemos visto placas mucosas con una resistencia manifiesta al neo, cicatrizarse en 24 horas a una simple inyección de bismuto.

En algunos casos han sido necesarias dos o tres inyecciones para obtener igual resultado; pero se trataba de lesiones mucosas muy extendidas, o que habían sufrido modificaciones especiales por el uso de desinfectantes demasiado enérgicos, o que por su localización eran asiento de una infección sobreagregada. De todos modos, las hemos visto ceder en plazo más o menos breve, y las investigaciones al ultra han mostrado la rápida modificación o desaparición de los treponemas. La acción cicatrizante del bismuto es análoga que para las sífilis del período inicial.

Las sífilis papulosas simples, las pápulo-escamosas, las circinadas, etc.; las sífilis palmares; las ulcerosas ceden en la misma forma a la terapéutica bismutada, variando, bien entendido, el número de inyecciones necesarias para una desaparición completa de todas esas manifestaciones, pero cumpliéndose en un término que no difiere en mucho del empleado por los arsenicales. Sin que sea esta una opinión definitiva, nos parece el bismuto, en las sífilis de la piel, de una actividad semejante al neo.

Obs. núm. 9. (2442). — E. S. Chancro en noviembre de 1921. Presenta actualmente, roseola, placas de la lengua, del labio, del glande, del ano. Alopecia. Adenopatía generalizada. La cervical muy pronunciada.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero	30 22	
Febrero	2	Febrero 2 22—RW. H0 Ff.
	6	
	10	Febrero 10—No hay lesión nin-
	13	guna. El enfer-
	15	mo está <i>limpio</i> .
	18	
	20	
	23	
Marzo	2	
	4	
	6	
	8	
	13	
	16	Marzo 16—RW. H7 F.
	20	
	22	
	27	
	30	
Abril	3	Abril 3—RW. H7. F.e.
	6	
	10	
	17	
	20	
	24	
	27	Abril 25—RW. H7 F.e.
Mayo	4	
	7	
	11	
	15	
	17	
		Mayo 20—RW. H8.

Dosis total: 6 gramos 20.

Estado general, en esa fecha, muy bueno. No hay signo clínico. Esta historia, al mismo tiempo que muestra la acción cicatrizadora y esterilizadora, permite además seguir la marcha de su reacción serológica, que va de un positivo intenso, con una floculación intensa también, a un negativo franco, pasando por todos los estados intermediarios.

Obs. núm. 10. (2449). — M. P. Niega haber tenido chanero. Presenta actualmente placas de la comisura y de la amígdala. — Febrero 3|22. R. W. H⁰ Fg.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Febrero	6	
	8	
	10	Febrero 10—Las placas han desaparecido. Sólo queda el tinte violáceo.
	13	
	20	
	23	
Marzo	1	
	3	
	8	
	10	
	21	
	24	Marzo 24—RW. H0 Ff.
	27	
	30	
Abril	3	
	6	
	18	
	24	
	25	
	27	
Mayo	8	
	11	
	14	
	16	
	28	
Julio	20	Junio 9—RW. H8 F.

Dosis total: 5 gramos 20.

El estado del enfermo es muy bueno, pero como muestra la historia, a pesar del Wassermann negativo de junio 9, habíamos reiniciado una nueva serie, porque la floculación parecía demostrar la existencia de una actividad en su sífilis. No hemos continuado el tratamiento, pues el enfermo no ha vuelto a la clínica.

Obs. núm. 11. (2450). — J. A. Chanero de 3 meses. Placas mucosas de la lengua y de la amígdala. — Febrero 4|22. R. W. H⁰.

Febrero 6|22—0 gr. 20
8 —0 gr. 20
10 —0 gr. 20

Febrero 10 — La placa lingual epitelizada; las de la amígdala no existen.

El enfermo no continuó el tratamiento.

Obs. núm. 12. (2429). — E. O., 25 años. Niega haber tenido chanero. Actualmente tiene roseola. Adenopatía inguinal.—Enero 13|22. R. W. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero	19 22	
	21	
	23	Enero 23—Roseola más confluente, pero menos marcada.
	25	
	27	Enero 27—Roseola atenuada.
	29	Enero 29—Roseola desaparecida.
Febrero	3	
	6	
	8	
	10	
	13	Febrero 13 22—RW. H0.
	15	
	18	
	20	
	23	
Marzo	2	
	4	
	6	
	8	
	13	
	15	
	17	Marzo 17 22—RW. H8. Estado general bueno. No hay signo alguno.
		Abril 3 22—RW. H8.
		Abril 25 22—RW. H7. Se reinicia el tratamiento.

Dosis: 4 gramos 40.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo	17
	20
	22
	29
Junio	5
	7
	9

Junio	12	
	23	Junio 14 22—RW. H7 F.e.
	26	
	28	
	30	
Julio	3	
	5	
	7	
	10	
	12	
	17	
	20	Julio 21 22—RW. H8.
	24	
	26	

Dosis: 4 gramos 20.—Agosto 21|22. R. W. H⁸.

Como se vé, cuando en abril 25|22 dió su Wassermann un positivo dudoso, a pesar de no haber clínicamente nada que impusiera una nueva serie decidimos hacerla antes de que la actividad de la sífilis se hiciera mayor y la evolución de ésta probó que estábamos en lo cierto, pues el examen de junio 14, dió positivo aunque débil a pesar de las inyecciones hechas. Si no hubiéramos observado tal conducta, hubiéramos tenido que tratar al enfermo cuando su Wassermann fuera positivo intenso, corriendo el riesgo de que pudieran aparecer lesiones contagiosas.

Hoy el enfermo está en perfectas condiciones.

Obs. núm. 13. (2436). — R. G., 25 años. Chanero en diciembre de 1921. Examen al ultra negativo. Dos reacciones de Wassermann negativas. Enero 24|22. Sífilis papulosa. Adenopatía generalizada. Gran ganglio inguinal.

0 gr. 20 etg. por inyección:

		Enero 24 22—RW. H0.
Enero	26 22	
	28	Enero 28 22—Las sífilides desaparecen.
	30	
Febrero	4	
	6	
	11	
	13	
	15	
	18	

Febrero	20	
	24	Febrero 24 22—Los ganglios no existen.
Marzo	2	
	4	
	6	
	9	
	14	
	18	Marzo 13 22—RW. H8.
	24	

Dosis total: 3 gramos 60.

(Abril 25|22. R. W. H8. Ff.—Julio 3. R. W. H8.

Estado general bueno. No hay signo clínico.

Obs. núm. 14. (2443). — J. B., 44 años. Comienzo ignorado (mujer). Sífilis papulosa generalizada. Placa de la amígdala derecha. Adenopatía generalizada. Enero 31|22. R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero	31 22	
Febrero	2	
	4	
	9	
	11	
	14	Febrero 14—Placas desaparecidas. Las amígdalas en vías de regresión.
	16	
	21	
	23	
Marzo	2	
	4	
	7	
	9	
	14	
	16	
	18	
	21	
	23	Máyo 23 22—RW. H8.

Dosis: 3 gramos 60. Estado general muy bueno. Abril 3|22. R. W. H⁸. Mayo 5|22. R. W. H⁸.

Obs. núm. 15. M. M., 20 años. Chanero en octubre de 1921. Actualmente roseola, placas mucosas amigdalinas. Adenopatía generalizada.—Enero 13|22. R. W. H⁰. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero	16 22	
	18	
	21	
	23	
	26	
	30	Enero 30 22—Placa desaparecida. Roseola casi no existe.
Febrero	2	
	14	
	20	
	24	
Marzo	2	
	4	
	9	
	11	
	14	
	18	
	21	

Marzo 23—RW. HS.

Abril 7—RW. HS.

Agosto 15—RW. HS.

Dosis total: 3 gramos 40.

Estado general excelente. No hay signo clínico alguno.

Obs. núm. 16. (2510). — N. R. Chanero en enero de 1922. Actualmente placas amigdalinas. — Marzo 23|22. R. W. H^o Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	27	
	30	
Abril	1	Abril 1. ^o —Las placas no existen.
	3	
	8	
	10	
	17	
	21	
	29	
Mayo	4	
	13	
	19	
	26	

Junio	2	
	9	
	11	Junio 14 22—RW. HS F.e.
	17	
	20	
Julio	10	
	12	
	20	

Dosis total: 4 gramos 20.

En esta fecha su estado general era bueno. No había signos.

Obs. núm. 17. (2518). — L. R., 22 años. Chanero en febrero de 1922. Actualmente placas de la amígdala y la lengua. Roseola.—Marzo 28|22. R. W. H⁰. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	27 22	
	30	
Abril	1	Abril 1.º—Placas y roseola desaparecidas.
	4	
	6	
	8	
	17	
	20	
	29	
Junio	14	Junio 14 22—RW. HS F.

Dosis total: 1 gramo 80. De acuerdo con el resultado de la floculación, decidimos reiniciar la serie, pero el enfermo, posiblemente por no presentar clínicamente nada, no ha concurrido más a nuestro servicio.

Obs. núm. 18. (2508). — N. R. Comienzo ignorado (mujer). Actualmente placas mucosas de la amígdala. Alopecia.—Marzo 27|22. R. W. H⁰. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	23	
	25	Marzo 25 22—Las placas han desaparecido.
	28	
	30	

Abril 1
5
8
10
25
29
Mayo 4
11
13
16
23
26
Junio 13
15

Junio 14|22—RW. HS.

Julio 7|22—RW. HS.

Julio 25|22—RW. HS.

Agosto 11|22—RW. HS.

Dosis total: 3 gramos 60.

Exámenes francamente negativos; clínicamente no se observa nada; estado general bueno.

Obs. 19. (2361). — C. P. Ignora comienzo (mujer). 1 hijo muerto a los 8 meses. Actualmente placas vulvares, anales, amigdalinas, labiales.—Diciembre 3|21. R. W. H⁰. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Diciembre 1|21
5
7
9
12
14
16
19
21
23
26
29
Enero 5|22

Diciembre 5—Placas desaparecidas totalmente, sólo queda el tinte violáceo en las anales.

Diciembre 26—RW. HS.

Dosis total: 2 gramos 60. Abandona tratamiento y vigilancia y vuelve en mayo 5 con una nueva placa lingual.—Mayo 5|22. R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo 7
9
13
28
Julio 7
13
15
20
22
29
Agosto 3
5
19

Agosto 4|22—RW. H8.

Dosis total: 2 gramos 60.

Estado general bueno, sin presentar signo clínico alguno.

Obs. núm. 20. (2524). — S. R. Chancro en diciembre de 1921. Actualmente placa mucosa de la boca.—Abril 20|22. R. W. H^o Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Abril 17|22
20
22
24
26
29
Mayo 4
7
11
13
19
23
26
29
Junio 1
3
9
16
21
28
Julio 3
7

Junio 9—RW. H0 Ff.

Julio 10
12
17
21
27
31

Julio 30—RW. H8.

Dosis total: 5 gramos 60. Estado general bueno, sin haber presentado signo alguno de intolerancia o de toxicidad.

Obs. núm. 21. (2552). — M. M. Chanero en octubre de 1921. Actualmente sífilides palmar.—Marzo 11|22 R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo 11
13
16
19
Junio 12
16
23
26
Julio 3

Mayo 16—Las sífilides han desaparecido.

Dosis total: 1 gramo 80. El estado general era bueno, pero no pudieron hacerse los exámenes de sangre por haber abandonado el enfermo nuestra clínica.

Obs. núm. 22. (2557). — P. Ch. Chanero de la amígdala. Presenta actualmente, roseola, pápulas, placas mucosas.—Mayo 11|22. R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo 12|22
15
19
22
26
29
Junio 2
5
7
16
21
23

Mayo 15—Después de la primera inyección las placas del labio han desaparecido; las de la mejilla y lengua epitelizadas.

Junio 16—RW. H8.

Julio 17 Julio 17—RW. H8.
 19
 21
 24
 26

Dosis total: 3 gramos 40.

Agosto 17|22. R. W. H⁸. Estado general excelente .

Obs. núm. 22 bis (2482).—G. L. Chanero hace 14 años. En febrero de 1922 se hace 8 inyecciones de neo, pero no lo tolera. Presenta actualmente placas interdigitales, simétricas.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo 22|22
 24
 29 Mayo 29—Las lesiones interdigitales han desaparecido.
 31
 Junio 2
 5
 7
 9
 12
 16
 21
 23
 26
 28
 Julio 3
 5
 7
 10
 12
 17 Julio 17|22—RW. H0.
 21
 24
 27
 31
 Agosto 2
 4
 7
 11
 14
 18 Agosto 17|22—RW. H8.
 21

Dosis total: 6 gramos 20. No ha presentado signo alguno de intolerancia ni intoxicación, y su estado general es muy bueno.

Obs. núm. 23. (2592).—E. B. Chanero en junio de 1922, que persiste aún; actualmente sífilides papulosa. Adenopatía generalizada.—Junio 22. R. W. H⁰ Fg.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Junio	22 22	
	26	
Julio	3	Julio 3 22—El chanero se ha cicatrizado por completo. La sífilis papulosa no existe.
	7	
	12	
	17	
	24	
	28	
	31	
Agosto	7	
	16	

Dosis recibida: 2 gramos 20.

Faltan las reacciones serológicas, pero hemos considerado útil publicar esta historia por los buenos resultados obtenidos con el bismuto sobre las lesiones que existían.

Obs. núm. 24. (2602). — M. M. Chanero en abril de 1922. Actualmente placas linguales.—Julio 5|22. R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Julio	7 22	
	10	Julio 10—Placas desaparecidas.
	17	
	19	
	26	
	31	Agosto 1.º—RW. H ⁰ .
Agosto	2	
	4	
	7	
	9	
	11	Agosto 11—RW. H ⁵ .
	14	

Dosis recibida: 2 gramos 40.

Estado general bueno.

Obs. núm. 25. (2462). — A. C. Chanero en junio de 1921. Actualmente placas del labio.—Febrero 10|22. R. W. H⁰.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Febrero	9	
	11	Febrero 11 22—Placa desaparecida.
	14	
	16	
Marzo	14	
	16	
	21	
	25	
	27	
	30	
Abril	1	
	5	
	8	
	18	En Abril suspende el tratamiento y regresa presentando una nueva placa del labio.
	24	
Julio	1	Julio 4—Placa desaparecida.
	4	
	10	
	17	
	21	
	26	
	31	
Agosto	4	Agosto 1.º 22—R. W. HS.

Dosis total: 4 gramos 60.

Estado general muy bueno. No hay signo.

Obs. núm. 26. (2607). — A. T. Chanero en marzo de 1922. Actualmente roseola y sífilis papulosa. — Julio 10|22. R. W. Hº.

Julio	10	
	17	
	19	
	24	Julio 24—Pápulas y roseola desaparecidas.
	31	
Agosto	4	
	7	
	11	
	14	
	18	
	21	Agosto 17—RW. H7.

Continúa su tratamiento y su estado general es bueno.

CONSIDERACIONES

Tenemos muchos casos clínicos pertenecientes a este período y tratados por el bismuto, pero, o no son historias bien completas para hacer deducciones razonables, o se trata de sífilis tan afines con las presentadas, que sólo servirían para fatigar al lector.

¿Qué conclusiones debemos sacar del estudio del conjunto presentado, existiendo allí dentro de la categoría de la sífilis generalizada, toda la gama que puede presentarse? En realidad, no cabe sino una expresión de alta confianza en el nuevo medicamento. Todas se reducen más o menos rápidamente, pero todas ceden, con rarísimas excepciones, a la terapéutica bismutada. Para este período, pues, ésta tiene una eficacia evidente, como lo presenta para el grupo ya estudiado de las sífilis iniciales.

La desaparición de los accidentes se hace a las pocas inyecciones y el estado del enfermo mejora visiblemente. Sus reacciones serológicas se las ve modificarse favorablemente, consiguiéndose en la mayor parte de los casos hacerlas francamente negativas y mantenerlas tales por un tiempo relativamente largo, con un tratamiento que sólo exige dos o tres meses, y todo acompañado por un estado clínico que prueba que la actividad de la infección si no ha cesado por completo, por lo menos ha perdido mucho de su intensidad.

Como para las sífilis iniciales, es prematuro considerar esos enfermos como curados, y será el futuro quien, clínica o serológicamente, dirá si la esterilización ha sido definitiva.

Las grandes dosis totales usadas en este grupo de enfermos no han provocado ni signos de intolerancia ni de intoxicación, y ello prueba que la terapéutica intensa usada por nosotros, no tiene los inconvenientes que pudiera suponerse. Si no hemos conseguido en algunos enfermos el resultado que esperábamos, debe culparse, sin duda, a su abandono, que los induce a tratarse sólo cuando se sienten mal, o cuando presentan ya una manifestación visible que los alarma.

Acción del bismuto sobre otras modalidades de sífilis

Observación núm. 27. (2215).—V. F., 38 años. Chanero hace 10 años, no tratado. En agosto 29|21 R. W. H0. 5 inyecciones de neo de 0 gr. 30, 0 gr. 40, 0 gr. 50, 0 gr. 20, 0 gr. 20.

Intolerancia absoluta. 29 inyecciones de cianuro de Hg. Estomatitis intensa. Noviembre 21|21 R. W. H^o. Leucoplasia extendida a toda la mucosa bucal, intensa como muy pocas.

Se le hicieron 29 inyecciones a dosis de 0 gr. 20 por cada una, lo que equivale a inyectar 5 gramos 60 de sal. Su leucoplasia mejoró visiblemente. No se produjo estomatitis, a pesar de que el mercurio le había provocado una bien intensa; pero a pesar de un tratamiento tan tenaz y continuado regularmente, su reacción de Wassermann persistió, siendo siempre positiva intensa.

Fatigado el enfermo por tan pobre resultado, a pesar de reconocer la mejoría apuntada, decidió abandonar toda terapéutica.

Sífilis ulcerosa del velo del paladar

Obs. núm. 28 (2199).—J. G. En agosto de 1921, la vemos con una lesión terciaria del paladar, negando la enferma toda manifestación anterior. R. W. H^o. Se le practican 31 inyecciones de neo y en mayo 23 de 1923 tiene igualmente positivo intenso en la sangre.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo	30
Abril	4
	6
	18
	20
	25
	27
	29
Mayo	4
	7
	9
	11

Junio 9—RW. H^o Ff.

Dosis total: 2 gramos 40. Presentó una estomatitis muy pronunciada, que obligó a suspender el tratamiento. La lesión ulcerosa, perfectamente cicatrizada ya, no sufrió modificación alguna. Se reinició el tratamiento con neosalvarsán. No podemos formar criterio sobre el posible resultado del bismuto en estos casos, pues las inyecciones fueron muy pocas, y es bien sabido que esta clase de lesiones si bien cicatrizan

fácilmente, van acompañadas siempre por una reacción de Wassermann positiva intensa de las más rebeldes. El neo tiene igualmente gran trabajo en conseguir reducir las.

Acción del bismuto sobre lesiones cardíacas sifilíticas

Los arsenicales empleados en estas localizaciones tienen, sin duda, todos los inconvenientes que derivan de una terapéutica endovenosa, que, para ser realmente eficaz, exige inyectarse dosis relativamente elevadas de medicamento. Si bien hay enfermos de este orden que soportan en perfectas condiciones hasta 0 gr. 60 y 0 gr. 75 centigramos de neo, por lo general la prudencia ordena proceder con dosis mucho más pequeñas, si no quiere uno exponerse a desagradables consecuencias. Es así que comenzamos estos tratamientos en cardíacos, con 0 gr. 10 a 0 gr. 15 centigramos, para ir ascendiendo muy paulatinamente y para detenernos entre 45 y 50 centigramos, aun cuando aparentemente el enfermo tolere bien las inyecciones. Esta conducta nos ha evitado los desagradables momentos a que nos hubiéramos expuesto, si existiendo en el paciente una ligera intolerancia, hubiéramos agregado a un corazón en verdaderas condiciones de inferioridad los fenómenos cardiovasculares que resultan de una crisis arsenical.

Procediendo en esa forma, logramos evitar esos posibles accidentes, pero, en cambio, una terapéutica tan débil nos llevaba a prolongar enormemente todo tratamiento, si queríamos conseguir una mejoría clínica o serológica. Es por esa razón que las lesiones cardíacas sifilíticas exigían un centenar de inyecciones para lograr tales resultados, y era común ver las reacciones de sangre permanecer aún positivas intensas, a pesar de tanta terapéutica.

El bismuto, teniendo esa particularidad de fijarse en los elementos anatómicos; no presentando los inconvenientes de las inyecciones intravenosas y teniendo una acción curativa evidente, nos ha parecido substituir con ventaja a los arsenicales. Entre las historias que mencionaremos, hay una cuyo Wassermann se ha modificado mucho, en tanto que en las otras persiste con igual valor; pero podemos decir que el estado general de todos esos enfermos ha mejorado en mucho y que el tratamiento ha sido llevado sin las preocupaciones mencionadas más arriba.

Obs. núm. 29. (2522). — V. V., 53 años. Chancro en 1911. Nunca hizo tratamiento antisifilítico. Presenta actualmente una insuficiencia aórtica.—Abril 3|22. R. W. H^o.

0 gr. 20 ctg. por inyección:

Abril 3|22

6

10

17

20

22

24

29

Mayo 4

6

8

11

13

15

17

22

24

29

31

Junio 5

7

9

12

14

16

20

23

26

28

Julio 3

5

10

17

21

24

27

31

Agosto 4

7

Junio 2|22—R.W. H^o.

Agosto 1.^o—R.W. H^o.

Agosto 11
18
21
23

Agosto 17|22—R.W. H7.

Dosis total: 8 gramos 80.

Su estado general es bueno. Ha soportado sin trastorno alguno el tratamiento más intenso que hayamos hecho con el bismuto y si en este caso como en muchos hemos dejado de lado la llamada dosis curativa, es porque la tolerancia al medicamento, la mejoría del estado general y la naturaleza de la localización, nos entusiasmaron para conseguir la cura serológica, a la cual no es muy común llegar.

El resultado del Wassermann (H^7) nos induce a detener todo tratamiento, pues es bien posible, por razones ya expuestas y por otras que se encontrarán en otro capítulo, que el próximo examen dé un resultado francamente negativo.

Obs. núm. 30. (1318). — L. H. Chanero en 1897. Hizo tratamiento antisifilítico muy pobre. Y se presenta a nosotros con una insuficiencia y estrechez aórtica. Hizo entonces tratamiento con neo, recibiendo 82 inyecciones y su reacción de Wassermann ha persistido siempre siendo francamente positiva.—Septiembre 26|21. R. W. H0. Ff.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Mayo 17|22
19
24
29
31
Junio 2
9
12
14
16
23
26
28
Julio 3
5
7
10
12

Junio 2|22—RW. H0 Ff.

Julio	17
	19
	26
	29
	31
Agosto	2
	4
	7
	9
	11
	14
	16
	18
	21
	23

Agosto 11;22—R.W. H0.

Desis total: 6 gramos 60.

Estado general bueno; no ha presentado ningún signo de intolerancia. La tenacidad del Wassermann a permanecer positivo intenso a pesar de la numerosa serie de inyecciones de neosalvarsán y a pesar de la cantidad grande de bismuto inyectado, es evidente.

Sólo se ha conseguido de acuerdo con los exámenes que figuran, que la reacción de floculación desapareciera, pero no es este en realidad el resultado que pueda conformarnos.

Obs. núm. 31.—J. R. Tuvo su chanero en el año 1900. Poco tratamiento. Presenta actualmente una dilatación aórtica marcada pero uniforme y un ligero soplo aórtico. Sufre de dolores anginosos. Hizo tratamiento arsenical, sin lograr modificar su sangre. Diciembre 1.º|21. R. W. H0.

0 gr. 20 ctg. por inyección:

Abril	17 22
	18
	20
	25
	27
Mayo	4
	11
	16
	23
Junio	1
	16
	21

Junio	23
	26
Julio	10
	12
	19
	21
	25
	27
Agosto	9
	16
	18
	23

Agosto 11|22—R.W. H0.

Dosis total: 4 gramos 80.

Su estado general bueno; dolores muy disminuídos.

Acción del bismuto sobre las sífilis nerviosas

Consideraciones

La experimentación del bismuto, hecha sobre las sífilis en los primeros tiempos de iniciarse, ha probado sus bondades curativas y nadie ha puesto en duda de que se consigue con él resultados que justifican tanto entusiasmo. Pero era necesario de que probara además esas mismas bondades sobre sífilis más avanzadas y especialmente sobre aquellas que hasta hoy han sido verdaderas murallas sobre las que ha escollado toda terapéutica. Las sífilis nerviosas ocupan el primer puesto del grupo, no incluyendo en éste a los aneurismas, lesiones cardíacas, etc., sobre las cuales es inútil toda tentativa, no por la sífilis en sí, sino por la naturaleza de las lesiones que ha provocado.

Por los trabajos publicados hasta el presente, se puede aceptar para el bismuto una acción eficaz contra ciertas modalidades de sífilis nerviosas, siendo por el contrario absolutamente inocua frente a otras, como la parálisis general y los tabes ya organizados.

Es interesante saber que el bismuto pasa al líquido céfalo-raquídeo y que lo hace con pocas inyecciones. Es esa una doble característica importante en el tratamiento de las neurosífilis. Aubry y Demelin han demostrado que el bismuto inyectado por vía intramuscular pasa al líquido céfalo-raquídeo, y han podido descubrir el metal en cantidad apreciable, en un enfermo afectado de meningitis específica, a quien sólo se le habían hecho tres inyecciones.

De los resultados obtenidos por los distintos autores, no puede concluirse que el bismuto sea superior a los otros medicamentos hasta hoy usados. Conocemos los éxitos conseguidos en neurosífilis con el empleo de los arsenicales y nuestro trabajo publicado prueba que descartando la parálisis general y los tabes muy avanzados, en todos los otros casos se obtiene una mejoría sorprendente o una cura radical. Las publicaciones hechas sobre el empleo del bismuto, se refieren a meningitis sífilíticas ó a tabes iniciales, en los cuales se obtuvieron resultados muy buenos.

Fournier y Guenot presentan un caso de meningitis sífilítica aguda, con cefalea, rigidez de la nuca, Kernig, 400 linfocitos por mm^3 en el líquido céfalo-raquídeo, Wassermann positivo, que con cuatro inyecciones de trepol, baja la linfocitosis a 35 elementos el 5.º día, a 12 el 10.º día, a 7 el 15.º día.

Tixier, Jeanselme, Mandel, Marie y Fourcade afirman haber obtenido grandes resultados en las sífilis nerviosas con el empleo del bismuto.

Por nuestra parte, nos conformaremos con publicar las historias clínicas de nuestros enfermos tratados. Por ellas se verán que los buenos resultados han sido conseguidos en los enfermos de la misma categoría que la de los autores citados, que ha sido nula en los paralíticos generales y relativamente buena en los tabes. El escaso tiempo habido para hacer una terapéutica intensa, como la que exigen esas localizaciones y la dificultad que tenemos para someter esos enfermos a las punciones lumbares repetidas que serían necesarias, han imposibilitado de todas maneras el que podamos sacar conclusiones exactas. De todos modos, la eficacia del medicamento en los casos citados, da derecho a suponer que su acción se hará sentir favorablemente en todas las neurosífilis que pertenezcan al grupo de las curables o capaces nada más que de mejorar.

Parálisis general

Obs. núm. 32. (95). — A. T. Sífilis datando de varios años. Ingresó a nuestro servicio en enero de 1918, sin manifestación alguna, pero con una reacción de Wassermann en la sangre positiva intensa. Tratado con dos series de neosalvarsán de 30 inyecciones cada una, persiste siempre su positivo.

Su estado general era bueno, pero se notaban ciertas modificaciones en su carácter. Practicada la punción lumbar dió positivo intenso, linfocitosis y albúmina. Se le intensifica el tratamiento, agregándosele mercurio, pero a pesar de todo se nota día a día variaciones más acentuadas en su temperamento; siempre tranquilo, respetuoso, se le ve volverse impulsivo, nervioso, agresivo. Nueva punción lumbar, arrojando los mismos datos que la anterior. Se le somete entonces a tratamiento bismutado.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero 3|22

10

12

17

19

24

26

31

Febrero 2

7

9

14

16

21

23

Marzo 3

8

10

14

16

21

23

28

30

Abril 4

Durante todo este tratamiento, se acentúan más los signos reveladores de su parálisis general. Es ahora intolerable; se apodera de cosas sin importancia; irascible, y tiene una ligera dificultad en la palabra.

La disartria va acentuándose y existe un claro temblor fibrilar en su lengua.

Dosis total: 5 gramos. Tolerancia perfecta.

Abandona nuestro servicio y no nos cabe ya duda, de que hubiera sido tarde toda medicación al bismuto, por intensa que fuese.

Obs. núm. 33. (1427). — L. C. Tuvo chancro en 1918. El enfermo relaciona toda su enfermedad con esa manifestación, pero debemos hacer notar que en realidad se trata de

un heredo-sifilítico, como lo es una hermana cuya historia en nuestro servicio lleva el número 2234 y como lo fué un hermano tratado por nosotros en el período último y muerto de parálisis general. Este enfermo es ciertamente, un paralítico general, tipo demencial. Sufre continuamente de cefalalgias y mareos. Sus pupilas reaccionan perezosamente. Se le inyectaron en nuestra clínica desde su ingreso, 75 neosalvarsán y sus exámenes de sangre hechos en mayo 4 de 1920, en marzo 7 de 1922 han sido positivos intensos.

Se le somete al tratamiento bismutado.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	11 22
	13
	16
	18
	20
	27
Abril	1
	5
	8
	10
	18
	25
	29
Mayo	7
	9
	13
	16
	23
	27
Junio	3
	7
	12
	16
	21
	23
	26
Julio	3
	7
	10
	17
	21
	27

Junio 14—RW. H0.

Agosto 4
7
14
17

Dosis total: 7 gramos 20. Su estado general, igual que al comienzo del tratamiento. Su psiquis no ha mejorado en nada y siempre sufre los mismos trastornos.

Obs. núm. 34. (1407). — C. N. Chanero en 1909. Tuvo placas, roseola, etc. Tratado con mercurio, pero muy irregularmente. Ingresó a nuestro Servicio, teniendo un examen de sangre francamente positivo, por lo que fué sometido a tratamiento arsenical. Clínicamente no presentaba nada que pudiera hacer sospechar una parálisis general, salvo la modificación de los reflejos oculares. Se le practica una punción lumbar, la que dió un Wassermann positivo, linfocitosis y albúmina.

En el último período de su tratamiento con neosalvarsán, se le empieza a reconocer una ligera disartria que fué acentuándose a pesar de toda medicación. Se le somete al bismuto.

Junio 9
12
16
21
23
28

Junio 12—Su estado general empeora. Su señora se alarma por su cambio de carácter, sus ausencias, etc. La disartria es marcada.

Julio 7
10
12
19
21
25
27

Agosto 2
4
7
9
11
14
16
18
23

Agosto 8|22—RW. H0.

La disartria parece ceder, pero el estado general del enfermo es el mismo.

Dosis total: 4 gramos 40. La disartria ha mejorado bastante; el enfermo habla sin grandes tropiezos. Clínicamente es un parálitico general, pero que sin duda alguna ha beneficiado con el bismuto.

Meningitis agudas sifilíticas

Obs. núm. 35. (2380). — A. P., 30 años. Tuvo en agosto de 1921 su chanero inicial, y se hizo tan sólo 6 inyecciones de neosalvarsán. Concorre a nuestro servicio en diciembre 26 de 1921, practicándosele la reacción de Wassermann en la sangre, que dió resultado negativo. El enfermo se quejaba en ese entonces de cefalalgias muy intensas y de vértigos frecuentes y fuertes, a tal punto que le era imposible mirar hacia atrás, porque perdía de inmediato todo equilibrio. Se le hace la punción lumbar, que arroja los datos siguientes:

Reacción de Wassermann: H⁰.

Albúmina (Nonne): Positivo.

Glóbulos blancos: 512 p. mm³.

Vista la urgencia de una terapéutica intensa, decidimos tratar a nuestro enfermo con neo y bismuto al mismo tiempo.

Enero	2 22—	0.30 de neo
	9 —	0.40 " "
	17 —	0.50 " "
	21 —0.20 (Bi)	" "
	24 —0.20 "	" "
	26 —0.30 "	" "
	28 —	0.60 " "
	31 —	" "
Febrero	5 —	0.70 " "
	7 —0.30 "	" "
	9 —0.30 "	" "
	11 —	0.70 " "
	16 —	0.60 " "
	21 —0.20 "	" "
	22 —0.20 "	" "
Marzo	2 —	0.60 " "
	4 —0.30 "	" "
	7 —0.30 "	" "
	9 —0.30 "	" "
	13 —	0.60 " "

	14	—0.30	(Bi)		
	21			0.60	de neo
	23	—0.20	"		
	28	—0.20	"		
Abril	3			0.60	" "
	4	—0.30	"		
	6	—0.30	"		

Abril 3—Punción lumbar.
Wassermann: H0.
Albúmina: negativa.
Glóbulos blancos: 4 por mm³.

Ha hecho, por lo tanto, 16 inyecciones de bismuto con un total de producto activo de 4 gramos 20, y 11 inyecciones de neo con un total de 6 gramos 20.

Su estado general mejoró notablemente: todos sus trastornos, cefalalgias y vértigos, desaparecieron a las pocas inyecciones.

Su punción lumbar prueba la eficacia de la terapéutica usada, pero desgraciadamente el enfermo se ausentó para Buenos Aires, dejando inconclusa una cura segura.

¿Cuál de los dos medicamentos ha actuado mejor? Imposible decirlo; las dos bondades deben haberse sumado, pues con los arsenicales estamos habituados a ver caer una linfocitosis tan grande, con unas cuantas inyecciones.

Caso especial de sífilis y manifestaciones varias, tratado por el bismuto

Obs. núm. 36. (1727). — J. B., 29 años. Concorre a nuestro consultorio por una alopecia intensísima y muy extendida, con los caracteres de una pelada. Tratado durante dos años como tal, todo fué inútil y se le veía avanzar más aún. Visto la tenacidad a reaccionar a pesar de los buenos tratamientos aconsejados por otros colegas, decidimos investigar si no habría un origen sífilítico que la explicara. La reacción de Wassermann fué positiva intensa por tres veces, y teniendo en cuenta este resultado buscamos antecedentes venéreos. El enfermo es persona inteligente, capaz de saber observarse y cuidadoso de su salud; niega todo lo que pudiera parecer puerta de entrada a la infección y nos encontramos casi dispuestos a aceptar una heredo-sífilis. Se le hace el tratamiento con neo pero no lo tolera absolutamente nada, presentando crisis gástricas que por haberlas observado siempre en neurosífilis nos hacen pensar en ella, deci-

diendo practicar la punción lumbar. Debemos manifestar que nunca había tenido una lesión de la boca que pudiera parecer o simular una placa mucosa. Sin embargo, con el tratamiento arsenical, parecería haberse despertado la actividad de una sífilis en latencia, puesto que cesado aquél apareció en la lengua una placa típica que desapareció a una simple inyección de bismuto.

La punción lumbar dió el siguiente resultado:

Enero	24 22—0.20	de bismuto	Febrero	15 22 —	Wassermann:
	26	—0.20	"		H0.
	31	—0.20	"		Albúmina: positiva.
Febrero	3	—0.20	"		Glóbulos bl.: 38 por mm ³ .
	7	—0.20	"		Polinucleares: 92 o/o.
	9	—0.20	"		Linfocitos: 8 o/o.
	11	—0.20	"		
Marzo	2	—0.10	"		
	4	—0.10	"		
	7	—0.20	"		
	9	—0.20	"		
	11	—0.20	"		

En esta fecha presenta una estomatitis ligera que nos obliga a suspender el tratamiento por 17 días.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	28 22
	31
Abril	4
	6
	18
	20
	25
	27
	29
Mayo	4
	9
	11
	19
	23
	26
	30

Junio	5	
	10	Junio 10—Lesión de la lengua,
	26	a pequeñas zonas descamativas,
Julio	10	aspecto purpúreo en parte y en
	17	otras tipo leucoplásico.
	24	Junio 14—R. W. H0 Ff.
	31	Agosto 5—Punción lumbar:
Agosto	14	Wassermann: H0.
	21	Albúmina: negativa.
		Glóbulos blancos: 6 por mm ³ .

Dosis total: 7 gramos 20.

Estado general mucho mejor. La lesión de la lengua ha desaparecido totalmente. Su alopecia ha retrocedido mucho y se ve reaparecer en parte su cabello.

Tiene interés esta historia por las varias manifestaciones sifilíticas que presenta; aparte de que las modificaciones en el líquido prueban la eficacia del bismuto.

Acción del bismuto sobre los tabes

Obs. núm. 37. (49). — C. F., 36 años. Chancero en 1906. Presentaba una profunda incoordinación en sus movimientos; abolición de reflejos; anisocoria.

En enero de 1918, la punción lumbar dice lo siguiente:

Wassermann: H0.
 Albúmina: turbio.
 Glóbulos blancos: 40 por mm³.
 Linfocitosis: 97,3 o|o.
 Polinucleares: 27 o|o.

Tratado intensamente con neo, no se ha observado una gran mejoría, salvo la desaparición de los dolores, pero su marcha es exactamente igual, siendo necesario que se le acompañe. Se le somete al bismuto, haciéndosele en el espacio de 6 meses, 32 inyecciones de bismuto a la dosis de 0 gr. 20 centigramos, lo que equivale a inyectarle 6 gramos 40 de sal.

El enfermo se nota mucho mejor. Es capaz hoy de caminar 30 cuerdas, según lo afirma él, sin compañía alguna y sin fatiga. Es evidente que se trata de un caso en que el arsénico no dió resultado alguno y que el bismuto ha logrado mejorar.

Obs. núm. 38. (311). — J. M. Chancro en 1907. Tratado con fricciones mercuriales y yoduro de K. Punción lumbar marzo 22|22: Wassermann H⁰. Albúmina, positivo. Glóbulos blancos, 32 por mm³.

0 gr. 20 etg. por inyección, y además neo:

Marzo	25 22—neo	0.30
	31 — "	0.75
Abril	1 — "	0.75
	4	
	8 — "	0.75
	10	
	18	
	21	
	22 — "	0.75
	25	
	28	
	29 — "	0.75
Mayo	5	
	6 — "	0.75
	9	
	13 — "	0.75
	16	
	19	
	23 — "	0.75
	26	
	27 — "	0.75
Junio	2	
	7	
	9	
	21	
	28	
Julio	5	
	12	
	17	
	19	
	25	
	27	
Agosto	2	
	4	
	14	
	16	

Punción lumbar

Agosto 23|22 — Wassermann:
H⁰.
Albúmina: negativo.
Glóbulos blancos: 6 por mm³.

Dosis total: 5 gramos 40.

En este caso se ha tratado al enfermo con los dos medicamentos, pero en realidad debe atribuirse la mayor parte

del éxito al bismuto, pues es muy difícil conseguir rebajar en tanto la linfocitosis y hacer desaparecer la albúmina en el líquido céfalo-raquídeo de un tabético con sólo nueve inyecciones de neosalvarsán.

El estado general del enfermo es muy bueno.

Acción del bismuto sobre las sífilis viejas que no presentan signo alguno ni exterior ni orgánico

Obs. núm. 39. (2366). — V. L. Tuvo chancre hace 14 años y se trató con píldoras durante 2 años. No sufre de nada, pero piensa en su accidente de aquella época, por lo que decide hacerse un examen de sangre. Clínicamente no hay signo alguno.—Abril 20|22. R. W. H^o.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Abril	24 22
	29
Mayo	8
	13
	20
	27
Junio	5
	7
	14
	16
	23
	28
Julio	7
	12
	19
Agosto	7
	12
	18
	24

Agosto 4|22—RW, H6.

Dosis total: 3 gramos 80. Estado general muy bueno.

Obs. núm. 40. (2437). — J. L. Chancre en 1920. No se hizo tratamiento ninguno. Desea solamente conocer si tiene sífilis. Clínicamente, absolutamente normal.—Enero 24|22. R. W. H^o.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Enero	27 22
	30

Abril 6
8
10
18
25
29
Mayo 7
16
20
23
29
Junio 12

Junio 14|22—R.W. H8.

Dosis total: 2 gramos 80. Estado general, excelente.

Obs. núm. 41. (2587). — A. J. (mujer). No recuerda haber tenido lesión inicial. Presenta una adenopatía generalizada.—Junio 16|22. R. W. H0 Ff.

Junio 24|22
27
29
Julio 1
3
7
11
15
22
29
Agosto 5
12
15

Agosto 15|22—RW. H8.

Dosis total: 2 gramos 60. Estado general muy bueno. Adenopatía mucho menor.

Acción del bismuto sobre las sífilis hereditarias

Obs. núm. 42. (2224). — R. C., 17 años, 2 abortos. Todos sus antecedentes prueban tratarse de una heredo-sífilis. En setiembre de 1921 se le hace un examen de sangre que da positivo intenso (H⁰) y se le practican 30 inyecciones de neosalvarsán. Su estado general persiste siendo el mismo y en mayo 29 de 1922, un nuevo examen de sangre arroja como resultado H0 Ff. Se le somete al bismuto.

0 gr. 20 ctg. por inyección:

Junio	1
	13
	17
	21
Julio	1
	6
	8
	13
	20
	29
Agosto	3
	5
	12
	15
	19

Agosto 1.º—R.W. H4 (positivo débil).

Dosis total: 3 gramos. Estado general bueno. El resultado último de su examen de sangre, prueba que la infección tiende a ceder. Clínicamente no hay signo alguno.

Acción del bismuto sobre las sífilis arseno-resistentes

Consideraciones

Vamos a presentar en este grupo, un número elevado de enfermos pertenecientes a modalidades y períodos distintos de la sífilis, que habiendo sido tratados con neosalvarsán, casi todos en forma más bien intensa, si bien han beneficiado de este tratamiento, haciendo desaparecer toda lesión visible y habiéndolos mejorado del punto de vista clínico, sin embargo, sus reacciones serológicas han permanecido tan intensamente positivas al final como al principio, al iniciarse la cura.

Los resultados no hacen sino confirmar las bondades terapéuticas del bismuto, puestas de manifiesto en los distintos períodos hasta ahora estudiados. Vamos a encontrar entre las historias clínicas que figuran, fracasos en los cuales la nueva terapéutica ha sido tan impotente como la vieja.

Si nos conformáramos con tratar a nuestros enfermos hasta considerarlos clínicamente curados, haciendo caso omiso del resultado que arrojen sus reacciones serológicas, muchos de ellos podrían darse de alta, porque su estado actual no exterioriza nada que pueda traducir una sífilis en acti-

vidad. Pero nos parece temerario e imprudente abandonar en esas condiciones tanto sifilítico a la espera de un síntoma que nos obligue a reiniciar un tratamiento que quizá llegue tarde, cuando ya la infección haya en muchos producido lesiones que dejarán tarados para siempre a tanto hombre joven. No nos conformamos pues, con la cura clínica exclusiva, sino que deseamos en todos los casos, llegar a un estado en el que el laboratorio confirme con sus reacciones negativas lo que la clínica sugiere. Es por esa razón que nuestros tratamientos se prolongan sin otras pausas que las razonables, hasta conseguir aquellas dos condiciones fundamentales, para no temer sorpresas desagradables.

Casos que han reaccionado bien

Obs. núm. 43. (1348). — C. C. Chanero en marzo de 1920. Reacción de Wassermann positiva intensa. Se le hicieron 100 inyecciones de neosalvarsán y 40 de cianuro de mercurio endovenosas. A pesar de eso, su sangre persiste H⁰.

Se le somete al tratamiento bismutado.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Marzo	18 22
	21
	23
	25
	29
Abril	1
	4
	6
	8
	22
	25
	27
Mayo	6
	9
	11
	13
	16
	23
Junio	1
	3
	5
	16
	23

Junio 14—R. W. M0.

Junio 28
 Julio 20
 24

Agosto 8|22—R.W. H8.

Agosto 21—R.W. H8.

Dosis total: 5 gramos 20.
 Estado general excelente.

Obs. núm. 44. (1858). — F. S. M. Chancro en setiembre de 1920. R. W. H⁰.

60 inyecciones de neo.

Marzo 16
 18
 21
 23
 25
 28

Marzo 16|22—RW. H0.

Marzo 21|22—RW. H4.

Abril 1
 5
 8
 10
 25
 27
 29

Mayo 9
 13
 16
 23

Mayo 5|22—RW. H1.

Junio 16—RW. H8.

Julio 22—RW. H8.

Dosis total: 3 gramos 40.
 Estado general muy bueno.

Obs. núm. 45 (1503). — P. G., 26 años. Chancro de 20 días, en julio 12 de 1920. Tratado con neosalvarsán (50 inyecciones), pero no muy regularmente. Cada vez que abandonaba su tratamiento le aparecía una placa mucosa en la lengua. Se hizo, además, 20 inyecciones de cianuro de mercurio endovenosas. Aparece con una nueva placa en diciembre 9 y se le somete al bismuto.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Diebre.	9 21	
	12	
	14	
	16	
	19	Diciembre 19 21—RW. H0 Ff.
	21	
	26	
	29	
Enero	2 22	Enero 2 22—RW. H0 F.
	5	
	9	
	11	
	13	
	16	
	18	
	21	
Febrero	1	Enero 21 22—RW. H4.
	6	
	8	
	10	
	12	
	15	
	20	
	26	
Marzo	9	Marzo 9 22—RW. H8.
	11	
	13	
	15	
	17	

Dosis total: 5 gramos 80.

En marzo 17 presenta estomatitis que desaparece en marzo 30. En abril 5, el análisis completo de la orina es normal, y en abril 6, la reacción del bismuto en la orina es positiva.

0 gr. 20 etg. por inyección:

Abril	10 22	Abril 7 22—RW. H7.
	17	Abril 17 22—RW. H8.
	18	
	20	
	22	
	24	

Abril 29
 Mayo 4

Mayo 26—RW. H8.
 Junio 22—RW. H8.
 Agosto 4—RW. H8.

Estado general excelente. No han aparecido nuevas placas mucosas.

Obs. núm. 46 (1444).—E. L. En 1920 chanero de un mes. Dos series de neosalvarsán de 30 inyecciones cada una. Sus exámenes de sangre dan positivos intensos. (R. W. H⁰).

Se hace en marzo de 1922, 3 inyecciones de bismuto, en abril 10, en mayo 7; lo que equivale a inyectarse 4 gramos de sal.

Sus análisis arrojan:

Junio 2—RW. H7.
 Junio 22—RW. H8.
 Junio 26—RW. H8.
 Julio 11—RW. H8.
 Agosto 15—RW. H8.

Estado general excelente.

Obs. núm. 47 (2255). — L. F. Esposo sífilítico, 2 hijos muertos, 2 abortos.

Septiembre 26 de 1921, su reacción de Wassermann da H⁰. Se hacen 21 inyecciones de neo y en abril 27|22 su reacción da aún H⁰.

Inyecciones de bismuto:

Marzo	22— 9 de 0.20	
Abril	—10 de 0.20	Abril 27 22—RW. H0.
Mayo	— 5 de 0.20	
Junio	— 4 de 0.20	
Julio	— 6 de 0.20	Julio 11 22—RW. H0. Agosto 17 22—RW. H7.

Dosis total: 6 gramos 80.

Estado general bueno.

Obs. núm. 48 (2474).—E. A. Chancro en septiembre de 1921. Tratado con neosalvarsán, y en febrero de 1922 su reacción de Wassermann es aún H⁰.

Inyecciones de Bi:

Marzo	22— 8 de 0.20	
Abril	—7 de 0.20	Abril 3 22—RW. H0.
Mayo	—5 de 0.20	Mayo 22—RW. H4.
Junio	—7 de 0.20	
Julio	—6 de 0.20	Julio 11—RW. H4.
Agosto	—2 de 0.20	Agosto 15—RW. H8.

Dosis total: 7 gramos.

Estado general, muy bueno.

Obs. núm. 49 (1920).—M. V. Comienzo ignorado. Tratada con 26 inyecciones de neosalvarsán, 20 de cianuro de mercurio.

Inyecciones de Bi:

Marzo	22—4 de 0.20	Marzo 23 22—RW. H0.
-------	--------------	---------------------

No quiere continuar el tratamiento por doloroso, pero en junio 6 su examen de sangre da R. W. H⁰. Se hacen 8 inyecciones de cianuro de mercurio y vuelve al bismuto.

Inyecciones de Bi:

Julio	22—10 de 0.20	
Agosto	— 4 de 0.20	Agosto 4 22—RW. H7.

El bismuto le produce fiebre el día de la inyección.

El estado general es mucho mejor.

Obs. núm. 50 (868).—M. L. Sífilis datando de 3 años, tratada con neosalvarsán. En julio de 1921, la reacción de Wassermann es positiva intensa. Se le hacen 35 inyecciones de neo de 0 gr. 20 centigramos y 8 de cianuro de mercurio.

Inyecciones de Bi:

Marzo	22—12 de 0.20	Febrero 22 22—RW. H0.
Abril	— 8 de 0.20	Abril 7—RW. H0 F.
Mayo	— 8 de 0.20	Mayo 22—RW. H0 Fe.

Junio	— 8 de 0.20	
Julio	— 6 de 0.20	
Agosto	— 1 de 0.20	Agosto 1.º—RW. H8.

Dosis total: 8 gramos 60.
Estado general, excelente.

Obs. núm. 51 (2097).—A. A., 25 años. Chanero en 1918. En marzo de 1921, su examen de sangre da H⁰. 36 inyecciones de neosalvarsán y en marzo de 1922 tiene su R. W. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Abril	22— 10 de 0.20	
Mayo	— 9 de 0.20	
Junio	—12 de 0.20	Junio 5 22—RW. H0.
Julio	— 7 de 0.20	Agosto 10 22—R. W. H8.

Dosis total: 7 gramos 60.
Estado general, muy bueno.

Obs. núm. 52.—J. P. Chanero en 1920. Se le hacen 30 inyecciones de neosalvarsán y en abril 20 de 1922 R. W. H0 Ff.

Inyecciones de Bi:

Abril	22—3 de 0.20	
Mayo	—4 de 0.20	
Junio	—5 de 0.20	
Julio	—5 de 0.20	
Agosto	—1 de 0.20	Agosto 11 22—RW. H8.

Obs. núm. 53 (1747).—D. S. Chanero en 1918, con reacción de Wassermann positiva. Se le hicieron 60 inyecciones de neosalvarsán y en abril 20 de 1922 su R. W. da H7 F.

Inyecciones de Bi:

Abril	22—6 de 0.20	
Mayo	—4 de 0.20	
Junio	—9 de 0.20	Junio 14 22—RW. H5 Fe.
Julio	—8 de 0.20	Julio 17 22—RW. H8.
		Agosto 1.º 22—RW. H8

Dosis total: 5 gramos 40.
La punción lumbar hecha en agosto 9|22 es normal.

Obs. núm. 54 (2176).—B. B. Comienzo ignorado. En julio 12 de 1921 su examen de sangre da H⁰. Se le hacen 28 inyecciones de neo, a dosis pequeñas, y en abril 4|22 su RW. H⁴.

Inyecciones de Bi:

Abril	22—2 de 0.20	
Mayo	—7 de 0.20	
Junio	—3 de 0.20	
Julio	—1 de 0.20	Julio 25 22—RW. H8.

Obs. núm. 55 (671).—P. E. Sífilis secundaria en el año 1896. Se trató con mercurio durante un año. Ingresa a nuestro Servicio en 1919 y se trata durante 3 años con neosalvarsán. Se hicieron 130 inyecciones.

Inyecciones de Bi:

Abril	22— 8 de 0.20	Abril 4 22—RW. H0.
Mayo	—11 de 0.20	
Junio	— 7 de 0.20	Junio 14 22—RW. H0 Fe.
Julio	— 8 de 0.20	
Agosto	— 4 de 0.20	Agosto 1.º 22—RW. H8.

Obs. núm. 56 (2131).—M. P., 22 años. Chancro en mayo de 1921. RW H⁰. Tratado con 30 inyecciones de neo y en abril de 1922 se presenta con placas hipertróficas.

Inyecciones de Bi:

Abril	22—1 de 0.20	Abril 25 22—R. W. H0.
Mayo	—7 de 0.20	Julio 11 22—R. W. H8.
Junio	—3 de 0.20	

Dosis total: 2 gramos 20.

No ha concurrido más a nuestro Servicio.

Obs. núm. 57 (1834).—M. F. Comienzo ignorado. Tuvo reacción de sangre positiva en la Sala Santa Rosa. Se le hicieron 30 inyecciones de neosalvarsán y su examen de sangre dió después positivo débil. Se le hicieron nuevamente 19 inyecciones más y su Wassermann dió en mayo 8|22 H³.

Inyecciones de Bi:

Mayo	22—5 de 0.20	
Junio	—7 de 0.20	Julio 13 22—RW. H8.
Julio	—3 de 0.20	Agosto 20 22—RW. H8.

Obs. núm. 59 (2242).—M. C. Chanero en septiembre de 1921. Desde esa fecha hasta mayo de 1922, se le hicieron 34 inyecciones de neosalvarsán de 0 gr. 75.

Inyecciones de Bi:

Mayo	22— 2 de 0.20	Mayo 24 22—RW. H0.
Junio	—11 de 0.20	
Julio	— 8 de 0.20	Julio 30 22—RW. H8.
Agosto	— 3 de 0.20	Agosto 21 22—RW. H8.

Dosis total: 5 gramos 80.

Estado general, muy bueno.

Obs. núm. 60 (2156).—S. L. Chanero en enero de 1921. Se hicieron 34 inyecciones de neosalvarsán y 20 de cianuro de mercurio.

Inyecciones de Bi:

Junio	22—9 de 0.20	Junio 2 22—RW. H0.
Julio	—2 de 0.20	
Agosto	—5 de 0.20	Agosto 15 22—RW. H8.

Dosis total: 3 gramos 20.

Estado general, muy bueno. Punción lumbar, normal.

Obs. núm. 61 (1121).—J. T. Chanero en 1914. Tratado con neosalvarsán en nuestro Dispensario desde 1920, y en septiembre de 1921, su examen de sangre da H⁰. Se le hacen 13 inyecciones más de neo y en abril 22 de 1922 da RW. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Abril	22—3 de 0.20	
Mayo	—2 de 0.20	
Junio	—7 de 0.20	
Julio	—6 de 0.20	Julio 30 22—RW. H8.
		Agosto 15 22—RW. H8.

Dosis total: 3 gramos 60.

Estado general, excelente.

Obs. núm. 62 (909).—M. S. Comienzo ignorado. Ingresó en el Servicio en febrero de 1919, teniendo H⁰ en la sangre. Tuvo un aborto y tenía adenopatía generalizada. Se trató

con neo desde esa fecha y la última serie de 24 inyecciones ya no las toleraba más.

Inyecciones de Bi:	Febrero 23 22—RW. H3.
Abril 22—5 de 0.20	
Junio —5 de 0.20	
Julio —5 de 0.20	Julio 7 22—RW. H8.
Agosto —1 de 0.20	
	Agosto 15 22—RW. H8.

Dosis total: 3 gramos 20.

Estado general, muy bueno.

Casos que no han reaccionado al bismuto

Obs. núm. 63 (1065).—B. R. 2 hijos muertos a los 8 días. Comienzo de su sífilis ignorado según la enferma, pero parece haberse tratado de un chanero anal. Tratada durante 4 años con neosalvarsán. En total, 82 inyecciones. Hizo, además, 20 mercuriales.

Inyecciones de Bi:	Marzo 16 22—RW. H0.
Marzo 22—5 de 0.20	
Abril —8 de 0.20	
Mayo —3 de 0.20	
Junio —1 de 0.20	
Agosto —6 de 0.20	Agosto 1.º 22—RW. H0.

Dosis total: 5 gramos 20.

Su estado no ofrece variación alguna.

Obs. núm. 64 (1808).—A. B. Comienzo ignorado. Tratada con neosalvarsán (60 inyecciones) y mercurio.

Inyecciones de Bi:	Enero 8 22—RW. H0.
Enero 22—4 de 0.20	
Febrero —5 de 0.20	
Marzo —7 de 0.20	Marzo 28 22—RW. H0.
Abril —7 de 0.20	
Mayo —4 de 0.20	
Junio —2 de 0.20	Junio 26 22—RW. H0.
Julio —5 de 0.20	
Agosto —2 de 0.20	Agosto 1.º 22—RW. H0.

Obs. núm. 65 (1408).—A. P. Sífilis conyugal. Tratada desde el comienzo de ésta con neosalvarsán (60 inyecciones) en dos series.

Inyecciones de Bi:

Marzo	22—10 de 0.20	Marzo 5 22—R. W. H0.
Abril	— 7 de 0.20	
Mayo	— 4 de 0.20	Mayo 8 22—RW. H0.
Junio	— 6 de 0.20	Junio 22—RW. H0.
Julio	— 3 de 0.20	
Agosto	— 3 de 0.20	

Dosis total: 6 gramos 60.

Estado general, bueno.

Obs. núm. 66 (2065).—J. S. Chanero en 1914. Ingresó en febrero de 1920, teniendo H⁰ en su sangre. Se le hicieron desde entonces 30 inyecciones de neo y 22 de mercurio. Febrero 3|22 R. W. H0.

Inyecciones de Bi:

Febrero	22—2 de 0.20	
Marzo	—5 de 0.20	
Abril	—3 de 0.20	
Mayo	—2 de 0.20	
Junio	—3 de 0.20	
Julio	—4 de 0.20	Julio 11 22—RW. H0.
Agosto	—4 de 0.20	

Dosis total: 4 gramos 60. Se le han intercalado 9 inyecciones de neo.

No presenta síntoma alguno. Estado general bueno.

Obs. núm. 67 (1901).—L. I. Comienzo ignorado. Cefalalgias. Se hicieron 70 inyecciones de neosalvarsán en dos series.

Inyecciones de Bi:

		Abril 3 22—RW. H0.
Abril	22—10 de 0.20	
Mayo	—11 de 0.20	
Junio	— 6 de 0.20	Julio 9 22—RW. H0.
Julio	— 3 de 0.20	

Obs. núm. 68 (2249).—J. D. Chanero en septiembre de 1921. Tratado con 30 inyecciones de neosalvarsán. Mayo 8|22. RW. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Mayo	22—7 de 0.20	Junio 14 22—RW. H ⁰ .
Junio	—9 de 0.20	
Julio	—7 de 0.20	
Agosto	—5 de 0.20	Agosto 8 22—RW. H ⁰ .

Dosis total: 5 gramos 60.
Estado general, bueno.

Obs. núm. 69 (164).—C. P. R. Comienzo ignorado. Reacción de Wassermann H⁰. 85 inyecciones de neosalvarsán en 3 series.

Inyecciones de Bi:

Marzo	22—8 de 0.20	Febrero 22 22—RW. H ⁰ .
Abril	—8 de 0.20	Abril 27 22—RW. H ⁵ .
Mayo	—6 de 0.20	Mayo 22 22—RW. H ⁰ .
Julio	—6 de 0.20	Mayo 26—RW. H ⁰ .
Agosto	—1 de 0.20	Agosto 4—RW. H ⁰ .

Dosis total: 5 gramos 80.
Estado general, bueno.

Obs. núm. 70 (81).—J. V. Chanero en 1902. Tratado con mercurio y yoduro de potasio. 30 inyecciones de aceite gris y en 1917, 15 de neosalvarsán. Desde entonces a la fecha se hizo 130 más, divididas en 4 series. Mayo 5|22. RW. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Mayo	22—2 de 0.20	
Junio	—7 de 0.20	
Julio	—8 de 0.20	
Agosto	—5 de 0.20	Agosto 11 22—RW. H ⁰ .

Dosis total: 4 gramos 40.

Al hacer una vista de conjunto sobre los resultados obtenidos con el bismuto, diremos dos palabras sobre las observaciones que nos sugieren las historias clínicas expuestas en este capítulo.

Casos especiales tratados con bismuto

Obs. núm. 71 (2177).—A. A. Chanero en 1919. Tratado con neo durante dos años y presentando al final de ese tratamiento el resultado de Wassermann siguiente:

		Febrero 14 22—RW. H7.
		Febrero 20 22—RW. H5.
Inyecciones de Bi:		
Abril	22—7 de 0.20	
Mayo	—6 de 0.20	Junio 9 22—RW. H0 Ff.
Junio	—5 de 0.20	Junio 14 22—RW. H0 Ff.

Dosis total: 3 gramos 60.

Vemos, por lo tanto, que en una sífilis en la que habíamos conseguido con el neosalvarsán, hacer desaparecer todo signo y reducir su Wassermann de H⁰ a H⁷, en pleno tratamiento bismútico hecho intensamente, aumentar su actividad para encontrarnos después de 3 gramos 60 de bismuto inyectado, con dos Reacciones de Wassermann intensamente positivas. Es un caso evidente de fracaso del bismuto.

Obs. núm. 72 (2538).—J. R. En 1920 tuvo un chancre sífilítico tratado con 30 inyecciones de neo. No presentó nunca signo alguno que exteriorizara la actividad de su sífilis. En 1922, mes de marzo, aparece con un nuevo chancre de aspecto clínico netamente específico y con una Reacción de Wassermann en la sangre positiva intensa. Abril 25|22. RW. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Mayo	22—9 de 0.20	
Junio	—4 de 0.20	Junio 14 22—RW. H3.

Dosis total: 2 gramos 60.

Se trata de un posible caso de reinfección y la facilidad a ceder el Wassermann parece confirmarlo.

El enfermo no concurre más a nuestro Servicio.

Dos casos de intolerancia para los arsenicales tratados y mejorados por el bismuto

Obs. núm. 73 (2505).—A. C., 48 años. Comienzo ignorado. Reacción de Wassermann en la sangre, positiva intensa. Se le inyecta neo a la dosis de 0 gr. 20 por dos veces y le provoca chuchos y fiebre muy intensa. Se le somete al bismuto. Marzo 16|22. RW. H⁰.

Inyecciones de Bi:

Abril	22— 9 de 0.20	
Mayo	—12 de 0.20	Junio 9 22—RW. H7.
Junio	— 8 de 0.20	
Julio	— 6 de 0.20	Agosto 15 22—RW. H8.

Dosis total: 7 gramos.

Estado general, muy bueno. Ha soportado perfectamente bien las inyecciones.

Obs. núm. 74 (2372).—V. C. Chanero en 1910. El neo le ha provocado una dermatosis muy intensa que obliga a suspender el tratamiento.

Inyecciones de Bi:

Abril	22— 8 de 0.20	Abril 2 22—RW. H0.
Mayo	— 7 de 0.20	
Junio	— 8 de 0.20	Junio 14 22—RW. H0.
Julio	—10 de 0.20	
Agosto	— 2 de 0.20	Agosto 8 22—RW. H8.

Dosis total: 7 gramos.

Estado general, muy bueno.

Acción tónica y acción cicatrizadora del bismuto

No puede pasarse por alto, la evidente acción tónica que el bismuto tiene sobre todo sifilítico. Es manifiesta la expresión de los que se inyectan, al decir que se encuentran mucho mejor física y moralmente al administrarles bismuto. Esta declaración la hemos oído más a menudo en los sifilíticos nerviosos, no solamente refiriéndose a la evolución favorable de la enfermedad, sino a una indiscutible acción tónica general.

Parecía, además, tener el bismuto la propiedad de actuar

sobre lesiones de carácter trófico, determinando una cicatrización rápida, como si se tratara de verdaderas manifestaciones sífilíticas. Los hay que han usado el medicamento en úlceras de la pierna, que por haber tenido un examen de sangre negativo esos enfermos, han sido etiquetadas aquéllas como úlceras varicosas. Hemos querido experimentar esa bondad del bismuto, en enfermos con evidentes úlceras varicosas, y el resultado ha sido completamente nulo. Lo hemos usado también en lesiones del pene, que no eran de carácter sífilítico, y el fracaso ha sido manifiesto.

Esta acción estimulante sobre las lesiones tróficas no específicas, debe ser estudiado más detalladamente, aun cuando nuestra poca experiencia parezca demostrar que en realidad ella no existe.

Wassermann y bismuto

Siendo aceptado por todos, de que las reacciones serológicas positivas son un índice revelador de una sífilis en actividad que no se exterioriza por ningún síntoma, se comprende que hay interés en estudiar cómo se comporta el bismuto con el Wassermann o las otras reacciones modernas que lo substituyan. La desaparición de una placa, de una goma sífilítica traducen la actividad treponemícida de un medicamento; pero las variaciones de los resultados serológicos traducen asimismo la actividad de un remedio frente a sífilis que, avara en signos clínicos, trabaja sobre órganos que escapan a nuestro control. De allí, la eficaz ayuda que el laboratorio presta, y de allí también la necesidad de que toda historia clínica que se precie de completa, deba presentar los análisis correspondientes.

En los casos publicados en este trabajo, hemos observado esa conducta, y ello nos permitirá sacar conclusiones sobre cómo se comporta el bismuto frente al Wassermann. Es indudable que es distinto, según el período de la sífilis que analicemos. Para las iniciales, en las cuales el Wassermann no ha llegado aún a hacerse positivo, el bismuto logra mantenerla allí, sin que veamos la reacción modificarse cuando la terapéutica se hace sin temor. Sólo tenemos un caso que ha violado la regla.

Para todos los demás, la marcha del Wassermann sigue un camino ya conocido, pues es en un todo semejante al que sigue con los arsenicales. Sin embargo, nos parece que, más perezoso en actuar, el bismuto no modifica fundamentalmen-

te la reacción, sino después de haber conseguido una *carga* de producto activo en el organismo inyectado. Es así que observaremos muchas historias en las que aún después de 15 o 20 inyecciones del medicamento, no hay aún cambio alguno en la reacción serológica, pero después, pocas inyecciones después, vemos a ésta modificarse radicalmente, hacerse negativa para persistir así por espacio de tiempo más o menos largo. Es que posiblemente la acción prolongada del bismuto, sumándose la que pueda tener cada una de las inyecciones hechas, se hace sentir a distancia cuando la cantidad de producto activo en el organismo adquiere un cierto valor. Los arsenicales obran, independientemente una inyección de otra; los efectos se consiguen, diremos que por la acción individual de cada inyección, en tanto que en el bismuto, además de esta característica, tienen la de sumarse para obrar en masa sobre la infección sifilítica.

No podemos adelantar nada sobre la duración que puedan tener esos exámenes negativos conseguidos con la terapéutica bismutada. El tiempo breve de nuestras observaciones no nos permite sacar conclusiones razonables. Del mismo modo que para los arsenicales, no hay plazo para considerar un enfermo curado por el hecho de no tener síntoma alguno y porque sus reacciones sean negativas.

Hemos hecho alusión en otra parte sobre ciertos enfermos que habiendo recibido un número de inyecciones y habiendo cesado todo tratamiento, teniendo aún un examen de sangre positivo, volvían al poco tiempo, y su nueva reacción era francamente negativa. Decíamos que este hecho, paradójal en apariencia, tenía justamente su explicación en la acción lenta pero duradera del bismuto, que al eliminarse en pequeñas cantidades y al fijarse sobre los elementos anatómicos le permite continuar haciendo su efecto, aun cuando el enfermo no se inyecte más. Los análisis de orina han probado encontrarse allí bismuto hasta 20 y 30 días después de practicada la última inyección. Conviene tener en cuenta este hecho para no culpar al laboratorio de imaginarios errores.

Nuestros exámenes de sangre, como de líquido céfalo-raquídeo, como de investigaciones al ultra, han sido practicados por el doctor Scaltritti, Jefe del Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, a quien agradecemos tan importante concurso. Se habrá visto en algunas historias anotaciones de resultados con las letras Ff., F, Fe. Ellas se re-

fieren a la reacción de floculación del mismo doctor y su significado es el siguiente: positivo intenso, positivo y positivo débil.

Bismuto y arsénico

Estudio comparativo

Los preparados a base de bismuto han probado su eficacia, y las opiniones de los varios especialistas citados concuerdan a ese respecto. Más o menos entusiastas, todos reconocen que el bismuto marca una nueva etapa en la conquista del medicamento antisifilítico definitivo.

Los derivados arsenicales tienen en su haber trece años de continuo uso, pudiendo presentarse con ellos una inmensa falange de sifilíticos curados o mejorados.

Los preparados mercuriales en sus distintas formas, han probado sus bondades en todo el largo tiempo que transecurrió hasta el brillante descubrimiento de Erlich.

Era lógico entonces que surgiera la pregunta de cuál de los tres medicamentos es superior en eficacia. Consideramos que la respuesta merece estudiarse, sin dejar por ello que pesen sobre nuestras opiniones entusiasmos del momento, ni ciertos éxitos ilusorios. Será necesario, por lo tanto, analizar las dos cualidades que debe tener todo producto que se juzgue útil para combatir la infección sifilítica: cicatrizadora y esterilizadora.

Visto en el primer aspecto, es indudable que el mercurio ocupa un plano más inferior que los arsenicales y bismutados. Estos tienen una acción treponemicida mayor y obran sobre las lesiones del período primario, secundario y terciario en forma más intensa, provocando su cicatrización inmediata.

Si analizamos lo que ocurre hoy con los arsenicales y bismutados, debemos convenir en que estos últimos han demostrado mayor eficacia para modificar o hacer desaparecer todo treponema de una lesión, sea ésta chancero o placa mucosa.

Las investigaciones al ultramicroscopio hechas sobre sífilis iniciales, han demostrado que basta una sola inyección de bismuto para ver desaparecer en la mayor parte de los casos, todo treponema. En algunos chancros, si la primera no ha sido suficiente para obtener tal resultado, la segunda limpia totalmente de espiroquetas la lesión. De acuerdo con los datos que arrojan las historias expuestas, relativas a este pe-

ríodo, bastan 3, 4, 6 inyecciones de bismuto para obtener una cicatrización completa del chanero; vale decir que, entre 6 y 15 días, puede conseguirse en la casi totalidad de los enfermos, la desaparición del accidente inicial. No puede escapar a nadie la gran importancia que este hecho tiene, máxime si se considera que con los arsenicales sólo es posible hacer en ese espacio de tiempo dos o tres inyecciones y desgraciadamente veíamos con frecuencia que algunos chancros necesitan muchas más para obtener un resultado semejante.

Atento a lo expuesto y teniendo en cuenta que con el bismuto podemos accionar eficaz, intensa y rápidamente, le damos nuestra preferencia para el tratamiento de las sífilis iniciales.

En lo referente a manifestaciones del período secundario, la eficacia del bismuto se asemeja en muchos casos y difiere fundamentalmente en otros, con la que tienen los arsenicales. Para las placas mucosas el bismuto es muy activo; las vemos desaparecer más francamente y muchas veces mucho más rápidamente que con los arsenicales. Hemos visto, con éstos, necesitar ciertos enfermos dos o tres inyecciones para borrar una placa, cosa que muy raramente ha ocurrido con el bismuto. Es justo recordar que en otra época bastaba una simple inyección de novarsenobenzol o de neosalvarsán para limpiar un enfermo.

Las lesiones de la piel pertenecientes al mismo período (sífilis papulosa, pápuloescamosa, roseola, etc.), modificanse más lentamente, obteniéndose una desaparición completa entre la 3.^a y la 7.^a inyección de bismuto. Sobre este grupo, la acción de los arsenicales era vigorosa y toda manifestación de ese orden se modificaba o desaparecía con tres o cuatro inyecciones.

En las gomas de todo orden, en las lesiones oculares, en las cardíacas, la eficacia del bismuto muestra gran semejanza con la que hoy tienen y más con la que antes tenían los arsenicales. Sobre las localizaciones nerviosas, nuestro trabajo publicado prueba los brillantes éxitos logrados con el neo, y la experiencia limitada que tenemos con el bismuto muestra que éste actúa en perfectas condiciones sobre las distintas neurosífilis.

Tiene el bismuto, sobre los arsenicales, varias ventajas: aparte de las mencionadas en párrafos anteriores y referentes a su absorción y eliminación lenta, la de poder inyectarse mucho más frecuentemente. Bien es cierto que los arsenicales pueden ser inyectados, también, mediando tan sólo tres o

cuatro días, pero es una terapéutica que no puede emplearse en todos los casos y que no va sin ciertos inconvenientes. Gracias a esta táctica hemos obtenido éxitos evidentes y duraderos, sobre todo en sífilis iniciales.

De este ligero estudio sobre la eficacia de ambas categorías de medicamentos, se desprende que existe mucha similitud entre los resultados obtenidos con los arsenicales hasta hace un tiempo y los logrados actualmente con los bismutados; que sería aventurado abandonar los primeros para limitar nuestra terapéutica a los segundos y que la clínica y el laboratorio mostrando en el correr de los años la perfecta salud de nuestros enfermos inyectados con bismuto se encargará de decidir cuál de los dos preparados ha logrado éxitos más inmediatos y duraderos.

Hoy no estamos habilitados para abrir opinión al respecto. No bastan unos meses de experiencia para formar caudal científico suficiente que permita pronunciarse en definitiva. La teoría de la arseno-resistencia tiene confirmación bien amplia en muchos de los casos citados en este trabajo. Sería un error lamentable culpar a los arsenicales, negándoles toda eficacia; culpemos a los treponemas de saber adaptarse a una medicación que tantas satisfacciones ha dado desde 1909 a la fecha.

Hoy el bismuto ocupa un plano superior a los derivados arsenicales. ¿Habrá plazo para él como lo ha habido para los otros medicamentos antisifilíticos, pasado el cual comenzaremos a notar una disminución de su poder treponemicida? El porvenir dirá, y sólo sería de desear que este medicamento recientemente incorporado a la farmacopea, mantenga por muchísimos años las bondades puestas de manifiesto y felicitémonos de que la ciencia francesa nos haya proporcionado una nueva y poderosa arma antisifilítica.

CONCLUSIONES

1.^a El bismuto es un poderoso medicamento antisifilítico que reúne las dos condiciones exigidas: cicatrizador y esterilizador.

2.^a Su acción sobre las sífilis primarias es bien manifiesta, curando los chancros, impidiendo que el Wassermann se haga positivo y no dejando evolucionar la enfermedad hacia el período de generalización.

3.^a Tiene eficacia indiscutible en el período secundario; cicatrizando toda lesión abierta, haciendo desaparecer toda

lesión de la piel y llevando el Wassermann, de positivo intenso a francamente negativo.

4.^a Sobre las lesiones terciarias tiene igual efecto y puede compararse al de los arsenicales.

5.^a Sobre las neurosífilis su acción es evidente, como lo prueban las historias clínicas de este trabajo. No tiene eficacia alguna sobre los tabes avanzados.

6.^a En las sífilis arseno-resistentes, el bismuto da excelentes resultados, logrando mejorar o curar enfermos en quienes el arsénico fué impotente.

7.^a Obra también eficazmente sobre las sífilis ignoradas, sobre las hereditarias, sobre las cardíacas.

8.^a Los intolerantes al neo o al mercurio lo soportan en perfectas condiciones.

9.^a Produce el bismuto estomatitis de intensidad variable, que nunca tienen la importancia de las mercuriales.

10.^a Enfermos que han tenido esas estomatitis, si se les deja en reposo un plazo corto y luego se les vuelve a inyectar, soportan perfectamente bien el bismuto, como si el organismo se hubiera adaptado.

11.^a El bismuto puede ser inyectado en cantidades totales superiores a las fijadas hasta hoy. Basta vigilar los emuntorios y estudiar el estado general del enfermo, deteniendo el tratamiento al menor signo de intolerancia o de toxicidad. Estos últimos son raros.

12.^a El tratamiento con el bismuto debe hacerse por series, según la modalidad de sífilis, según la localización, basándose en los datos clínicos y en los de laboratorio.

13.^a El bismuto es doloroso, aunque no siempre. Con pequeñas cantidades de él se tendrá menor dolor o ninguno, pero los efectos están en proporción.

14.^a No es posible en el momento actual afirmar si el bismuto será el medicamento antisifilítico del futuro.
