

# EL TRATAMIENTO DE PRUEBA EN LA SÍFILIS

Por NICOLÁS V. GRECO

---

El diagnóstico de sífilis en un enfermo por la acción terapéutica favorable o curativa de los medicamentos antisifilíticos, constituye el procedimiento llamado *tratamiento de prueba*. Es un síntoma etiológico, diremos así, indirecto de la enfermedad, que la observación clínica eleva a menudo a la categoría de síntoma patognomónico, cuando la sintomatología del enfermo es dudosa y los exámenes biológicos se muestran igualmente dudosos o negativos.

Qué grado de verdad hay en el diagnóstico de sífilis con el tratamiento de prueba y cuáles son los límites y el valor de este síntoma, es lo que nos proponemos analizar brevemente en esta nota.

El tratamiento de prueba está íntimamente ligado al concepto de la existencia de medicamentos antisifilíticos específicos. Como tales, la quimioterapia nos ofrece principalmente las siguientes medicaciones antisifilíticas: mercurioterapia, salvarsanoterapia, bismutoterapia, auroterapia, zincoterapia y yodoterapia. Además es comprensible que no todas estas medicaciones tienen acción idéntica, y de allí que cuanto mayor sea la eficacia de ellas en hacer desaparecer los síntomas objetivos y subjetivos de la enfermedad, tanto más se les asigna el carácter de Medicaciones específicas de la Sífilis.

Conviene fijar en la misma forma que lo ha hecho Alfredo Fournier, las condiciones que debe tener un medicamento para

considerarlo específico, con el objeto de evitar la errónea interpretación que a esta palabra se le suele dar, como él decía, de medicamento infalible.

Es así que Fournier, refiriéndose en su época al mercurio, dice: « Si se quiere reservar el nombre de específico a cualquier remedio que ejerce sobre la enfermedad o sobre un síntoma dado, una acción propia, particular, directa, sí, el mercurio es un remedio específico » (1). Ahora bien, es evidente que el mismo concepto es aplicable a las demás medicaciones antisifilíticas.

Cabría la pregunta, ¿cuál de las medicaciones antisifilíticas es la más específica?, porque es indudable que dentro mismo de la definición arriba citada caben grados en cuanto a la acción que ellas tienen sobre la curación de la sífilis y sus diversas manifestaciones cutáneas y viscerales. En este sentido el concepto de medicamento antisifilítico específico, debe completarse y es así como comparativamente debemos decir: *la más específica de las medicaciones antisifilíticas citadas, será aquella que actuando electivamente sobre la sífilis, no actúe electivamente también sobre otras enfermedades y síndromes.*

Efectivamente, las medicaciones antisifilíticas se han aplicado o se aplican en otros procesos con mayor o menor eficacia y aun con eficacia francamente curativa. Así por ejemplo:

La salvarsanoterapia ha sido usada en el liquen rojo plano, la psoriasis, las tuberculides, el zona, el paludismo, el sodoku, la buba o pián, la fiebre recurrente, la tripanosomiasis, la amebiasis, la lepra, los tumores cerebrales, etc.

La bismutoterapia en el lupus eritematoso, la disentería amebiana, la buba o pián, la fiebre recurrente, la tripanosomiasis, la lepra, la fiebre tifoidea, la fiebre de Malta, la urticaria, la psoriasis, etc.

La mercurioterapia en la psoriasis, el lupus vulgar, la foruncu-

(1) A. FOURNIER, *Traitement de la Syphilis*, página 178, año 1902, 2ª edición, París.

losis, el reumatismo agudo o crónico, las sinovitis, peritonitis, pleuresías, pericarditis, septicemias, como medicación diurética y también como medicación antiflogística, resolutive, alterante y displástica, parasiticida, etc.

La auroterapia en los lupus vulgar y eritematoso, tuberculides, lepra, artritis infecciosas, endocarditis, septicemias, etc.

La yodoterapia se ha demostrado eficaz en la actinomicosis, la esporotricosis, en el reumatismo crónico, etc.

La zincoterapia empleada con más o menos éxito en la epilepsia, corea, histeria, neurastenia, neuralgias, delirio senil, convulsiones infantiles, diarreas infantiles, afecciones cardíacas, sudores nocturnos, escrófula, raquitismo, reumatismo, etcétera (1).

Es de notar también que el organismo se beneficia en diversas enfermedades de la acción del arsénico, del yodo, del mercurio, del bismuto, del zinc, del oro, etc., en sus diversas combinaciones, porque ellos actúan sobre el recambio orgánico, sea acelerándolo o bien retardándolo, según las circunstancias, la dosificación empleada, etc.

Lo expuesto induce inmediatamente a dudar que las medicaciones mencionadas, eficaces en la sífilis, pero llenando otras indicaciones terapéuticas útiles, debamos considerarlas en el tratamiento de prueba antisifilítico como un elemento de diagnóstico incontrovertible de sífilis. En este sentido no faltan observadores aun recientes como Sézary (2), F. R. Alsina (3), que restan al tratamiento de prueba antisifilítico, el valor que quiere asignársele frecuentemente, de demostración evidente de sífilis en un enfermo, en todos los casos que dicho trata-

(1) NICOLÁS V. GRECO, *Le zinc dans le traitement de la Syphilis*, en *La Semaine Médica*, agosto de 1923 y *VI<sup>e</sup> Congrès de Dermatologistes et Syphilo-graphes de Langue Française*, Strasbourg; 25-27 juillet, 1923.

(2) A. SÉZARY, *La valeur du traitement d'épreuve pour le diagnostic de la Syphilis*, en *La Presse Médicale*, página 679, 26 abril 1933.

(3) FIDEL R. ALSINA, *Acción no específica del mercurio*, en *La Clínica*, página 97, mayo 1934.

miento lo beneficia mejorándolo o curándolo, llevándonos a la equivocación de tratar o seguir tratando como sífilíticos, a enfermos que no lo son, error de importancia, por cuanto sabemos que el tratamiento de la sífilis debe ser crónico, intermitente y persistente (curativo y preventivo) <sup>(1)</sup>, y obligaríamos así al enfermo a hacer medicaciones innecesarias.

Planteada así la cuestión, parecería que el tratamiento de prueba antisifilítico nos dejaría en la duda de si realmente tiene o no sífilis el enfermo. Pero es que la patología general, la evolución y la clínica de la sífilis, nos dicen que solamente aquellos pacientes que tienen manifestaciones confirmadas de esta enfermedad reaccionan y curan con el tratamiento antisifilítico, y así sucede con las lesiones sífilíticas primarias, secundarias o terciarias, evidentes y bien diagnosticadas, cuya curación es retardada o se hace mal o no se produce con otras medicaciones.

Esto quiere decir que al instituir un tratamiento de prueba antisifilítico, debe haber razones vehementes para pensar en sífilis adquirida o en heredosífilis y además los resultados de dicho tratamiento deben analizarse en cada enfermo antes de admitir o excluir la sífilis.

Por eso viene la pregunta: ¿cuándo y cómo debemos aplicar el tratamiento de prueba antisifilítico?

Es fácil establecerlo, si recordamos que la sífilis adquirida o hereditaria, ignorada o no, puede dar lugar a cuatro variedades de signos y síntomas objetivos y subjetivos puros, es decir, exclusivamente debidos a ella:

- 1° Signos y síntomas evidentes clínicos y biológicos;
- 2° Signos y síntomas atenuados clínicos y biológicos;
- 3° Signos y síntomas probables;
- 4° Signos y síntomas neuropsíquicos.

En cuanto a los signos biológicos (microbiológicos, anatomopatológicos, serológicos, etc.), arriba mencionados, es bueno

(<sup>1</sup>) NICOLÁS V. GRECO, *¿Tengo yo sífilis?*, página 72, 2ª edición, 1922.

aclarar que en pocos enfermos es posible agotar prácticamente su investigación y hay que conformarse con obtener los datos posibles, por ejemplo, serorreacciones de Wassermann u otras en sangre (y más difícilmente en líquido céfallo-raquídeo), fórmulas leucocitarias, biopsias, etc.

Ahora bien; en todos los casos que no haya signos y síntomas evidentes, ni signos biológicos positivos, cabe el tratamiento de prueba antisifilítico, siempre que se llenen estas condiciones :

1° La sintomatología atenuada o probable y los signos biológicos dudosos, no pueden referirse clínicamente o biológicamente a otro proceso o enfermedad ;

2° Cuando por antecedentes patológicos personales o de antecesoros o de colaterales, es posible inclinarse hacia una posible sífilis que actúa en el enfermo ;

3° Cuando la cronicidad de la sintomatología y la exaltación subjetiva de la misma, comúnmente en determinadas horas (por ejemplo, vesperales o nocturnas, o a veces exclusivamente matinales), puedan orientar hacia un diagnóstico de sífilis.

Esto en caso de que el virus sifilítico existiendo en el organismo *obra por sí solo*, dando localizaciones nerviosas, viscerales, óseas, cutáneas, etc. Y se comprende que si la acción del virus sifilítico en los tejidos no ha producido lesiones esclerosas, degenerativas o cicatriciales irreparables, el tratamiento de prueba antisifilítico aclarará indefectiblemente el diagnóstico.

También es frecuente que otros procesos y enfermedades den durante algún tiempo una sintomatología dudosa, pero si los signos y síntomas no encuadran en las premisas anteriores, entendemos que el tratamiento de prueba antisifilítico no está justificado y podría inducir a error por las modificaciones biológicas a veces momentáneamente favorables, que las medicaciones antisifilíticas podrían producir en el enfermo.

Sin embargo, hay otro punto de vista clínico, que el médico debe tener en cuenta : es la producción de signos y síntomas,

más o menos dudosos o atenuados, debidos a otra enfermedad, desarrollándose en un enfermo con sífilis latente ignorada o descuidada (adquirida o hereditaria) dando en conjunto una sintomatología híbrida. La observación diaria nos demuestra que tanto los procesos infecciosos, como los traumáticos, como los tóxicos que perduran semanas, meses o años en un enfermo que además tenga sífilis latente, el virus de ésta se instala en los tejidos donde se desarrolla la otra enfermedad, dando por consiguiente una sintomatología mixta y que el clínico debe contemplar cuando para resolver el diagnóstico dudoso piensa recurrir al tratamiento antisifilítico de prueba. No hay dudas que éste mejorará las lesiones, hasta que queden libradas de la parte pertinente a la alteración de los tejidos debida al virus sifilítico, quedando después la lesión pura, debida a la otra enfermedad y que ha actuado como activante de dicho virus. En estos casos, sería dar una explicación demasiado simple el decir que la medicación antisifilítica no ha actuado específicamente, pues ha modificado aquello que podía curar y ha dejado subsistente lo demás y la sagacidad del médico está en poder distinguir estos hechos, con grandes ventajas para el enfermo; porque si la otra enfermedad puede también ser removida o curada, el médico tiene el deber, además, de seguir tratando al enfermo cuya sífilis ha sido descubierta por el tratamiento de prueba antisifilítico.

*¿Cómo debe realizarse el tratamiento de prueba?* Aquí se nos presenta el problema de la manera de actuar los medicamentos antisifilíticos sobre el virus de la sífilis y sobre el organismo.

Analizada la acción de los medicamentos antisifilíticos *in vitro*, es evidente que la acción de las sales mercuriales es francamente nociva sobre el treponema; no sucede así con el arsénico, pues una solución al 1 por 130 de las principales sales arsenicales usadas no ejerce ninguna acción sobre los movimientos del treponema (según Lee). Bronfenner y Noguchi han establecido como escala treponemicida el bicloruro de mercurio en solución al 1 por 200.000, el ácido arsenioso al 1 por 30.000,

el salvarsán al 1 por 1000 (1). Esta dosificación ofrece algunas variantes, según los experimentadores.

En cuanto a los preparados de bismuto, son mucho menos activos *in vitro*. Hemos citado así las tres principales medicaciones antisifilíticas. Ahora bien: en el organismo humano no se alcanzan las dosis señaladas *in vitro*; las diluciones de los medicamentos antisifilíticos resultan mucho mayores. Luego, la intervención del organismo enfermo *en presencia del medicamento antisifilítico* tiene especial importancia para luchar contra la sífilis.

Esta presencia de los medicamentos antisifilíticos en el organismo, es precisamente lo que más caracteriza la acción más o menos específica que ellos demuestran, no fácil de obtener con otros medicamentos sobre la sintomatología objetiva y subjetiva del enfermo. Independientemente de las acciones medicamentosas sobre el germen de la sífilis que el medicamento antisifilítico despierta y cualesquiera sean las explicaciones a que hasta ahora se ha recurrido, hay hechos prácticos para demostrar que la presencia del medicamento en el organismo paralizaría la acción del virus sifilítico, en la misma forma que un antiséptico o un desinfectante, aun a dosis diluídas, lo hace con diversos gérmenes, aunque no llegue a matarlos, pero impide el desarrollo de los mismos o bien los atenúa en su acción patógena. La clínica nos enseña que en muchos casos, desde las primeras inyecciones mercuriales solubles (por ejemplo con el bicianuro de mercurio) o de otras formas medicamentosas, la sintomatología subjetiva del enfermo mejora. Experimentalmente, Kolle dice que si se inocula al conejo el virus sifilítico y al mismo tiempo se inyecta en el animal un preparado de bismuto en los músculos del muslo o de la oreja, el chancro no se desarrolla en el punto de inoculación; pero que si se escinde el depósito de bismuto dejado por la inyección, entonces el chan-

(1) A. TOURAINE, en *Traité de la Syphilis*, por Ed. Jeanselme, tomo II, páginas 72-73.

cro se forma y aparece. La presencia del metal es evidente que impide que el virus se desarrolle, aun cuando no lo mate (<sup>1</sup>).

Levaditi, en la obra abajo citada, resume los trabajos realizados sobre metaloprevención de la sífilis y explica cómo el bismuto, el mercurio, el oro, el arsénico, evidentemente pueden impedir el desarrollo del virus sifilítico y hasta destruirlo con su presencia. De allí que ni clínica ni experimentalmente es exacta la concepción de Sézary que las medicaciones específicas lo son no vis a vis de los gérmenes patógenos, sino de una manera relativa vis a vis de las reacciones del organismo, con respecto a esos gérmenes. Los medicamentos antisifilíticos ejercen sin duda una acción específica más o menos acentuada que les es propia, además de las que por su presencia provocan en el organismo y ella depende de las dosis, de las vías de administración y de la forma clínica como se manifiestan los síntomas de acuerdo con las alteraciones anatómicas.

*Luego, el tratamiento de prueba antisifilítico por dichos medicamentos es correcto en el sentido de poder refrendar un diagnóstico dudoso.*

Solamente conviene especificar o elegir cuáles de esos medicamentos son los más apropiados, los que dan mejor indicación en un tratamiento de prueba. En principio, todos ellos (me refiero especialmente a los preparados mercuriales, de bismuto y arsénico) podrían servir para el objeto. *Nosotros nos inclinamos siempre a realizar el tratamiento de prueba con los mercuriales, por varias razones :*

1ª Es un tratamiento más específico *in vitro* y más largamente experimentado y ha demostrado, en la época que constituía la medicación antisifilítica por excelencia, que las lesiones objetivas y las internas, así como los síntomas subjetivos de origen puramente sifilítico, eran curados por la mercurioterapia, demostrando además que la influencia favorable en procesos generales de otra etiología, nunca era tan evidente como en las sífilis

(<sup>1</sup>) C. LEVADITI, *Prophylaxie de la syphilis*, página 202, París, 1936.

activa y con lesiones modificables, es decir, no cicatriciales o esclerosas definitivas;

2ª La mercurioterapia es la medicación mejor tolerada por el sistema vascular y nervioso, y por eso la menos congestiva. Los sífilíticos dudosos, en los cuales se emplea el tratamiento de prueba, son precisamente o hereditarios o con sífilis adquirida, a menudo terciarias y en todos ellos el sistema vascular o el sistema visceral pueden estar más o menos afectados y por consiguiente se debe actuar en ellos con prudencia, evitando las medicaciones más congestivas o que pueden resultar más tóxicas, como las de los arsenicales y los bismúticos.

3ª Consideramos a la mercurioterapia como una medicación aplicable a cualquier edad del enfermo y a cualquier edad de la sífilis como bien dosificada y la menos tóxica y eligiendo la vía de administración y la preparación mercurial conveniente a las lesiones del enfermo. En este sentido, en nuestra comunicación al IIº Congreso de los Dermatólogos y Sifilógrafos de Lengua Francesa, reunidos en julio de 1923 en Estrasburgo, decíamos: «Las inyecciones mercuriales intramusculares, las fricciones mercuriales y aun la medicación por vía gástrica, todas han demostrado su eficacia, a un grado mayor o menor, según la preparación empleada y las ventajas que pueden resultar de su uso, más especialmente para las sífilides cutáneas y mucosas, para las sífilides viscerales y para todas las formas de sífilis en las cuales el treponema (léase también virus sífilítico) da lesiones focales organizadas en pápulas, nódulos, gomas o en infiltrados compactos. La experiencia personal del especialista hará elegir en cada caso la inyección (o preparación) que conviene mejor. Esa acción favorable se ejerce igualmente en los centros nerviosos cuando se producen en ellos lesiones de ese carácter, gomas, espesamientos meníngeos. En cambio, las inyecciones mercuriales endovenosas, especialmente el bicianuro de mercurio, están indicadas para combatir la sífilis que se desarrolla en tejidos de irrigación sanguínea más difícil (aorta, vasos sanguíneos) o con disposición especial a veces de los

vasos sanguíneos (cerebro) o en órganos grandes y pequeños en los cuales la invasión treponémica (vale decir, del virus sifilítico) se disemina, provocando reacciones intersticiales y esclerosas difusas (cerebro, médula espinal, glándulas a secreción interna, corazón, etc.)... Es evidente que el medicamento por vía endovenosa llega y obra en esos casos en los órganos bajo una forma más intensa y más activa que empleando para ello otras vías, como la intramuscular, aun cuando el medicamento por esta vía se inyecte a dosis mayores. »

También para el tratamiento de prueba antisifilítico se debe, como para la sífilis confirmada, variar la forma medicamentosa mercurial y la vía de administración, en caso de que la vía y la preparación mercurial elegida no respondiera a los efectos que de ellas se esperan, antes de abandonar el tratamiento de prueba.

No todas las lesiones sifilíticas se modifican rápidamente, y tenemos un ejemplo de ello en los pruritos y neurodermitis de ese origen. El tratamiento de prueba debe proseguirse por algún tiempo, con los descansos debidos, como si fuera una sífilis ya diagnosticada, antes de afirmar la inutilidad del tratamiento.

Los médicos, y con ellos los enfermos, creen que algunas inyecciones mercuriales o algunos otros preparados mercuriales usados en dos o tres semanas, son suficientes para aclarar un diagnóstico, y esto es un error evidente. Otras veces, equivocadamente creen que se trata de casos de mercurio-resistencia, cuando lo que hay en realidad es un tratamiento deficiente o mal dirigido.

Finalmente, *el tratamiento de prueba antisifilítico debe ser hecho activamente con las dosis tolerables*. Una mala dosificación en exceso hace creer al médico y al enfermo que la medicación no es tolerada, y por consiguiente, que los síntomas dudosos del enfermo se deben a otra causa.

Según la naturaleza de la lesión, el tratamiento mercurial puede actuar lentamente y es por eso que debe usarse el antiguo

tratamiento mixto mercurial y yodurado o alternar o asociarse con mucha prudencia la medicación arsenical o recurrir a alguna serie bismútica o de sales de oro o de zinc.

No es el momento de insistir sobre la dirección del tratamiento antisifilítico (<sup>1</sup>), pero es evidente que los médicos especializados son aquellos que deben hacerlo, sea o no un tratamiento de prueba.

Aun así no es raro que hasta médicos que hacen la especialidad, abandonan un tratamiento de prueba, hecho en forma insuficiente, sea por elegir mal el preparado o la vía de administración o por su escasa duración. En los clínicos no dermatosifilógrafos, los errores que se cometen en ese sentido son numerosos. Con unas gotas de licor Donovan-Ferrari, algunos doscientos o trescientos gramos de jarabe de Gibert o algunos supositorios de aceite gris, o algunas inyecciones intramusculares o endovenosas de 0,01 gramo de bióduro o de bicianuro o con una decena de fricciones mercuriales o de inyecciones intramusculares insolubles, creen haber resuelto un diagnóstico de sífilis con tratamientos de prueba semejantes.

Creíamos conveniente llamar la atención sobre estos hechos para sentar el principio que *el tratamiento de prueba antisifilítico conserva un valor real y definitivo en el diagnóstico de sífilis dudosas, siempre que se llenen las directivas expuestas para realizarlo correctamente.*

(<sup>1</sup>) Nosotros hemos ya expuesto ideas al respecto en el trabajo citado *¿Tengo yo sífilis?*, y en las siguientes comunicaciones: NICOLÁS V. GRECO, *Profilaxis antivérea (Sífilis, Blenorragia)*. Relato a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, un tomo de 221 páginas, 1934, y *La Semana Médica*, números 11 y 12, año 1934, y además, en las *Actas Oficiales de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*, tomo III, parte 2<sup>a</sup>; páginas 362 a 519, 1934; *Traitement médicamenteux de la Syphilis. Principes et Concepts basiques*. Comunicación al IX<sup>o</sup> Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía de Budapest (13-21, septiembre de 1935). *Deliberationes Congressus Dermatologorum Internationalis IX*, volumen II, página 316. Budapest.

ABSTRACT

**The test treatment (Diagnostic) in syphilis**, by Dr. Nicolás V. Greco, Professor of Clinical Dermatosyphilology, La Plata National University School of Medicine, and Extraordinary professor of Buenos Aires School of Medicine.

The result of test treatment (Diagnostic) is a diagnostic verification of indirect etiological symptom of syphilis in patients with doubtful signs and antecedents.

It is linked to the concept of the existence of specific antisyphilitic medications, which according to the author are those which *electively act in syphilis, and exert no elective action in other diseases or symptoms.*

The antisyphilitic drugs exercise without doubt, a more or less accentuated specific action of their own, besides those which they provoke by their presence in the organism.

For this reason, they permit to authenticate the doubtful diagnosis of syphilis.

*The author is inclined to realize the diagnostic treatment with mercurials as it is a specific treatment in vitro, and at length experimented. It is better tolerated by the nervous and vascular systems and being the less toxic and congestive medication, it is applicable in whatever age of the patient and in whatever stage of syphilis.*

The diagnostic treatment should be done actively with tolerable doses, and should be continued for some length of time, renewing the series of injections, as there are symptoms of slow disappearance.

Sometimes, the old mixed treatment should be used, mercurials and iodides, or alternated, or associated with arsenicals with much prudence, or resort to some series of the salts of bismuth, gold or zinc.

The erroneous belief that with very little treatment the syphilitic lesions or symptoms should disappear must be avoided. It is for this reason, the treatment badly done does not give result.

The diagnostic treatment may fail for existing irreparable lesions, that is, not modifiable as a consequence of syphilis or because there is no syphilis. It may fail also because of the betterment of the lesions is only partial due to they being mixed lesions, that is to say, associated with those of other disease, which act as activating agent to the syphilitic virus.