

nica, sea cual sea el medio terapéutico empleado, la repetición de aplicaciones o lesiones. A ser posible hay que *tender siempre a la lesión única* (tratándose de medios físicos). Sería impropio de este breve reseña que he de servir de orientación para el médico práctico, describir detalladamente al medio terapéutico más apropiado en cada caso, con sus técnicas e incidencias. Nos concretaremos a citarlas en conjunto. Las *pomadas* o *pastas reductoras, queratolíticas, exfoliantes* (en xeroderma. mugre senil) o simplemente anticongestivas (dermitis crónicas) pueden dar buen resultado al principio. Los *medios físicos: radium, nieve de ácido carbónico, electrocoagulación y roentgenoterapia*, eficaces a nuestro juicio, por el orden que los citamos, son los medios de elección. Según la lesión, su extensión y localización habrá que escoger el más apropiado, y la técnica a seguir, siendo algunas veces necesario combinar distintos medios terapéuticos para obtener una rápida curación.

Esta es la orientación de este problema de profilaxia del cáncer cutáneo, que hay que completar con la educación del público para que sea el enfermo el que dé la voz de alarma a su médico, y hay que inculcarle que curando una de estas lesiones que carecen de importancia, a primera vista y que son siempre curables, evitan uno de los procesos más graves, más temidos y más difíciles de curar.

CRONICA

TREINTA AÑOS DE TRATAMIENTO ANTISIFILÍTICO DE LA TABES (1)

por el doctor

MAURICE FAURE

de La Malou

Artigo interno de la Clínica Charcot
Antiguo Jefe de Laboratorio de los Hospitales de Paris

Fué a últimos del siglo pasado cuando empezó a preocupar seriamente el tratamiento antisifilítico de la tabes, enfermedad del sistema nervioso, que había sido alineada por FOURNIER entre las lesiones parasifilíticas, es decir, que resultaban de la sífilis, aunque no obedecían, sin embargo, al tratamiento específico. Ensayos de tal tratamiento hechos por FOURNIER y sus discípulos en el Hospital Saint Louis y luego por RAYMOND, sucesor de CHARCOT, en la Salpêtrière, no dieron resultados decisivos, pues eran efectuados con medicamentos ineficaces o a dosis insuficientes. FOURNIER aplicó las fricciones de pomada mercurial, pero la absorción era irregular, de donde resultaba, intoxicación a veces, y en otras una acción nula. RAYMOND empezó a usar las inyecciones subcutáneas de aceite biyodurado, preparado por IVON, que tenía el inconveniente de ser una preparación inestable y que, por otra parte, solo encerraba una dosis muy pequeña de medicamento (1 a 5 miligramos por centímetro cúbico). Estos dos procedimientos fueron enseñada más ampliamente

(1) Extracto de las Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Barcelona, del 15 al 20 de noviembre de 1926.

utilizados en los establecimientos de aguas sulfurosas de Aix la Chapelle (fricciones) y de Uriage (inyecciones). Los resultados fueron siempre los mismos, es decir, que cuando se elevaban las dosis demasiado, aparecían accidentes tóxicos inmediatos y que, cuando las dosis empleadas eran mínimas el efecto observado era nulo. Lo mismo acontecía con los tratamientos de la sífilis clásicos por aquel entonces, mediante las píldoras de Duyuytrer y de Dicord, por el licor de Van Switen *per os*, etc.

En el período que media entre 1890 y 1900 se vivía pues en la mayor incertidumbre y FOURNIER parecía tener razón cuando excluía la tabes de las sífilis activas, justificables de un tratamiento. Sin embargo, los más jóvenes sifiliógrafos se levantaron contra tal opinión y se obstinaban en marchar por un camino que otros intentaban abandonar. LEREDDE, propulsor de este movimiento, que veía combatir el espíritu dogmático de las Escuelas, pero que era a su vez el espíritu más dogmático y más inclinado a inspirarse en puntos de vista teóricos sin cuidar la experiencia y la observación lanzó el siguiente aforismo: *Si un tabético no cura con el mercurio, es que no lo ha tomado en suficiente cantidad!* Recomendó, entonces, que se administraran dosis enormes (hasta 5 y 6 centigramos de biyoduro, benzoato o bicloruro por día) en inyección acuosa subcutánea.

Se le hizo caso y se intentó un nuevo esfuerzo. Durante muchos meses los tabéticos de los Servicios hospitalarios de Paris fueron sometidos a la prueba, que fué dura, pero breve, pues no pudieron resistirla largo tiempo. Aparecieron graves accidentes tóxicos y la mayor parte de los Neurólogos, que estaban ya descorazonados por la precedente falta de éxitos; reaccionaron contra las evidentes exageraciones de los Sifiliógrafos y se hicieron hostiles al tratamiento específico de la tabes.

Tales ensayos no fueron del todo inútiles, pues proporcionaron interesantes enseñanzas a otros observadores. He aquí como los formularon (2):

Si se examina un número considerable de tabéticos se observa:

- 1.º Que la evolución de la tabes ha sido agravada en los sometidos a tratamientos antisifilíticos violentos.
- 2.º Que la evolución de la tabes es más benigna en los que han sido sometidos a tratamientos antisifilíticos sistemáticos, con dosis modestas, que no en aquellos que no fueron sometidos a un tratamiento específico sistemático.
- 3.º Que, en conjunto, la evolución de la tabes se atenúa y que la enfermedad que era en otro tiempo casi siempre progresiva, se detiene a menudo.

Atribuir esta detención de la evolución de la tabes al tratamiento específico era una conclusión tentadora y no tardó en proponerla. Hubo desde entonces, a principios de este siglo, tres tendencias, tres escuelas, tres enseñanzas diferentes.

(2) BRISSAUD, BABINSKI, BELAGON y M. FAURE. *Société de Médecine de Paris*. 1902-1903. Estadística de 2.000 casos. *Revue de Médecine*. 1904.

La mayor parte de Neurólogos, que habían sentido la influencia de CHARCOT, sólo a regañadientes aceptaban el tratamiento antisifilítico, disgustados por los fracasos y las exageraciones. Pero en esta época había ya una gran diferencia entre la consulta neurológica del tiempo de CHARCOT y la consulta neurológica moderna. En otro tiempo se iba a consultar con CHARCOT desde todos los países del mundo, para pedirle un diagnóstico. Y la importancia ligada a éste era tal, que el pronóstico y la terapéutica podían quedar a la sombra o incluso confundirse con él. El enfermo volvía a su país de origen con una etiqueta nueva, sin darse cuenta de que en su situación no había cambiado nada más que un nombre.

Pero el conocimiento de la gran obra de diagnóstico llevada a cabo por la Escuela de la Salpêtrière se había extendido por todas partes y casi no quedaba país en que no fuera reconocida y diagnosticada una hemiplejía, una paraplejía, una tabes. Lo que se pedía al especialista, cuando se iba a consultarle no era ya un diagnóstico, sino un tratamiento.

Los Neurólogos, herederos de CHARCOT, habían heredado también su escepticismo terapéutico y no estaban preparados para responder a esta nueva petición de su clientela. La tentativa que acababan de hacer les había desarmado, con su fracaso, ante los enfermos que iban a pedirles, no el nombre de su enfermedad, sino armas para luchar con ella.

He aquí porqué los tabéticos se dirigieron a los especialistas sifilígrafos, que les prometían un tratamiento eficaz, dándoles mayores seguridades, por cuanto desconocían las dificultades que debían sortear. Sin ningún cuidado por las lesiones que una sífilis antigua había determinado en el hígado, riñón, en el sistema circulatorio, etc., continuaban prescribiendo dosis enormes de tóxico, que todavía eran aumentadas a medida de la agravación del enfermo. Trataban los viejos tabéticos, los paralíticos generales cuya sífilis alcanzaba 10, 20, 30 y 40 años, de igual manera que los jóvenes sifilíticos presentando un chancro o placas mucosas.

Tales fueron las dos tendencias extremas, las dos escuelas opuestas, que resultaron, a principio de siglo, de los ensayos de tratamientos específicos llevados a cabo a finales del siglo anterior.

Entre las dos opiniones excesivas, que se combatían seriamente, nació una nueva tendencia en el espíritu de observadores imparciales no ligados por hábito ni por interés a alguna de las dos escuelas precedentes. Ya he manifestado las constataciones fecundas que entresacaron de las ruinas causadas por el escepticismo terapéutico de unos y las afirmaciones dogmáticas de otros. Y, basados en estas constataciones, edificaron, lenta y silenciosamente, un edificio duradero que es el único que subsiste hoy en día.

Fueron ayudados, en aquel momento, por la entrada en la terapéutica de la sífilis de un precioso auxiliar: el arsénico. Bajo la forma de cacodilato sódico, de arsenal y luego de hecina (con la que adquirió la

forma más perfecta), empleado alternativamente o simultáneamente con el mercurio, permitió formular numerosas medicaciones. Los químicos, por entonces, comenzaron a especializar excelentes preparaciones. No había ya por que temer los efectos cáusticos del sublimado, del biyoduro, del benzoato y del cianuro, ni los efectos inconstantes del aceite gris y del calomel (cuya incierta absorción iba siempre más acá o más allá de lo que se esperaba). Se podía, por último, repetir indefinidamente la inyección medicamentosa, cuidadosamente elegida en un arsenal ya rico, sin temor a provocar en los tejidos dolores, edemas o induraciones.

Desde 1906, en colaboración con el Profesor GRASSET, habíamos reglado una técnica, repitiendo las inyecciones diariamente, de 10 a 12 veces cada mes o en meses alternos.

La sal inyectada, mercurial o arsenical, o combinada, no era siempre la misma, pues habíamos observado ya, que la reacción individual intervenía en este caso, como en todos, y que sería un absurdo privarse del concurso de todos los medicamentos, para intentar curar, en virtud de la ley del menor esfuerzo, todos los enfermos con un solo medicamento. Modificábamos, por consiguiente, la prescripción y la dosis, según la edad, el sexo, el estado clínico y la tolerancia del enfermo. Evidentemente que con tal proceder se complicaba la tarea del médico, obligándole a observar con cuidado y a seguir los enfermos largo tiempo, táctica que rompía el hábito precedente de pedir al especialista diera tratamiento, de fórmula definitiva y permanente, en una sola consulta.

Súbitamente, se produjo un cambio ruidoso. Cuando habíamos llegado, después de 10 años de atención y paciencia, a dar reglas para tratamientos que duraban meses y años, que todos los médicos podían aplicar y todos los enfermos soportar sin peligro (3); cuando obteníamos finalmente, en ocasiones después de semanas de tanteos y en otras *d'emblée*, resultados halagüeños, en serie, que todos podían constatar y reproducir con medicamentos usuales, poco costosos y que se encontraban en todas partes; cuando a la *tabes progresiva* de CHARCOT, a la *tabes figé* de BRISSAUD, a la *tabes atenuada* de BABINSKI, podíamos oponer la noción de la *tabes regresiva*, cuyas mejorías progresivas e indefinidas eran la regla y el *statu quo* y no la excepción, en este preciso momento (1910), se produjo el episodio más característico de toda la historia que trazamos aquí.

Era la primera quincena de octubre. Los cotidianos franceses anunciaron en sus editoriales, bajo la firma de sifilígrafos conocidos, el gran descubrimiento. Con una sola inyección de una nueva sal arsenical (derivado de una serie desgraciada: atoxil, arsenectina, arsenobenzol) que gozaba, según decían, de la curiosa propiedad de ser nociva para la célula microbiana e inofensiva para la célula humana, cualquiera

(3) *Société de Médecine, Société de Thérapeutique, Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris. 1908-1910.*

que fuera la dosis, se destruían todos los treponemas que habitaban en el organismo del sífilítico y, consiguientemente, se suprimía de golpe la sífilis, cualquiera que fuera su antigüedad. Todo dependía de la dosis. Cuando no se lograba el éxito la primera vez, se aumentaba la dosis y se alcanzaba en la segunda o sino en la tercera, lo que no podía fallar, pues la teoría lo afirmaba. No se llegaba a decir que el enfermo volvía a encontrarse en el mismo estado que antes de contraer la sífilis, pero tal suposición parecía resultar, bastante claramente, de alusiones, por lo demás discretas, a las observaciones ya practicadas. Se citaban viejos atáxicos que habían recobrado la marcha, y paralíticos generales confirmados que recobraron la inteligencia y la lucidez en algunos días, después de una crisis sin gravedad que testimoniaba, solamente, la actividad del medicamento y la defensa del treponema. ¡De la misma manera, en la edad media, el desgraciado sometido al ceremonial del exorcismo era sacudido con una última crisis por el demonio forzado de abandonar el cuerpo de una sola vez y para siempre!

La simplicidad y el misticismo de estas ideas pueriles las hacía fácilmente asequibles a la ignorancia de los lectores a que eran dirigidas, directamente, por la gran prensa. Su resonancia fué grande en un medio de enfermos nerviosos, sugestionables, que siempre buscaban lo nuevo, confundiéndolo con lo mejor. Todos los que pudieron, partieron para Frankfurt, donde hubo, en breve, más de los que se podían recibir. Algunos adeptos presurosos recogieron este excedente, pues en efecto, a los primeros ruidos del gran descubrimiento, sifiliógrafos de París y de otras ciudades se volvieron hacia la nueva Meca, fueron a ella en peregrinación, y a su vuelta vertieron en la prensa el exceso de su fe y de su entusiasmo. ¡Su celo fué largamente recompensado!

Los tabéticos lo fueron menos, a decir verdad, pues no curaron ni con la primera, ni con la tercera inyección. Entonces se dieron 4 o 5, después todas las semanas, luego dos veces por semana, y, finalmente, todos los días como se hacía con los antiguos medicamentos. Si fracasaban, decían que era debido a que se había formado una raza de treponemas arseno-resistentes. Si había accidentes, éstos no eran debidos al arsenobenzol, sino al agua en que iba disuelto y que era agua ordinaria, esterilizada o destilada, como el agua de todas las inyecciones, indigna, por consiguiente, de vehicular un medicamento superior, en su esencia, a todos los demás.

La broma resultó un poco fuerte y no dice mucho, en nuestro honor, que se encontraran médicos que aceptaran aserciones tan ridículas; sin embargo, el pobre cerebro humano registra fácilmente la idea simple, afirmada con fuerza, y que abona sus deseos y su pereza. Cuesta trabajo, al contrario, entresacar de la multitud de hechos experimentales, lo que de verdad llevan escondido. No era difícil, sin embargo, constatar que el arseno-benzol era, en sus comienzos, un medicamento mal preparado por comerciantes poco escrupulosos y peor manejado por prácticos insuficiente-

mente conocedores de la técnica de las inyecciones. Permanecía sin absorberse en las bolsas formadas debajo de la piel donde se inyectaba; en inyecciones intravenosas determinaba choques muy graves, a menudo seguidos de accidentes irremediables y en ocasiones mortales.

No era difícil prever que el éxito de una medicación a dosis elevada, cualquiera que fuese, en sujetos jóvenes, afectos exclusivamente de sífilis superficiales, cutáneas o mucosas, dejando intactos los emunitorios, no podía prejuzgar el éxito de la misma medicación en individuos afectos de sífilis antiguas del hígado, de los riñones, del bazo, y del sistema nervioso por ser distintos los medios de asimilación y de eliminación de las dos categorías de pacientes. Es esta una noción tan antigua como la propia medicina: HIPÓCRATES ya decía "Es preciso reparar lentamente los cuerpos que han empleado largo tiempo en decaer y rápidamente los que lo han hecho en poco tiempo."

Desde 1912, es decir, un año después de la aparición del arsenobenzol, podía afirmarse, categóricamente, el fracaso de las fórmulas y aplicaciones que se habían recomendado. Diez años después, todos estaban de acuerdo sobre este punto. Pero, poco a poco, la preparación y la técnica habían mejorado y podíamos servirnos del arsenobenzol con el mismo título que de todos los otros medicamentos, que formaban ya, y forman hoy, el magnífico arsenal terapéutico antisifilítico. Y mirando hacia atrás para considerar, como después de una batalla, las pérdidas experimentadas y los beneficios adquiridos, he aquí lo que se comprueba (4):

1.º Los éxitos obtenidos con el arsenobenzol en el tratamiento de la tabes y de la parálisis general, no son más importantes que los obtenidos con los otros medicamentos antisifilíticos;

2.º Los accidentes han sido mucho más numerosos y más graves con el arsenobenzol, que con ningún otro medicamento;

3.º El modo de empleo del arsenobenzol se ha modificado y ha acabado por ser parecido al de todos los otros medicamentos usuales. Aquel no presenta pues mayores ventajas, en cuanto a dosificación, duración y facilidades y del tratamiento, que desde el punto de vista de los resultados.

* * *

Es un hecho, desgraciadamente cierto que haciendo perder de vista los resultados ya adquiridos y negligir la técnicas establecidas sobre la experiencia, que empezaban a extenderse, la ruidosa campaña del arsenobenzol, de 1910 a 1920, marcó un retroceso importante en los progresos de la terapéutica antisifilítica de la tabes, resultando deplorable la credulidad con que la recibieron, tanto los médicos como los enfermos. Esta credulidad se explica, en parte, por la ignorancia que la mayor parte de médicos y es-

(4) *Société de Médecine de Paris. 1911-1912.*

pecialmente los sifiliógrafos tenían relativamente a los resultados anteriormente adquiridos en el tratamiento de la tabes, que eran tanto o más satisfactorios que los que obtenían con el nuevo medicamento. Ignorándolos, sólo podían comparar los escasos éxitos que obtenían con el resultado nulo de otro tiempo, y de aquí que quedaran maravillados.

La intervención demasiado brutal del nuevo medicamento, no fué, sin embargo, del todo inútil. Durante algunos años, los periódicos médicos se llenaron de comunicaciones y se formó un movimiento de opinión que produjo los beneficios siguientes:

1.º Los Neurólogos han comprendido la necesidad de salir de sus contemplaciones y de sus negaciones. Habían continuado observando, describiendo y clasificando los síntomas y las lesiones, como en otro tiempo, olvidando que esta labor constituye un medio y no un fin. Cuando intervenían, su terapéutica era sólo sintomática y, consiguientemente, reñida con la terapéutica moderna, que quiere ser patogénica. El éxodo de los enfermos hacia otros altares, el éxito de opinión tan real obtenido con el tratamiento antisifilítico, incluso careciendo de base científica, les abrió los ojos. Se preocuparon, entonces, de asimilar mejor las nuevas ideas, de desechar la estéril noción de incurabilidad, de interesarse más en el tratamiento de los enfermos y menos en la descripción de las enfermedades.

2.º Los enfermos han aceptado la idea de la utilidad del tratamiento específico. Lejos de rehusarlo, como hacían en otro tiempo, hoy día lo piden ellos mismos.

3.º Los médicos saben que el número de sífilis nerviosas que pueden beneficiar del tratamiento es mucho mayor de lo que creían.

Había un grupo que no se hubiera pensado en someter al tratamiento específico y otro que se dudaba en someterlo. De aquí las dos conclusiones:

A. GRASSET pensaba que el tratamiento antisifilítico obraba sobre las enfermedades del sistema nervioso, incluso cuando no tenían naturaleza sífilítica. Esta apreciación parece abandonada hoy día.

B. La generalidad de los médicos han llegado a pensar que casi todos los enfermos afectados de enfermedades nerviosas confirmadas deben someterse sistemáticamente al tratamiento antisifilítico, unos porque tienen verdaderamente sífilis y otros porque acaso la tengan y, sobre todo, porque si no la tienen, nada se pierde probando.

Persiste, pues, una exageración evidente debida a la ley del menor esfuerzo, pero es cierto que si este tratamiento antisifilítico general es bien conducido, no determina accidentes y presenta las dos ventajas siguientes:

a) Ninguna sífilis nerviosa, ignorada o mal conocida, escapará ya a la prueba del tratamiento, al paso que antes escapaban muchas.

b) La evolución cada vez más benigna de la tabes y de las sífilis nerviosas, la rarefacción progresiva de los casos graves, son incontestablemente debidos a este esfuerzo universal que hace que las sífilis nerviosas sean cuidadas desde sus comienzos, lo que destruye los gérmenes de la enfermedad y detiene su evolución. De manera que los casos de tabes y de parálisis general confirmada son más raros que en otro tiempo y desaparecerán completamente, acaso, en un tiempo no lejano.

* * *

¿Qué falta, pues, para llegar a datos concretos y a una práctica bienhechora?

Primeramente, es preciso admitir que no pueden tratarse con rapidez las enfermedades que curan lentamente. *A una enfermedad crónica es preciso oponer un tratamiento crónico.*

Es preciso renunciar, también, a la busca de medicamentos heroicos que dispensen de la elección y de la observación clínica, operando uniformemente sobre todos los enfermos, con la misma dosis, con la misma prescripción.

Y es preciso volver a la fórmula consagrada por la experiencia, tal como resultaba ya de las estadísticas de 1904, es decir, el empleo prolongado de las dosis medias y a la técnica que hemos indicado y aplicado regularmente desde 1906: una serie mensual de inyecciones subcutáneas o intramusculares de mercurio o arsénico, eligiendo el medicamento y la dosis, apropiados a cada caso particular.

Prolongando suficientemente esta práctica y variando las dosis y los medicamentos según las necesidades y los efectos obtenidos, puede asegurarse el éxito sin peligros. Y parece que hoy todos, enfermos y médicos, están dispuestos a aceptar tal proceder, después de 30 años de equivocaciones (5).

(5) A propósito no hemos mencionado:

A. El *Bismuto*. Su aplicación es demasiado reciente para que podamos pronunciarnos acerca de sus resultados definitivos en el tratamiento de la tabes. Todo lo que puede afirmarse, es que su empleo, a pesar de la publicidad de que ha sido rodeado, no parece dar resultados superiores a los que ya se obtenían y que este medicamento no es nocivo.

B. Los *sueros* de animales más o menos inmunizados contra la sífilis, cuyo empleo no solamente no provoca accidentes molestos, sino que parece dar buenos resultados en lo que concierne al estado general de los tabéticos. Sin embargo, la cuestión está todavía en estudio y la realización de la inmunización es muy discutida. Concluimos, pues, que es prudente continuar el empleo de las sales arsenicales y mercuriales en solución acuosa y en inyecciones hipodérmicas o intramusculares, por cuanto esta medicación ha dado pruebas suficientes de su valor y de su inocuidad, y por que proporciona resultados satisfactorios si el enfermo es sometido, al mismo tiempo, a un régimen y a un género de vida conveniente. Por lo demás, ella no dispensa de los otros medios de tratamiento que han hecho también sus pruebas, como son la reeducación de los movimientos, las curas termales, etc.

La vía intravenosa, para las inyecciones, no parece poseer ninguna superioridad en el tratamiento de la tabes. No pasa lo mismo en el tratamiento de las sífilis vasculares, en que aquella vía parece la mejor.