

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tom VII	San José, Costa Rica, Agosto de 1947 No. 160	Año XIV
---------	---	---------

Reporte preliminar en la profilaxis y curación de chancros Específicos y de Ducrey en un servicio hospitalario (*)

Por el Dr. Jorge Montes de Oca

Consideraciones generales.

Una Institución Hospitalaria que pretende servir a la sociedad pobre y rica, lo mismo que contribuir al mejoramiento de las técnicas médicas y quirúrgicas, debe permanecer alerta en todo instante a las innovaciones que la ciencia va conquistando, a fin de ponerlas al alcance de la sociedad en que desenvuelve sus actividades.

Los hospitales se ocupan generalmente del tratamiento de las dolencias en general, pero también están obligados a salvaguardar al país contra las enfermedades infecto-contagiosas, ya que éstas se diseminan fácilmente, atacando a las personas sanas. En consecuencia, la institución hospitalaria debe contar con pabellones de aislamiento que yo dispondría pabellones especializados, pues aparte de las afecciones infecto- contagiosas corrien-

(*)Trabajo enviado al Director del Hospital San Juan de Dios en noviembre 1º 1946, como aporte de la Sección de Venereología sección adjunta al Servicio de urología.

Al enviar este trabajo a la Revista Médica de Costa Rica, se ha aumentado el Nº á 12 casos que fueron presentados á la Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos la noche del 7 de Mayo de 1947 y cuyo cuadro sintético, demuestra la corta permanencia en la clínica; 48 horas de internamiento. La no aparición del Wass, en los preserológicos; la reversión de la reacción sanguínea a los 2 y hasta 8 meses, la presencia de 3 casos combinados tratados simultáneamente, evidencian la posibilidad de la erradicación de los gérmenes patógenos.

tes: viruela, sarampión, escarlatina, tosferina, tifo, tifoidea, etc., podría considerarse también el Pabellón de Venéreas ya que tales dolencias son peligrosas y necesitan el aislamiento inmediato.

Los Hospitales Americanos y los tratamientos intensivos, — Adelantos en la Lucha Anti-venérea.

El Dr. J. R. Heller, Jr., Jefe de la División de enfermedades Venéreas del U. S. P. H. S., (1) al referirse a los "Adelantos de la Lucha Anti-venérea", consigna en el estudio que al respecto publicó en el "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", de enero pasado entre otros, los siguientes conceptos:

"Del período bélico han surgido nuevas técnicas que han resultado útiles en los Estados Unidos y que se resumirán en este trabajo para que otros puedan considerar su aplicación.

El adelanto alcanzado en el tratamiento intensivo de la sífilis ha tenido lugar principalmente en los hospitales y clínicas conocidos como centros de tratamiento intensivo y establecidos en distintos lugares de los Estados Unidos, con el propósito específico de erradicar la enfermedad en un gran número de enfermos venéreos.

Creados primitivamente estos centros como providencia de guerra, para contrarrestar la amenaza de un posible aumento de las infecciones venéreas, varios meses de trabajo inicial demostraron su valor, siendo evidente que deben considerarse como parte importante y nueva del vasto plan de lucha antivenérea, más bien que como mero expediente de guerra, por lo cual el Congreso aprobó el sostenimiento de esos centros como parte normal de las obras de Salud Pública y concedió la suma de 5 millones de dólares para el año fiscal de 1946, para el mantenimiento y funcionamiento de los ya existentes, y para la creación de nuevos centros. Autorizó, además, el pago de los subsidios a los Hospitales que asisten enfermos venéreos, internados en las zonas donde la magnitud del problema no justifica el estableci-

(1) Miembro activo del cuerpo de redacción de la afamada Revista "American Journal of Syphilis, Gonorrhoea and Venereal Diseases."

miento de los hospitales o clínicas de tratamiento intensivo.

De 182.000 venéreos infecciosos o potencialmente infecciosos comunicados en el año 1945, 52.000 fueron tratados en los centros de tratamiento rápido y los 130.000 restantes en otras partes; en el futuro, una proporción cada vez mayor de estos casos recibirá, sin duda, el tratamiento rápido, llamado también "Intensivo".

Los métodos rápidos de tratamiento de las enfermedades venéreas (sífilis y chancro blando) han elevado el aspecto médico de la lucha a un plano muy superior al ocupado por otros factores, y entre estos, la mayor deficiencia quizás radique en el procedimiento utilizado para el descubrimiento de casos. Naturalmente, dada la eficiencia de los métodos médicos disponibles, de descubrirse y tratar precozmente una fracción considerable de los casos existentes, las enfermedades venéreas podrían reducirse a un mínimo insignificante".

Inducto-pirexia, quimioterapia y antibioterapia combinada

En este capítulo de las venéreas se ha progresado notablemente y las técnicas médicas, combinando la Fiebre Artificial, la Quimioterapia y últimamente la Antibioterapia, a la cabeza de la cual cuenta el mundo científico con la Penicilina se está llegando en el campo de las venéreas a progresos maravillosos.

La termolabilidad de la "Espirqueta Fálida" y del *Hemophilus Ducreyi* ha merecido el estudio de las escuelas europeas y americanas, llegando a la conclusión que ambas bacterias son destruidas fácilmente por el calor generado por aparatos de alta frecuencia, en combinación con gabinetes de aire acondicionado en movimiento, provistos de un alto porcentaje de humedad.

El desarrollo de este suscinto boceto no nos permite entrar de lleno en todo el capítulo de la sífilis experimental, pero anotamos que la clínica no hace sino probar una y mil veces más, que las enfermedades producidas por los dos gérmenes anotados, se desintegran y desaparecen con la combinación termoquímica enunciada.

El poder antibiótico de la Penicilina para el *Treponema Pallidum* y para el *Hemophilus Ducreyi* ha sido demostrado en múl-

tiples trabajos y se ha comprobado ampliamente que la fiebre es poderoso coadyuvante, siendo su aplicación verdadera "fuerza atómica" en contra de las bacterias estudiadas.

El Chancro de Ducrey.

De un interesante estudio del Cor. Vernon C. Harp, Jr., del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos, publicado en "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases", Vol. 30, Nº 4, correspondiente al mes de Julio de 1946, extractamos los siguientes datos referentes al *Hemophilus Ducrey*, drogas, tópicos, locales, etc. relacionadas con su terapia.

"De la observación de centenares de úlceras venéreas, un 65 por ciento resultaron ser chancros blandos. En un Hospital del Ejército en Luzón, Islas Filipinas, fueron registrados 350 pacientes. 300 casos fueron tratados oralmente con sulfatiazol; 50, remojando la lesión en solución salina. Estos casos no fueron seleccionados y el único criterio que primó para la inclusión fue el resultado positivo en el examen bacteriológico.

Diagnóstico.—El diagnóstico del chancroide depende del tiempo de incubación, características de la lesión, resultados del laboratorio y características de la adenopatía, si está presente. La sífilis debe ser considerada como posible enfermedad concomitante, susceptible de ser alternativa en el diagnóstico. Cuando existe infección mixta la lesión clínicamente tiene las apariencias del chancroide.

El período de incubación del chancroide es de 5 a 15 días (69.3%). En una serie de 350 casos estudiados la incubación se registró en período distinto. (30%). En el punto de entrada se nota una ulceración o destrucción. El diagnóstico debe ser confirmado por la presencia de "*Hemophilus Ducreyi*" por frote directo. Las incubaciones mayores de 15 días son posibles por reinoculación de la lesión primaria. El período de incubación no se puede determinar correctamente en ningún grupo de enfermos.

Todos los contactos sexuales pueden ser considerados sospechosos, puesto que estos son, invariablemente con prostitutas pues a menudo presentan múltiples reportes estando ya contami-

nados y a menudo muchos otros practican uno o varios contactos sexuales teniendo ya laceraciones iniciales en un porcentaje elevadísimo. Generalmente la estimación del tiempo de incubación se basa en el número de días del último coito y la aparición de la primera manifestación cutánea penil.

El sitio más frecuente de la lesión es el surco coronal, debajo del prepucio, en el frenillo y en el glande. Generalmente los pacientes tienen un gran prepucio (prepucio redundante) y hábitos higiénicos mediocres.

La lesión se inicia con una área eritematosa pequeña que se torna en vesícula o pústula que rápidamente se ulcera y se agranda. La ulceración es irregular, presentando superficie sinuosa, profunda, purulenta, suave y congestionada, con base húmeda y necrótica. Hay siempre ligera eritema alrededor de la ulceración y ocasionalmente se presenta edema. Las lesiones múltiples son producidas por auto-inoculación.

El tamaño de las ulceraciones varía desde 5 mm. a 10 mm. de diámetro. De la serie de 300 enfermos examinados, en 92 (30.7% el tamaño mayor fue de 10 mm. En 227 (75.7%) la lesión cogía la dermis y la epidermis. Un 24.3% de los pacientes presentaban lesiones que se consideraban superficiales y envolvían sólo la epidermis. Las lesiones eran purulentas en 249 casos (83.0%); en solamente 51 (17.0%) eran relativamente secas y libres de pus.

La confirmación del diagnóstico por medio del laboratorio, con demostración clara de la presencia del *Hemophilus Ducreyi* en la lesión, fue obtenida en 205 de los casos (68.5%). Así pues, en un 68.5% *H. Ducreyi* está presente, pero el experto puede hacer el diagnóstico clínico, debiendo hacer la toma limpiando el pus y raspando de lo hondo, y repetir las pruebas si resultaren negativas. A veces se han visto cuatro y cinco pruebas negativas.

La adenitis inguinal se desarrolló en 78 de los 300 casos (26.0%). Los nódulos se pueden desarrollar a los pocos días o varias semanas después de haber aparecido la ulceración; sin embargo, el término medio de tiempo en que se presentan es de 6 días. La adenitis es suave, aglutinada, dolorosa, e inflamada. Generalmente es unilateral. En el 41% de los pacientes con adenitis se presentó en el lado derecho; en un 40% en el izquierdo,

y fue menos frecuente (19%) la adenitis bilateral. Estos nódulos se alargan midiendo a veces hasta 6 y 8 cm. y generalmente supuran.

Método de tratamiento.—Este se puede resumir así: 1º), limpiar la ulceración que generalmente aparece en un largo prepucio, con agua salina tibia, lo que facilita la investigación del *Treponema Pálido* y del *Hemophilus Ducreyi*; 2) Cuando se haya comprobado la ausencia de treponema, el tratamiento local se comienza. Se emplean soluciones de permanganato de potasio diluidas; cristales de sulfanilamida; sulfas tomadas por la vía oral (1 gramo 4 v., con una dosis inicial de 4 gramos (8 pastillas). Esto puede iniciarse inmediatamente y no es preciso esperar los resultados del ultramicroscopio. Los dos microbios pueden ser encontrados después de cuatro días de tomar sulfas. El tratamiento se continúa por siete a quince días, aunque los ganglios inguinales sean cogidos. En caso de incisiones, el enfermo puede estar hospitalizado por treinta o sesenta días. En los casos favorables los ganglios inguinales no son cogidos y al enfermo se le da de alta cuando el chancro haya desaparecido o sanado, lo que requiere de diez a quince días.

El Sulfatiazol ha resultado el mejor agente curativo, demostrando tener influencia sobre el *H. Ducreyi*. El chancro ha sanado a los dieciocho días; nueve días después de iniciada la cura de sulfatiazol. El tamaño de la lesión influye en el tiempo para cicatrizar, lo mismo que la precocidad del tratamiento terapéutico.

El siguiente cuadro establece la relación entre el tamaño de las ulceraciones chancrosas y el tiempo para cicatrizar y lo tomamos, como los datos de este capítulo, del referido estudio del Cor-Harp:

	0-5 mm		6-10 mm		11-15 mm		16-20 mm		Casos	Días
	C.	D.	C.	D.	C.	D.	C.	D.		
Trat. con Sulf. (245 casos)	105 43%	11.7	98 40%	15.8	21 9%	17.7	19 8%	22.8	2	24
No tratados (50 casos)	24 48%	14.7	19 38%	16.6	4 8%	44.3	3 6%	39.3	0	0

Equivalencias: C. = Casos D. = días

Agrega el citado autor: al sexto día ya hay adenitis; después del décimo cuarto, son dolorosos y tensos. Con sulfatiazol, la adenitis se puede desintegrar en doce días. El término medio de tiempo de internamiento hospitalario fue para 300 enfermos de 12,3 día. El tratamiento de las ulceraciones está en razón directa al tiempo de curación. Las úlceras que pasan de 10 mm. tardan mucho más en sanar que las pequeñas, que sanan rápidamente.

Sumario y conclusiones:

- 1º Fueron analizados 350 casos de chancroides;
- 2º Tiempo de incubación;
- 3º Tamaño y carácter de la úlcera peneana;
- 4º Incidencia y carácter de la linfadenitis;
- 5º 300 pacientes fueron tratados oralmente con sulfatiazol y 50 sin él;
- 6º La limpieza es la principal medida;
- 7º El tiempo para sanar está de acuerdo con el tamaño de la úlcera;
- 8º El sulfatiazol impide que una úlcera se agrande y parece provocar la cicatrización y recogimiento, lo que evita la infección secundaria;
- 9º La eficacia del sulfatiazol es más aparente en las grandes ulceraciones mayores de 10 mm.

Nota: Las referencias bibliográficas que han servido al autor del trabajo cuya síntesis hemos incluido en las líneas precedentes, la damos al final de este modesto ensayo.

Chancroide.

Es una enfermedad específica, local, auto-inoculable y contagiosa, causada por el Strepto-bacilo de Ducrey (1889).

La ulceración es a menudo múltiple y no confiere inmunidad.

Las úlceras son locales; no causan secuelas en la economía; tales como la sífilis; están asociadas generalmente con otras infecciones bacterianas, lo que los hace aptos para volverse fagocíticos.

Muchos chancros suaves albergan en su interior treponemas

pálidos, lo que permite cometer grandes errores de diagnóstico y perder el tiempo para una curación rápida y efectiva. Esto es de gran importancia desde el punto de vista de la salud pública, igual que de la salud privada.

Si se tiene agua y jabón a la mano, en el momento de la exposición, es esto suficiente preventivo para el chancro. Si la úlcera se ha desarrollado, se puede abortar por cauterización, si sólo tiene tres días de haber aparecido.

Después de siete días puede también ser tratada así, pero después la cauterización no debe ser empleada porque falla y la úlcera tiene tendencia a aumentar grandemente.

Varios agentes han sido usados para cauterizar chancros blandos; ácido carbólico, ácido nítrico, diatermo-coagulación, polvos secantes de calomel; pero estos procedimientos no deben ser empleados hasta tanto no haber eliminado la sífilis.

El chancroide es generalmente adquirido por contacto sexual, entre gentes sucias y poco ciudadosas. Los chancros se observan a menudo en hombres con prepucio pronunciado (redundante), fimosis balanopostitis, destrucciones del frenillo, gangrena y fagadenismo linfangitis y bubones inginales que duelen, causan temperatura subfebril y supuran.

La sífilis.

Dos enfermedades catalogadas como venéreas: el chancro blando o de Ducrey y el duro o de bordes indudados, verdadera ulceración de la epidermis y de la dermis, cuyo agente responsable es el "Treponema Pallidum" de Schaudinn, son, ambas enfermedades, contagiosas, contraídas generalmente por contactos sexuales, pero también por promiscuidad, así como también por falta de aseo en el uso de toallas, baños y objetos de uso personal.

Estas enfermedades son un peligro para la salud pública, para la familia y una amenaza para la vitalidad, salud y progreso físico de la raza y han sido justamente miradas como parte de las mayores plagas modernas y su profilaxis, el más imperioso problema de la medicina preventiva actual.

Estas enfermedades constituyen una constante amenaza pa-

ra las gentes limpias y sanas, lo mismo que para quienes frecuentan sitios nocturnos de diversión; y la presencia en una familia de un caso de una de estas venéreas constituye un gran peligro que puede llegar a convertirse en verdadera tragedia.

La sífilis recorre un curso crónico con lesiones y síntomas de extraordinaria variedad. La lesión inicial o chancro forma en la piel o membrana mucuosa, en el sitio de entrada una ulceración. El período de incubación no es nunca menor de diez días, con un maximum de noventa días. En la mayoría de los casos, el chancro aparece entre el 18 y el 28 días; para otros autores entre la tercera y cuarta semana.

Constituye la sífilis una buena demostración de lo difícil que es dominar algunas enfermedades infecciosas ya que su contaminación se lleva a cabo entre seres humanos y no necesita de especies intermediarias para su propagación, siendo, pues, indispensable, que el hombre mismo comprenda y conozca la enfermedad que padece para curarse al instante y evitar el contagio; lo que demandará todavía muchos años de lucha en todos los sentidos.

La sífilis en el momento actual ha perdido mucha de su virulencia y no es nada comparable a la sífilis del siglo XVI; no interfiere en las primeras etapas con la economía del individuo, que puede seguir trabajando; pero hay que advertir que la primera etapa es la más contaminante y peligrosa para la dispersión de la dolencia.

Tiene la sífilis un período de incubación, erupción y declinamiento como ciertas enfermedades infecto-contagiosas (viruela y sarampión).

Diagnóstico.

Diagnóstico temprano y rápido tratamiento, son las medidas prácticas más recomendables, al mismo tiempo que el aislamiento, para erradicar las enfermedades venéreas. Las manifestaciones clínicas de las lesiones primarias se pueden confundir con otras afecciones de la piel, lo que hace indispensable y muy oportuno, el empleo del ultramicroscopio y las demás pruebas de laboratorio para poner en evidencia el *Treponema Pálido* y el estrepto-bacilo de Duerrey.

Mis experiencias en el Hospital San Juan de Dios.

El estudio del Cor. Harp Jr., condensado en el capítulo anterior tenía que venir como preámbulo necesario para reforzar nuestro modesto estudio preliminar sobre el tratamiento profiláctico y curativo de la Sífilis y el Chancro blando, que esbozaremos más adelante para que se advierta cómo nuestras experiencias coinciden con las de otros autores y tratadistas y otras escuelas y por lo tanto, aunque poco numerosas nuestras observaciones personales al momento actual, pueden ser base si este Hospital toma la ruta que le marca el progreso científico — para sacar estadísticas de cientos de casos en los que resplandezca la verdad, implantando seriamente un nuevo procedimiento.

Y ahora, vamos a los hechos que yo he vivido en mi poca experiencia hospitalaria, en cuya consecución puedo decir que no tuve un maestro o un guía, porque en el Servicio de Venereología del Hospital nunca lo ha habido. Los médicos jóvenes tienen que formar el acervo de su experiencia sin el sano consejo del orientador que supervigile su labor, pues no existe el aprendizaje jerárquico en la forma en que nos acostumbramos a verlo en el Alma Mater universitaria y en los grandes hospitales, en las lecciones de clínica médica quirúrgica y dermatológica.

En el tiempo transcurrido entre 1936 y mediados de 1946, tuve oportunidad de estudiar muchos casos de chancros suaves y duros. Los enfermos generalmente llegaban tardíamente al Hospital y las adenitis inguinales generalmente no cedían a los tratamientos de vacuna de Dmelcos, siendo necesaria la incisión inguinal para drenar los abscesos y enuclear los ganglios congestionados, en proceso de supuración y maduración, para limpiar la zona y permitir el restablecimiento de la salud del individuo. El tiempo de hospitalización de estos enfermos consumía treinta y sesenta días, lo que está de acuerdo con los estudios de numerosos autores de varios continentes y latitudes.

Cuando el enfermo ingresaba con las úlceras genitales, se le hacía, por los años de 1936 a 1938, tratamiento local: agua salina tibia, polvos de yodoformo, y se le inyectaba la Vacuna de Ducrey. El chancro combinado no fue nunca investigado al ultramicroscopio, de suerte que estos eran despistados más adelante en la permanencia hospitalaria, por el resultado de la reac-

ción de Wassermann. Pude advertir que la generalidad de los chancros que era preciso atender en el Servicio, eran blandos y simples, en tanto que los menos eran los combinados. Apareció también que las adenitis inguinales eran en extremo precoces en su aparición, como también que los chancros blandos, entre mayor tamaño y diámetro, más difícil se hacía su cicatrización, teniendo los de gran superficie tendencia al fagedenismo, por lo que en no pocas ocasiones, nuestro recordado Dr. Amancio Sáenz tuvo que amputar el pene a hombres todavía jóvenes en pleno poder sexual.

Otra observación repetidas veces realizada fue la cantidad tan numerosa de chancros blandos puros, en relación con chancros indurados puros.

Ahora bien: del año 1938 en adelante, una nueva avanzada se establecía en el campo del chancro blando con la Sulfanilamida y el Sulfatiazol, demostrándose ampliamente *in vivo* e *in vitro*, que el *Hmophillus Ducreyi* era destruído por la droga sulfá y que las lesiones sanaban con mayor rapidez. También se vió que algunas adenitis podían hacerse regresar sin necesidad de recurrir a la enucleación quirúrgica. Este fue un gran avance y hasta allí hemos llegado en Junio de 1946.

Se puede decir que por término medio, la estancia hospitalaria por chancros Ducrey y sifilíticos no baja de quince días y cuando es preciso realizar la operación de bubón, sube a treinta y a cuarenta y cinco días. Si calculamos a 7 colones diarios el costo de hospitalización de uno de estos enfermos, resulta que la Junta de Protección Social tiene un gasto de 315 colones. Si a esto agregamos la pérdida que en horas de trabajo tiene el enfermo, y estimando en 10 colones diarios su jornal o sueldo, entonces será preciso sumar, a la anterior cifra, 450 colones.

Estas cifras las saco adrede, pues las vamos a analizar más tarde con los doce casos que tendré el honor de presentar a vuestra ilustrada consideración.

Mis observaciones en mi Clínica de Fiebre Artificial.

El 23 de Julio 1946 se presentó a mi despacho un hombre de 28 años: F. A. R. de oficio comerciante que vive en los apartamentos Jabón campana en Plaza Víquez con un chancro indurado en

CLINICA DE FIEBRE ARTIFICIAL

Fecha	Iniciales	Edad	Sexo	Dirección	Enviado por	Campo oscuro microscopio
23 Julio 1946	F. A. R.	28	Masc.	Apartamentos "Cam pana" Plaza González Viquez San José	Fernando Guardia	+
24 Inicia						
25 Fiebre						
9 Enero 1947	E. D. C.	18	Masc.	Barrio del Carmen Puntarenas	Dr. Tomás Casas	+ Hemop.
28 Mayo 1947						
7 Agosto 1946	R. S. R.	40	Masc.	San José	Iniciativa propia	+
8 Inicia						
9 Fiebre						
30 Agosto 1947						
24 Agosto 1946						
26 Agosto 1946	N. S. A.	19	Masc.	Café Central Puntarenas	Dr. Tomás Casas	+ Hemop. Ducreyi
29 Inicia						
30 Fiebre						
3 Setiembre						
13 Setiembre						
27 Agosto 1947	L. J.	26	Masc.	Ave. 8ª Calles 11ª y 13ª	Iniciativa propia	+
28 Agosto 1946						
29 Inicia						
30 Fiebre						
3 Setiembre						
13 Setiembre						
20 Noviembre						
30 Agosto 1947	F. V. Q.	28	Masc.	Ron - Ron Villa Quisada	Fernando Guardia	+
16 Setbre. 1946						
17 Inicia						
18 Fiebre						
19 Setiembre						
23 Setiembre						
9 Octubre	F. V. Q.	28	Masc.	Ron - Ron Villa Quisada	Fernando Guardia	+
30 Octubre						
13 Diciembre						
7 Julio 1947						
12 Diciembre 1946	F. V. Q.	28	Masc.	Ron - Ron Villa Quisada	Fernando Guardia	+
Inic. Tratam ^o						
13 Fiebre						
14 "						
19 "						
13 Agosto 1947						

DEL Dr. JORGE MONTES DE OCA

Wass. sangre	Hrs. Inter namiento	El chancre cicatrizó	Medicación	Tiempo transcurrido después del tratamiento	Nº	Selección de diagnósticos
---	48	7 días	3 hs. 41.1° C 1.200.000 U. Pen. S	300 días	1	Incipiente
---	72	5 días	5 hs. 1° C 1.200.00 U. Pen. S 1 litro SS y Gl. M.	300 días	2	Incipiente combinado
---	48	7 días	3 hs. 41.1° C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgr. Mafarside 1 litro SS. y Gl. M.	300 días	3	Incipiente
---	48	7 días	5 hs. F. a 41.1° C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgr. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	365 días	4	Incipiente Comb.
---	48	5 días	5 hs. F. a 41.1° C 1.200.00 U. Pen. S 10 ctgr. S. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	270 días	5	Incipiente
---	48	6 días	5 hs. 41.1° C 1.200.00 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	240 días	6	Incipiente

CLINICA DE FIEBRE ARTIFICIAL

Fecha	Iniciales	Edad	Sexo	Dirección	Enviado por	Campo oscuro microscopio
15 Enero 1947 Inic. Tratam ^{to}						
16 Fiebre						+
18 Enero	J. J. S.	21	Masc.	Plaza - Soledad	Su padre	—
20 Enero				San José		
7 Marzo						
25 Abril						
7 Julio 1947						
3 Marzo 1947 Inic. Tratam ^{to}						
4 Fiebre						+
5 Marzo						
7 Marzo	R. M. Z. U.	35	Masc.	St ^o Tomás de	Dr. Calderón G.	—
11 Marzo				St ^o Domingo		
28 Marzo				de Heredia		
16 Mayo						
29 Agosto 1947						
7 Marzo 1947 11 Inic. Trat ^{to}						
12 Fiebre				150 v. Norte de la	Iniciativa propia	+
13 Marzo	A. C. D.	22	Masc.	cas ^a de don		—
28 Abril				Carlos M ^o Jiménez		
				San José		
12 Marzo 1947 13 Fiebre						
14 Marzo	I. S. G.	30	Masc.	Lorente de	Dr. Calderón G.	+
14 Mayo				Tibás		—
13 Agosto 1947						
1 ^o Abril 1947 2 Abril Fiebre						
3 Abril	V. L. B.	24	Masc.	Tres Ríos	Dr. Silvio Lacayo	+
7 Abril						Hemop.
27 Agosto 1947						—
7 Abril 1947 8 Fiebre						
9 Abril				St ^o Tomás de		
23 Abril	H. V. Ch.	22	Fem.	St ^o Domingo de	Dr. Calderón G.	+
16 Mayo	de Z.			Heredia. Esposa del		—
4 Julio 1947				enfermo N ^o 8 conta-		
29 Agosto 1947				minada por él.		

DEL Dr. JORGE MONTES DE OCA

Wass. sangre	Hrs. Internamiento	El chancro cicatrizó	Medicación	Tiempo transcurrido después del tratamiento	Nº	Selección de diagnósticos
—	48	5 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.00 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS. y Gl. M.	180 días	7	Incipiente
+ — + — — — —	48	7 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.00 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	150 días	8	Primario reversado
+ + + + — U. K. O. —	48	5 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	150 días	9	I Arrio Reversado
— — —	48	5 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	120 días	10	Incipiente
— — —	48	6 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	135 días	11	Incipiente combinado
+ + + + + + + + + — — —	48	5 días	5 hs. 41. 1º C 1.200.000 U. Pen. S 10 ctgrs. Mafarside 1 litro SS y Gl. M.	120 días	12	Primario reversado

Resumen de 12 casos: 6 incipientes o preserológicos. — 3 incipientes combinados (duro y suave). Treponema pálido + Hemophilus Ducreyi. — 3 Primario reversado.

el surco balano-prepucial cerca del frenillo. Traía ya un examen de ultramicroscopio positivo del laboratorio de Salubridad Pública del Bacteriólogo Fernando Guardia. Un médico lo había mandado al laboratorio para que le hicieran un Wassermann. Según me informó había tenido contactos sexuales con mujeres públicas y no podía precisar qué mujer fué la responsable. En todo caso 18 días antes se había notado una vejiguita que luego se abrió y fué tomando profundidad. Al principio no dándole importancia, por no dolerle se ponía polvos de sulfatiazol — al ver que no curaba decidió buscar al médico que lo mandó al laboratorio.

El señor F. Guardia me lo mandó con el diagnóstico de caso incipiente de lues pues la reacción de Wassermann practicada al mismo momento era negativa. Esto fué el 23 de julio pasado. El 24 lo admití en mi Clínica de fiebre artificial y después de ser examinado por otros colegas de la clínica y siendo aceptado — empezaba a recibir 50.000 unidades de Penicilina sódica en el músculo cada 2 horas. A la cuarta inyección de penicilina sintió escalofrío y luego fiebre que subió a 39°C. y luego bajó. Este fenómeno fue anotado como una reacción de Herxheimer producida por la destrucción de treponemas.

El 25 fué llevado a la cámara de fiebre donde recibió durante una hora un calor húmedo de 114°F = 45.5°C. que provocó una alza de la temperatura del paciente a 106°F. = 41.1°C. temperatura que se mantuvo durante 3 horas. Al iniciarse la meseta febril recibió el enfermo 200.000 unidades de penicilina en la vena lentamente y en una solución de 20 cc. de suero salino normal, hasta completar 600.000.

El 26 el enfermo fué enviado a Salubridad en donde por espacio de 2 horas de búsqueda no fué posible encontrar un treponema. El bacteriólogo quedó sorprendido pues el 23 los había visto en nidos y con mucho movimiento. Examinado el chancro se notó que el fondo se había levantado y los bordes duros se habían aplastado. El chancro estaba limpio y en plena epiteliación.

El 29 de julio el chancro había cicatrizado — la reacción Wassermann continuaba negativa. El 31 de julio: Wasserman negativo. El 7 de agosto: Wasserman negativo. El 6 de setiembre:

25.5 = 100 F
 34.4 = 113
 41 = 113
 45.4 = 114

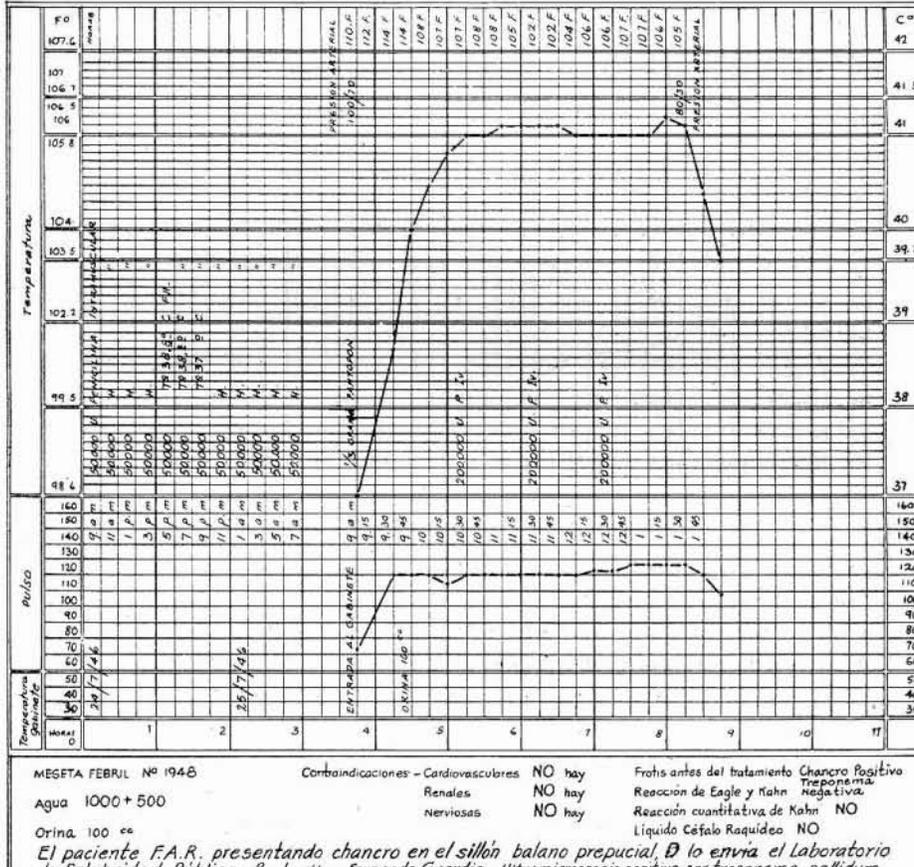
CLÍNICA DE FIEBRE ARTIFICIAL - INDUCTOPIREXIA - del Dr. JORGE MONTES DE OCA
 San José, Costa Rica, América Central.

CARTA GRÁFICA

Nombre F. A. R.
 Caso N° 1 - 48 Hrs

Dirección Apartamentos Jabón Campana, Plaza González Viquez
 Diagnóstico: Incipiente

Entrada 25 de julio 1946.
 Salida
 Edad 28 años.



Aparato "Kettering Hypertherm"

Wasserman negativo. El 9 de enero 1947. Wass. negativo;
 El 28 de Mayo 1947. Reacción de Eagle negativa.

La hospitalización de este enfermo duró 48 horas. Cuando salió iba limpio de treponemas, la sangre nunca apareció positiva hasta la fecha en que escribo esto (29 de octubre). La lesión primaria sanó en 5 días. Pudo haber vuelto a trabajar el 27 o sea

tres días después de iniciado ese fulminante golpe, pues se había repuesto.

Caso Nº 2.—El enfermo E. D. C., de 18 años, de Barrio del Carmen, Puntarenas, lo envía el Dr. Tomás Casas creyendo que era un caso incipiente de lues el 7 de agosto pasado, pero en el laboratorio de Salubridad ese mismo día no encuentran al ultramicroscopio los treponemas, pero sí ven los *Hemophilus Ducreyi* al microscopio. Tenía en el borde del prepucio que era redundante una corona de chancros de 5 mm. y menores — no podía "decalotar" y adentro haciendo un esfuerzo pues le dolía se veía otro chancro de mayor superficie (10 mm). La reacción Wass. fué negativa. El 8 de agosto se inició el tratamiento; recibió 600.000 unidades de penicilina a razón de 50.000 U. cada 2 horas. El 9 de agosto fué sometido al tratamiento febril que consistió en 5 horas de meseta febril a $106^{\circ}\text{F} = 41.1^{\circ}\text{C}$. — la temperatura del aire circulante osciló entre 114 y 115°F . = 45.5 y 46°C . Al iniciarse la meseta recibió 200.000 U. penicilina en la vena y así cada hora hasta completar 600.000.

Al día siguiente 10 de agosto la corona de chancros se fundía y perdía un 50 % de intensidad — podía decalotar con toda facilidad y el chancro grande aparecía menos extenso, más liso y limpio. No fué posible encontrar el estreptobacilo de Ducrey, los ganglios inguinales se habían recogido.

El 11 de agosto los chancros casi desaparecían y salió para Puntarenas. El 14 de agosto el Dr. Casas me avisa que los chancros habían desaparecido — inclusive el grande enclavado en el prepucio.

El 13 de setiembre el Dr. Casas informa que no ha aparecido la adenitis inguinal.

La hospitalización de este enfermo duró 72 horas por venir de Puntarenas — pudo haber vuelto a convivir con su familia y trabajar — en primer lugar porque no tenía microbio infectante y segundo porque no le dolía la región afectada y podía trabajar. La enfermedad fué erradicada porque meses después no tenía la adenitis inguinal.

R. S. R. Periodista — 40 años — San José, se presenta a mi clínica el 23 de agosto con una balanopostitis y varios chancros. El ultramicroscopio dá treponema pálido y *Hemophilus Du-*

creyi (caso mixto) — el 24 de agosto —Laboratorio de Salubridad Pública.

El 26-8-46 examen de sangre Wass. negativo.

El 29 de agosto inicia el tratamiento de penicilina sódica 600.000 en 12 horas. No hay fenómeno de Hersxheimer — el 30 es llevado al gabinete de fiebre —Recibe 3 horas de fiebre a $106^{\circ}\text{F} = 41.1^{\circ}\text{C}$ y recibe 600.000 U. penicilina como ha sido descrito. Durante el ascenso de la fiebre el termómetro del gabinete marca $114^{\circ}\text{F} = 45.5^{\circ}\text{C}$. El 31 de agosto no se encuentran al ultramicroscopio los treponemas— tampoco hay Hemophilus Ducreyi. Puede decalotar fácilmente.

El 7 de setiembre cicatrización total de las lesiones. El 13 de setiembre reacción Wass. negativa.

Este enfermo tardó unos días en entrar al tratamiento — a las 72 horas no era contaminante. No le apareció el bubón inguinal y la reacción de Wasserman ha sido hasta la fecha negativa.

Caso N° 4.—N. S. A. — Puntarenas. Enviado por el Dr. Tomás Casas el 28 de agosto. Edad 19 años. La mujer con quien vive lo enfermó. El doctor lo estuvo tratando unos días y comprendió que era un tipo mixto. El laboratorio de Salubridad Pública confirmó el diagnóstico del Dr. Casas. Eso fué el 29 de agosto.

El 30 examen de sangre negativo. Se inicia ese día el tratamiento de penicilina 600.000 unidades a razón de 50.000 U. cada 2 horas. No hay fenómeno de Hersxheimer.

El 31 se hace el tratamiento febril y 600.000 U. de penicilina en la fiebre.

El 3 de setiembre no encuentran en el laboratorio terponemas ni Hemophilus Ducreyi — la sangre es negativa.

El 31 de setiembre Wass. negativa. Este enfermo al día siguiente tenía las lesiones muy disminuídas — Cicatrizó al quinto día. No ha tenido a la fecha Wass. positiva ni han aparecido los bubones inguinales.

Caso N° 5.—L. J. 26 años Calles 11 y 13 Ave. 18, San José. Este de Plaza Víquez. Se presenta a mi clínica el 14 de

setiembre. Tiene un chancrito de 3mm. de diámetro con bordes casi suaves y tenía 7 días. Mandado examinar a Salubridad Pública resultó positivo al ultramicroscopio por treponema pálido el 16 de setiembre. Sangre negativa. Inicia el tratamiento de 48 horas de internamiento el 17 a las 6 am. recibiendo 50.000 U. penicilina cada 2 horas intramuscular — no hay fenómeno de Hershxeimer.

El 18, tratamiento febril de 5 horas a 41.1°C. = 106°F. más 600.000 U. cada hora en la vena y durante la meseta febril.

El 19— no encuentran en el Laboratorio de Salubridad ningún treponema por más que tratan de encontrarlo.

El 9 de octubre sangre negativa. Este enfermo después de 48 horas de internamiento, era incapaz de contaminar a nadie — la sangre al mantenerse negativa significa que los treponemas que habían invadido la economía han sido también destruidos. Este enfermo el 7. 7.47 Reacción Eagle Negativa.

Aprovecho la oportunidad para manifestar mi profundo agradecimiento a los señores laboratoristas don Fernando Guardia y don Tulio Núñez por la amplia y eficiente colaboración prestada en este pequeño trabajo.

Estas cinco observaciones que yo presento como un "reporte preliminar", y aumentadas a 12 a la publicación de este trabajo, son muy demostrativas.

1º En todos los casos desaparecieron totalmente los gérmenes causantes, destruidos por la acción del calor, debido a su termolabilidad y al poder antibiótico de las dosis de penicilina puestas antes y durante la fiebre.

2º La profilaxis y la curación son fenómenos simultáneos, de aquí se deriva su gran valor.

3º Pueden volver a su casa y al trabajo 48 y 72 horas después de haber sido internados.

4º Las lesiones cicatrizan totalmente 5 y 7 días después — los bubones y el Wasserman no aparecen, lo que denota que hubo posibilidad de curación radical.

5º Pérdida de 3 días de trabajo a ₡ 10 diarios ₡. 30— el Hospital tres días de internamiento ₡ 21.—Total ₡ 51 — contra. ₡ 765. con los antiguos procedimientos.

He podido agregar a éste trabajo 7 observaciones más que aparecen en el cuadro adjunto.

REFERENCIAS

1. Hanschell, M. M.: Sulphanilamide in the Treatment of Chancroid, *Lancet* 1: 886, 1938.
 2. Greenblatt, Robert B., and Sanderson, Everett S.: Sulphanilamide in Chancroid Disease. *AM. J. SYPH., GONOR. & VEN. DIS.* 23: 605, 1939.
 3. War Department Technical Bulletin TB Med. 157, Chancroid, Lymphogranuloma venereum, and Granuloma Inguinale, April, 1945.
 4. Kornblith, Boris A., Jacoby, Adolph, and Chargin, Louis: Chancroid. Treatment With Sulfathiazole and Sulfanilamide, *J.A.M.A.* 117: 2150, 1941.
 5. Greenblatt, Robert B.: Management of Chancroid; Granuloma Inguinale, and Lymphogranuloma Venereum in General Practice, *Ven. Dis. Inform. (suppl 9)*, p. 1, 1943.
 6. Mortara, Franco, Feiner, Rose R., and Levenkron, Esther: Activity of Penicillin Against *Haemophilus ducreyi* in Vitro, *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 56: 163, 1944.
 7. Greenblatt, Robert B., Sanderson, Everett S., Mortara, Frank, and Kupperman, Herbert S.: Experimental Prophylaxis of Chancroid Disease, *AM. J. SYPH., GONOR. & VEN. DIS.* 27: 30, 1943.
 8. Greenblatt, Robert B., Sanderson, Everett S., Kupperman, Herbert S., Hair, Quinby, and Fried, Paul: Experimental Prophylaxis of Chancroid Disease, *AM. J. SYPH., GONOR. & VEN. DIS.* 28: 165, 1944.
 9. Keet, Ernest E.: The Oral Use of Sulfathiazole in the Prevention of Gonorrhoea and Chancroid, *AM. J. SYPH. GONOR. & VEN. DIS.* 28: 315, 1944.
 10. Combes, Frank C., and Canizares, Orlando: The Experimental Prophylaxis of Chancroid, *AM. J. SYPH., GONOR. & VEN. DIS.* 28: 59, 1944.
-
-